

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Doutorado em Saúde Pública

MARIA DO SOCORRO VELOSO DE ALBUQUERQUE

**A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA  
CIDADE DO RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da  
inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da  
contratualização em saúde**

RECIFE

2011

MARIA DO SOCORRO VELOSO DE ALBUQUERQUE

**A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA CIDADE DO  
RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da  
regulação assistencial e da contratualização em saúde**

Tese apresentada ao Curso de  
Doutorado em Saúde Pública do Centro  
de Pesquisas Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção  
do grau de doutor em Ciências.

Orientadores: Prof<sup>o</sup> Dr. André Monteiro da Costa

Prof<sup>a</sup> Dra. Luci Praciano Lima

Recife  
2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

- A345p Albuquerque, Maria do Socorro Veloso de.  
A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde/ Maria do Socorro Veloso Albuquerque. – Recife: s.n., 2011.  
187f.: il., tabs.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.  
Orientadores: André Monteiro Costa; Luci Praciano Lima.
1. Equidade. 2. Política de saúde. 3. Grupos populacionais. 4. Regulação e fiscalização em saúde. 5. Contratos. 6. Planejamento em saúde. I. Costa, André Monteiro. II. Lima, Luci Praciano. II. Título.

---

CDU 32:35.

MARIA DO SOCORRO VELOSO DE ALBUQUERQUE

**A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA CIDADE DO  
RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da  
regulação assistencial e da contratualização em saúde**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em  
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. André Monteiro da Costa  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Joselma Cavalcanti Cordeiro  
Universidade de Pernambuco/UPE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cecile Soriano Rodrigues  
Universidade de Pernambuco/UPE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza Maciel Lyra  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Idê Gomes Dantas Gurgel  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

A Carminha que partiu antes da conclusão deste trabalho, mas que continua presente no meu coração.

## AGRADECIMENTOS

A André Monteiro, pelo apoio, compreensão e confiança mútua vivenciada no decorrer dessa jornada de orientação de tese.

A minha querida amiga e professora Luci Praciano pelos conhecimentos, disponibilidade e dedicação com que se implicou como orientadora deste trabalho e com quem a convivência tem contribuído para melhorar-me como pessoa, registro minha gratidão.

Ao meu amigo e “mestre dos mestres” Djalma Agripino, com quem compartilhei muitas das análises contidas nesta tese, por sua contribuição e paciência pedagógica. Foi através dele que conheci o trecho da entrevista concedida por Graciliano Ramos, em 1948, sobre o escrever. O que me encorajou a reescrever, por vezes, muitos dos parágrafos do texto desta tese. Espero ter absorvido, pelo menos, uma pequena parte dos ensinamentos magistrais de Graciliano, expostos a seguir:

Deve-se escrever da mesma maneira como as lavadeiras lá de Alagoas fazem seu ofício. Elas começam com uma primeira lavada, molham a roupa suja na beira da lagoa ou do riacho, torcem o pano, molham-no novamente, voltam a torcer. Colocam o anil, ensaboam e torcem uma, duas vezes. Depois enxáguam, dão mais uma molhada, agora jogando a água com a mão. Batem o pano na laje ou na pedra limpa, e dão mais uma torcida e mais outra, torcem até não pingar do pano uma só gota. Somente depois de feito tudo isso é que elas dependuram a roupa lavada na corda ou no varal, para secar. Pois quem se mete a escrever devia fazer a mesma coisa. A palavra não foi feita para enfeitar, brilhar como falso ouro; a palavra foi feita para dizer.

A Heloisa Mendonça, por suas valiosas contribuições, sobretudo nas discussões sobre a problemática que permeia as relações público-privadas na saúde.

Às professoras Idê Gurgel e Joselma Cordeiro, pelas contribuições na qualificação do projeto.

A Miguel, meu amor e companheiro, pela compreensão frente as minhas “ausências” na vida que compartilhamos e pelos incentivos que me fizeram seguir em frente.

A Bela, minha querida irmã, que, diante de tantas perdas no decorrer desta tese, soube construir e compartilhar novas “moradas” para alimentar nossas vidas.

Às amigas, que estão no meu “lado esquerdo do peito, dentro do coração”- Lindomar, Tereza, Dinha, Maria José – sinto-me premiada pela vida por tê-las como amigas.

A dona Maria, pelos cuidados dispensados a mim e a minha casa, cuidados que me possibilitaram uma maior dedicação à tese.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Pernambuco/FACEPE, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e Ministério da Saúde (processo PP-SUS nº APQ-0045-4.06/07), pelos incentivos financeiros.

Aos companheiros de turma, aos professores e aos técnicos da secretaria acadêmica do Aggeu Magalhães pela amizade construída na vivência compartilhada.

Aos companheiros do Departamento de Medicina Social pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos gestores, gerentes e profissionais de saúde da SMS da cidade do Recife, companheiros de estrada na construção do SUS, fico-lhes grata pela disponibilidade das informações.

*“Na relação entre sujeito e objeto, neutralidade é a perspectiva do sujeito, enquanto objetividade é a do objeto. No processo ambas se correspondem [...]. Significam, de todos os modos, a possibilidade de refletir a realidade assim como ela é. [...] A neutralidade é uma postura farsante, por ingenuidade, ou por esperteza. [...] Neutralidade é truque, é golpe do cientista que pretende viver tranquilamente à sombra do poder, sem ‘dor de consciência’. Escamoteia sua condição histórica de ator político, numa sociedade pobre de recursos e de saber especializado. [...] O serviço instrumental subserviente da ciência é o seu pior engajamento, sobretudo para uma atividade que se apregoa superior ao senso comum, capaz de avaliar tudo, sempre crítica e impiedosa contra os percalços da lógica e da forma”. Pedro Demo<sup>1</sup> (1995, p.82-4)*

---

<sup>1</sup> DEMO, P. Neutralidade científica. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia científica em ciências sociais** . 3ª ed. Rev. e ampl. São Paulo: Atlas;1995. P. 70-85.



ALBUQUERQUE, M S. V. A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## Resumo

A pesquisa analisou a promoção da equidade na Política de Saúde do Recife (2001-2008) na perspectiva da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e do processo de contratualização dos serviços. Estudo de caso, com triangulação de técnicas (entrevistas semiestruturadas e análise documental). Sujeitos: gestores do nível central e distrital, coordenadores e técnicos da SMS do Recife, presentes nas duas gestões petistas (2001-2004; 2005-2008). Utilizou-se a análise temática de conteúdo com a mediação de categorias como: participação social, racionalidade técnica e política, integralidade, acesso, triângulo de governo, rede, redes de atenção, fundo público e controle público. Os achados indicam que a política de saúde da SMS incluiu diversos grupos sociais. No entanto, o PSF apresentou problemas na incorporação das necessidades dos usuários; a política de saúde do trabalhador não consolidou ações de vigilância em saúde; foi incipiente o processo de desospitalização/desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico; formulou política de atenção integral à saúde da população negra, mas, ainda observam-se barreiras de acesso por questões raciais e étnicas; na saúde da mulher foi além das ações relativas à gravidez/parto. Implantou arranjos organizacionais de regulação assistencial, mas, não investiu na regulação dos serviços especializados próprios. A SMS contratualizou apenas com o setor privado filantrópico, tampouco privilegiou o fortalecimento dos mecanismos de controle público. Conclui-se que a SMS do Recife adotou a concepção de equidade vertical ao incluir diversos grupos sociais com necessidades distintas, porém apresenta dificuldades em atendê-las na perspectiva de integralidade da atenção. O processo de regulação assistencial e contratualização pouco avançaram na promoção do acesso equânime e integral, na formação de rede e na subordinação dos interesses privados às necessidades assistenciais da população recifense.

Palavras-chave: equidade; política de saúde; grupos populacionais; regulação e fiscalização em saúde; contratos; planejamento em saúde.

ALBUQUERQUE, M S. V. Equity promotion in the Policy of Municipal Health Department of Recife (2001-2008): Analysis from the inclusion of social groups, health care regulation and contracting process in health. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

### **Abstract**

The research analyzed the promotion of equity in the Municipal Health Department of Recife (2001-2008) aiming at the inclusion of social groups, the health care regulation and the contracting process of services. A case study, with triangulation techniques (semistructured interviews and documentary analysis). Subjects: central and district managers, coordinators and technicians of the SMS - Recife, present in both the PT administrations (2001-2004; 2005-2008). We used the thematic content analysis, supported by categories such as, social participation, technical and political rationality, comprehensiveness, and accessibility, three spheres of government, network, and networks of care, public fund and public control. The findings indicate that the health policy of SMS included various social groups. However, the PSF had problems in incorporating the needs of its users; the health policy of the worker has not consolidated health surveillance actions; the process of *dishospitalization/disinstitutionalization* of people with psychological distress was incipient; formulated policy of comprehensive health care for the black population, but, still barriers to access by racial and ethnic issues are noted, to women's health it was beyond the actions related to pregnancy and childbirth. It implemented organizational arrangements for care regulation, but not invested in the regulation of its own specialized services. The SMS contracted only with the private philanthropy sector; either focused on the strengthening mechanisms of public control. We conclude that SMS Recife adopted the concept of vertical equity by including several groups with different needs, but presents difficulties in meeting them in the perspective of comprehensive care. The process of care regulation and contract little progress in promoting equal and full access in the formation of network and the subordination of private interests to the care needs of the population of Recife.

Key-words: equity, health policy, population groups, health regulation and supervision, contracts, health planning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Mapa 1</b> – Distritos Sanitários da Cidade do Recife.	72
<b>Mapa 2 e 3</b> – Distribuição espacial das Unidades de Saúde da Família/USF da cidade do Recife, 2000-2008.	88
<b>Mapa 4</b> – Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde da rede complementar SUS. Recife, 2008.	112
<b>Quadro 1</b> – Demonstrativo da amostra da pesquisa: prevista e efetiva.	75
<b>Quadro 2</b> – O significado natural das unidades e seus temas centrais (adaptado de Kvale, 1996; pp. 195 - 196)	82
<b>Quadro 3</b> – Unidades hospitalares situadas na cidade do Recife (com gestão dupla) e com recursos financeiros repassados ao Fundo Estadual de Saúde/FES. Recife, 2008.	141
<b>Gráfico 1</b> - Evolução da produção de consultas especializadas da rede SUS Recife, segundo tipo de prestador. Recife 2001-2008.	116

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número e proporção (%) de leitos, internações e valores pagos da produção hospitalar e extra-hospitalar em Saúde Mental, em unidades de saúde sob gestão municipal. Recife, 2001-2008	97
<b>Tabela 2</b> – Número de absenteísmo e de demanda reprimida (referida pelas Unidades Básicas de Saúde) de especialidades médicas da rede complementar. SUS-Recife, 2008.	120
<b>Tabela 3</b> – Percentual da produção ambulatorial e hospitalar (valor aprovado) segundo tipo de prestador. Rede SUS-Recife, 2001-2008.	127
<b>Tabela 4</b> – Distribuição percentual dos leitos sob gestão municipal por especialidade médica e segundo tipo de prestador. Recife, 2008.	127
<b>Tabela 5</b> – Comparativo entre quantidade e valor total pago das Internações hospitalares no SUS, segundo a natureza do prestador. Recife, 2001 e 2008.	129

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRAMGE – Organização Brasileira de Medicina de Grupo

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CEREST – Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador

CMB– Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FENAESS – Federação Nacional de Estabelecimento de Saúde

FENASEG – Federação Nacional de Seguros Privados

GPMS – Gestão Plena do Sistema Municipal

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MOPS – Movimento popular em Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

OECD – Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

S I A-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCEP – Termo de Cooperação entre Entes Públicos

USF – Unidade de Saúde da família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2 A EQUIDADE NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	25
<b>2.1 O conceito de equidade</b>	25
<b>2.2 Equidade na inclusão de grupos sociais</b>	33
<b>2.3 Regulação da atenção para promoção de equidade</b>	40
2.3.1 A regulação assistencial na promoção do acesso com equidade	46
2.3.2 Contratualização e equidade	52
<b>2.4 Situando o estudo no campo da Análise de Política</b>	63
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	71
<b>3.1 Abordagem teórica</b>	71
<b>3.2 Estratégia do estudo</b>	73
3.2.1 O cenário da pesquisa	74
3.2.2 Fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados	76
3.2.3 Sujeitos da pesquisa	78
3.2.4 Categorias de análise	79
3.2.5 Plano de análise	83
3.2.6 Aspectos éticos	87
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	88
<b>4.1 Equidade e inclusão de grupos sociais na Política de Saúde do Recife</b>	88
4.1.1 O enfrentamento da desassistência nas áreas de pobreza	89
4.1.2 A inclusão da problemática da população trabalhadora na política de saúde da cidade do Recife	93
4.1.3 A inclusão dos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas	96
4.1.4 Mulher: tecendo as relações de gênero	101
4.1.5 Negros e a visibilidade de raça-etnia	105
<b>4.2 Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso com equidade</b>	110
4.2.1 O projeto de regulação assistencial	110

4.2.2 Fluxos e programação assistencial	113
4.2.3 O funcionamento da central de regulação	116
4.2.4 Relação entre gestores na promoção do acesso	123
<b>4.3 Contratualização em saúde: um retorno ao dilema dos interesses público-privados e público-públicos e os desafios à equidade</b>	126
4.3.1 Composição público-privada na rede assistencial do Recife	127
4.3.2 O processo de contratualização dos serviços de saúde sob gestão municipal	133
4.3.3 A difícil contratualização entre esferas de governo na cidade do Recife	140
<b>5 CONCLUSÕES</b>	146
<b>REFERÊNCIAS</b>	149
Apêndice A – Protocolo de Coleta de Dados	172
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada sobre inclusão de grupos sociais com necessidades específicas na política de saúde do Recife	177
Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada sobre regulação assistencial de acesso	178
Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada sobre a contratualização da rede de serviços na perspectiva da equidade	182
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	183
Apêndice F – Resumo artigo produzido	184
Apêndice G – Resumo artigo produzido	185
Apêndice H – Resumo artigo produzido	186
Anexo A – Parecer nº 21/2009	187



## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde/SUS é resultante de um longo processo social orientado pela intenção de mudar a forma como o país cuidava da saúde dos seus cidadãos. A implementação da política de saúde nos últimos vinte e três anos tem sido marcada pelas disputas políticas entre os defensores de um sistema público universal, equânime, integral e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos. Apesar dessas disputas, é inegável que o SUS constitui-se hoje um dos maiores sistemas públicos do mundo (SOLLA, 2010), onde a saúde se insere num conjunto de direitos sociais a ser garantido pelo Estado.

No entanto, mesmo com os avanços advindos com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como a expansão de oferta e cobertura dos serviços, ainda persistem acentuadas desigualdades em saúde, sobretudo no que se refere à distribuição dos recursos e às oportunidades de acesso e utilização desses serviços entre regiões, estados, municípios e grupos sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Essa constatação contribui para que a equidade seja alvo de preocupações dos gestores em saúde, tanto pela magnitude das desigualdades sociais, quanto pela escassez frequente dos recursos financeiros que impõem um processo de definição de prioridades.

De acordo com Vieira-da-Silva e Almeida (2009) nos processos de definição de prioridades é imprescindível que os gestores públicos considerem que as necessidades de serviços de saúde ou necessidades de saúde variam de pessoa a pessoa. E que o desafio está em não impor modelos, mas definir um padrão tecnicamente aceitável para interagir com as expectativas dos diversos modos de vida de grupos sociais, com inclusão dos próprios sujeitos a serem beneficiados no processo decisório. Compreendendo-se que a participação dos sujeitos na definição do que sejam necessidades é salutar a qualquer sistema de saúde que pretenda ser equânime.

É nesse contexto que surge o interesse da autora da presente tese pelo tema da equidade como objeto de estudo. Tem origem na sua vivência como diretora de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, no período de 2003-2006, explorando o processo de alocação e de distribuição de ações e serviços de saúde frente às necessidades dos diferentes grupos sociais, regiões, bairros, dentre outros recortes. Assim, a investigação traz para a cena o sujeito implicado do qual fala Merhy (2004, p.37):

[...] sujeito implicado na construção de conhecer militante, carrega, mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas cheia de 'conceitos' e 'esquemas explicativos', que lhe podem abrir várias possibilidades de significar e ressignificar a si mesmo como sujeito da e em ação, que fazem ou não sentido para si.

Para investigação do tema o espaço de observação escolhido foi a cidade do Recife, no período de 2001-2008, em virtude dos compromissos assumidos com a saúde do município pela referida gestão. Além do interesse da autora, já anteriormente explicitado.

Desse modo, observa-se que em janeiro de 2001 toma posse no Recife o primeiro governo municipal do Partido dos Trabalhadores (PT). A conquista da Prefeitura do Recife pelos candidatos João Paulo Lima e Silva do Partido dos Trabalhadores (PT) e Luciano Siqueira do Partido Comunista do Brasil (PC do B), em novembro do ano 2000, teve forte apoio dos movimentos sociais organizados, da população em geral, bem como de intelectuais. O período das duas primeiras gestões petistas no Recife (2001-2004; 2005-2008) foi marcado pela implementação de políticas gerais de democratização da gestão pública, de inversão de prioridades (maior investimento em regiões menos assistidas) e de projetos que buscavam a viabilização dos direitos de cidadania.

Segundo Sugiyama (2007), em um estudo sobre difusão de políticas no Brasil, os governos de centro-esquerda, caso em que inclui o PT, em geral advogam políticas mais voltadas para o social.

A política municipal de Saúde do Recife, no período em estudo, caracterizou-se pela perspectiva de construir um sistema de saúde que garantisse a inclusão social e a ampliação do acesso a todos. Tendo como arco direcional da gestão a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. A primeira gestão (2001-2004) caracterizou-se pela constituição de políticas voltadas a grupos específicos; pela ampliação da rede de serviços, sobretudo na atenção básica; pelo fortalecimento dos espaços de participação social: orçamento participativo, conselhos distritais, conselhos gestores de unidades (ALBUQUERQUE, et al., 2007). A segunda destaca-se (2005-2008) pela busca de mecanismos para ordenar e qualificar o acesso com equidade, e de as estratégias de articulação entre serviços e níveis de atenção à saúde (RECIFE, 2005).

A análise da equidade no acesso a ações e serviços de saúde tem constantemente provocado debates entre os estudiosos do tema sobre as intervenções e a operacionalização de políticas. Campos (2006), Conh (2005) e Paim (2006) defendem a equidade enquanto forma de reconhecer e de atender as necessidades específicas dos grupos sociais, trabalhadas sob a ótica de políticas universais e redistributivas. Nessa perspectiva as ações e serviços de saúde não seriam destinados exclusivamente a grupos mais vulneráveis. Para esses autores a universalidade não será suficiente se não vier acompanhada do direito à diferença.

A equidade significa, assim, o respeito ao direito à saúde de cada segmento da população brasileira, segundo suas particularidades, onde as diferenças como as de classe, gênero, idade, raça, etnia, dentre outras diferenças, precisam ser incorporadas pelas políticas públicas universais.

Por outro lado, Cohn (2005) destaca que até o final da década de 1990 os movimentos sociais, sobrepujando diferenças e necessidades individuais, organizavam-se em torno de demandas gerais e universais. E que a partir do início dos anos 2000 tem-se observado a emergência das demandas de grupos segmentados. Para a autora, esse processo traz consigo o risco de transformar o espaço público numa somatória de reivindicações advindas de diversos grupos

sociais, que competem entre si para conquistar recursos e atenção para as suas demandas, sem vislumbrar uma perspectiva de políticas universais.

De acordo com Campos (2006), além da necessária combinação entre equidade e universalidade, a primeira também está extremamente articulada com a integralidade, enquanto respostas governamentais às diversas necessidades dos sujeitos. O autor fundamenta sua argumentação tomando como referência as necessidades dos portadores de sofrimento psíquico grave. Ressalta a insuficiência da ampliação do acesso às internações, sem a garantia de uma rede de serviços extra-hospitalares, como os Centros de Apoio Psicossocial, as Residências Terapêuticas, dentre outros recursos. É importante salientar que a discussão sobre a interação entre equidade e integralidade se aplica a todo e qualquer processo de inclusão de grupos sociais na política de saúde.

Dessa forma, um primeiro aspecto a ser explorado na presente tese diz respeito à relação entre equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde do Recife, do ponto de vista dos determinantes da inclusão e das respostas governamentais às necessidades apresentadas por tais grupos.

Entende-se que a equidade na distribuição e alocação dos serviços de saúde traz para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para os gestores de saúde o desafio de como aproximar o conjunto das demandas, expressões das diversas necessidades dos usuários, das ofertas do sistema. Isso, principalmente, no sentido de definir prioridades, de “publicizar” fluxos assistenciais e encaminhamentos, de buscar novas ofertas na direção das prioridades estabelecidas e de analisar os resultados alcançados. Nessa empreitada, uma das ferramentas que vem sendo discutida tem sido a regulação pública enquanto ferramenta de gestão para a promoção da equidade e da integralidade.

Para Santos e Merhy (2006), a regulação é inerente a qualquer sistema de saúde e se desenvolve em um cenário de disputas e interesses conflitantes, cuja diferença se estabelece sobre as premissas que orientam a regulação existente. No período do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social/ INAMPS a regulação, norteada por um modelo de atenção privatista, centrava-se no

controle dos gastos; as ações desenvolvidas tinham como objetivo o acompanhamento da relação econômica estabelecida com os prestadores credenciados, particularmente no tocante à correção das faturas apresentadas.

O SUS, a partir do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), especificamente no componente Pacto de Gestão, enfatiza a regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade e integralidade da atenção. Define como principais eixos de atuação as ações de contratação/contratualização, regulação assistencial, controle assistencial, avaliação da atenção, auditoria assistencial e a regulamentação das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

A regulação assistencial e a contratualização são um segundo aspecto explorado na presente tese, por se tratar de ferramentas de gestão com potencial para promover equidade. São processos que visam adequar a oferta de serviços de saúde às necessidades da população e inverter a lógica dominante baseada na prestação aleatória de serviços.

De acordo com Serra e Rodrigues (2010) a regulação da atenção é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e envolve processos tais como: planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; monitoramento e avaliação.

No que diz respeito à regulação assistencial concorda-se com Mendonça et al. (2006) que quando ela está fundada nas diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, tanto poderá expandir, quanto reduzir determinada oferta. Seu objetivo central será subsidiar o redimensionamento da oferta e responder de forma adequada as necessidades dos usuários. Trata-se, portanto, de um conjunto de tecnologias e ações que intermediarão a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, adequando a complexidade dos problemas aos níveis tecnológicos exigidos.

No tocante à contratualização, o pacto pela saúde (BRASIL, 2006) ressalta que as relações negociadas e formalizadas entre gestores e prestadores de serviços de saúde sejam baseadas nas necessidades assistenciais da população. Solla (2010) destaca que ainda é prática corrente no SUS uma relação irregular com os prestadores de serviços. Nesse processo, os gestores públicos têm permitido, por vezes, que os próprios prestadores definam a oferta a ser paga pelo SUS, com privilegiamento de procedimentos considerados mais lucrativos. Soma-se a isso, a seleção da clientela a ser atendida, em detrimento do atendimento às necessidades da população.

Dessa forma, um dos desafios dos gestores públicos está em captar as reais necessidades de serviços da população e em submeter os interesses privados, que permeiam o sistema de saúde, a tais necessidades. Compreendendo-se que o sistema de saúde é construído sob uma base privada, o que resulta num modelo em que há uma forte relação público-privada (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). A esse respeito, Bahia (2005) ressalta que o Sistema de saúde no Brasil se diferencia tanto daqueles sistemas orientados predominantemente pelo mercado, quanto dos caracterizados pelo financiamento público e prestação ou compra de serviços pelas instituições governamentais. No país convive-se com um sistema de saúde universal que preserva ao mesmo tempo coberturas caracterizadas pela organização de subsistemas privados segmentados.

De acordo com Lima (2010), nos últimos anos vem se configurando um processo de “universalização do privado” no âmbito do Sistema Único, já que além da compra de serviços a iniciativa privada – a qual se relaciona com o serviço público oferecendo recursos físicos e humanos para prestar serviços assistenciais, – as instituições públicas passaram a ceder ao contratado (instituições privadas) uma parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais). Esse processo, associado à renúncia fiscal para os planos e seguros de saúde, configura-se, no entendimento do autor, em novas formas de articulação público-privada na área da saúde.

Os processos de regulação assistencial e de contratualização no sentido de redes equânimes e integrais são também permeados por disputas decorrentes das relações intergovernamentais entre os municípios e destes com os governos estaduais na organização de sistema de saúde. Como ressalta Mendes (2009) há fragilidade nos pactos interfederativos, com repercussão na constituição de complexos regulatórios a serem compartilhados entre esferas de governo. Por fim, corrobora-se com as ideias de Ribeiro (2005) que a promoção da equidade via SUS passa pelos governos federal, estadual e municipal, seja por medidas de competências exclusivas de cada um deles, seja pela atuação combinada, compartilhada e solidária desses entes federados.

Face ao exposto, considera-se o presente estudo relevante por possibilitar a análise dos aspectos que facilitaram ou dificultaram a promoção da equidade na esfera de uma gestão municipal de saúde.

Os estudos realizados concentraram-se, na maioria das vezes, sob duas dimensões: relação das condições de vida e saúde (foco nos determinantes sociais) e acesso e utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2002). Pouco se tem enfatizado a temática da equidade na perspectiva de inclusão de grupos sociais com necessidades distintas que demandam atenção diferenciada, no âmbito de uma gestão municipal.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde encontram-se vários estudos (ASSIS et al., 2003; COHEN-CARNEIRO et al., 2009; SCATENA et al., 2009; UNGLERT, 1990). No entanto, tem sido pouco explorada a análise sobre os mecanismos de ordenamento do acesso aos serviços de saúde, com equidade e integralidade mediante regulação assistencial. Algumas investigações têm analisado a implantação de centrais de regulação (FERREIRA et al., 2010; EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008), como uma das ferramentas do processo de regulação assistencial. Pouca ênfase se tem dado, nesses estudos, a dinâmica entre as relações público-privadas e entre esferas de gestão.

Na literatura, as investigações sobre contratualização, enquanto uma das atividades de regulação da atenção em saúde – ora se restringem a uma abordagem

consoante aos preceitos da Reforma do Estado, da chamada “Nova administração pública” – ora limitam-se à análise do processo de contratualização a alguns serviços. Dentre os primeiros estão os estudos desenvolvidos por Escoval (2003) e El-Warrak (2008) e no segundo destacam-se as pesquisas de Carneiro Júnior e Elias (2006), Santos Filho e Figueiredo (2009). Assim, pode-se dizer que são escassos os estudos sobre o processo de contratualização numa gestão municipal de saúde, tendo-se como referência a constituição de uma rede de saúde equânime.

Assim, a presente tese teve como questão central do processo de investigação a seguinte pergunta condutora: como se deu a promoção da equidade na Política de Saúde do Recife (2001-2008), na perspectiva da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e do processo de contratualização dos serviços?

Em termos de objetivos o presente trabalho está centrado nos seguintes itens:

#### Objetivo Geral:

Analisar a promoção da equidade na Política de Saúde do Recife (2001-2008) na perspectiva da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e do processo de contratualização dos serviços.

#### Específicos:

- a) Analisar a operacionalização do princípio da equidade no reconhecimento e atendimento de necessidades de grupos sociais na cidade do Recife;
- b) Analisar o processo de regulação assistencial no sentido da promoção do acesso equânime aos serviços de saúde;
- c) Analisar a operacionalização do princípio da equidade no processo de contratualização de saúde na cidade do Recife.

Para responder as questões colocadas, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos, incluindo a presente introdução.



O segundo capítulo diz respeito à fundamentação teórica conceitual, onde no primeiro item foram enfatizados os conceitos de equidade segundo as teorias de Justiça Social, discutidas por John Rawls (2003), Amartya Sen (2001, 2002) e Michael Walser (2003). Em seguida, em concordância com os conceitos de Sen e Walser, a equidade foi concebida no sentido do reconhecimento e do atendimento de grupos sociais com base nos conceitos de participação social, racionalidade técnica e política e integralidade. O terceiro item do capítulo traz a equidade no âmbito da distribuição e alocação dos serviços de saúde, enfocando a regulação da atenção na promoção da equidade a partir de duas dimensões: regulação assistencial e contratualização em saúde. A primeira analisada com o apoio dos conceitos de acesso, triângulo de governo de Matus, rede e redes de atenção. A segunda, a partir dos conceitos de fundo público, controle público, como também de rede e redes de atenção. O quarto item do capítulo situa a pesquisa no campo da análise de política.

O terceiro capítulo tratou dos procedimentos metodológicos, situando-se a pesquisa na abordagem qualitativa. Em seguida se discorreu sobre o desenho de estudo de caso, o cenário onde o estudo foi desenvolvido, as fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados, os sujeitos da pesquisa. Foram apresentadas as categorias e o plano de análise, e por fim os aspectos éticos que conduziram o desenvolvimento do estudo.

O quarto capítulo tratou dos resultados e discussão, foi estruturado em três blocos de acordo com cada objetivo específico da tese. Assim, no primeiro foi analisada a equidade no reconhecimento e atendimento das necessidades de seis grupos sociais, enfatizando como se desenvolveu o enfrentamento da desassistência nas áreas de pobreza, a política de saúde do trabalhador no Recife, a inclusão dos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas; o reconhecimento e o atendimento das necessidades das mulheres e da população negra. O segundo bloco apresentou os resultados e discussão da regulação assistencial no Recife, enfatizando-se as suas possibilidades e limites na promoção do acesso com equidade. E por fim, no último bloco têm-se os resultados

e discussão do dilema dos interesses público-privados e público-públicos no processo de contratualização, na perspectiva de um sistema equânime e integral. Sendo analisada a composição público-privada da rede de serviços de saúde sob gestão municipal, o processo de contratualização desenvolvido na cidade do Recife e a difícil contratualização entre esferas de governo municipal e estadual.

No quinto capítulo foram sistematizadas as respostas à pergunta condutora de modo a recuperar a totalidade dos achados. Nesse capítulo algumas considerações foram feitas, abrindo-se assim a possibilidade de uma agenda para aprofundamento das questões identificadas.

Nos apêndices encontram-se os resumos dos três artigos produzidos a partir desta tese. O primeiro publicado na Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil. Vol. 11 nº 1, Recife jan/mar. 2011; o segundo enviado à Revista Saúde e Sociedade e aguardando parecer; o terceiro em fase de revisão para posterior envio aos Cadernos de Saúde Pública.

## 2 A EQUIDADE NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Neste capítulo apresenta-se o embasamento teórico que subsidiou a análise da política de saúde da cidade do Recife no que diz respeito à: 1) inclusão de grupos sociais; 2) regulação da atenção no que se refere à regulação assistencial e ao processo de contratualização dos serviços na perspectiva da equidade. Inicialmente foram apresentadas as grandes questões conceituais da equidade, vistas por perspectivas analíticas, opostas ou complementares, enfatizando-se as contribuições de teóricos como John Rawls, Amartya Sen e Michael Walser. Em seguida o texto discute a equidade na perspectiva do reconhecimento e do atendimento das necessidades dos diversos grupos sociais, da regulação da atenção sobre a distribuição e alocação de ações e serviços de saúde por meio da regulação assistencial e da contratualização. Estas concebidas enquanto instrumentos de gestão a serem guiados pela lógica de necessidades dos distintos usuários do Sistema Único de Saúde/SUS. Por fim, faz-se uma discussão sobre a análise de política no intuito de situar o campo onde se localiza o estudo.

### 2.1 O conceito de equidade

Do ponto de vista conceitual, a temática da equidade tem sido usualmente associada à justiça social, mas sua definição e os princípios distributivos dependem do conjunto de valores presentes em uma dada sociedade. De forma geral o tema da equidade tem sido discutido a partir das alternativas teóricas que procuram interpretar o princípio ético da justiça distributiva<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Dentre a variedade de teorias diferentes sobre o que se constitui justiça e distribuição equitativa pode-se encontrar: o *Utilitarismo*, criado por Jeremy Bentham e popularizado por Stuart Mill; nele o bem-estar coletivo é a soma do bem-estar individual, é uma corrente teórica que não se ocupa com a

Do pensamento contemporâneo sobre justiça social destacam-se três teóricos de inspiração liberal e que têm influenciado o debate sobre equidade: Rawls (2003), Sen (2001, 2002) e Walser (2003), ao ressaltarem que a questão da justiça social está relacionada não apenas com a produção e com o consumo, mas também com o processo de distribuição dos bens sociais. O componente distributivo encontrado nas diferentes teorias de justiça será tomado como ponto central da análise para subsidiar a discussão de equidade.

O primeiro, John Rawls, defende uma teoria fundamentada na filosofia kantiana, onde os direitos civis devem ser preservados e respeitados. Acredita na necessidade de se estabelecer princípios de justiça social que possam lidar com o pluralismo contemporâneo, mas entende que tais princípios devem levar em consideração o homem universal, despido de qualquer característica cultural.

Rawls foi influenciado pelas ideias de Rousseau e Kant, como também recebeu influência da teoria econômica keynesiana<sup>3</sup>, sobretudo no que diz respeito a necessidades de intervenção do Estado na distribuição de bens primários<sup>4</sup>. Ele defende a teoria moderna (contratualista) da fundação da sociedade como produto de um acordo ideal entre os seus membros sobre o modo "justo" de viver em comum. Seria uma experiência imaginária, em que os indivíduos escolhem sob o

---

maneira como os bens são distribuídos entre os indivíduos, a despeito das desigualdades existentes; o *Igualitarismo* onde a distribuição pretende reduzir qualquer desigualdade social ou econômica entre os grupos sociais na comunidade; Liberalismo, onde se dá a distribuição de benefícios de acordo com as oportunidades iguais, de base Keynesiana; *Princípio da Diferença* de Rawls, onde a distribuição está baseada na maximização de benefícios para os grupos menos favorecidos, conferindo um status a Rawls de redistributivista. Nesse processo as iniquidades são identificadas para priorizar os desfavorecidos na comunidade; *Comunitarismo* onde a distribuição maximiza o bem comum de acordo com o interesse público e as necessidades socialmente determinadas em cada comunidade (VAN PARIJS, 1997; BELLAMY, 1994).

3 A teoria econômica de Keynes defendia a primazia do crescimento e do pleno emprego e não apenas a estabilidade monetária e a competitividade externa. O consumo seria o grande estímulo e motor do crescimento. A redução das grandes desigualdades sociais aumentaria a propensão média ao consumo da população, e isso seria vantajoso do ponto de vista econômico e também social. O Estado assumiria, assim, um papel ativo e decisivo na atividade econômica, mesmo num sistema capitalista. Não se trataria apenas de regular a conjuntura em curto prazo para evitar ou minimizar os ciclos de inflação ou desemprego, mas, principalmente, de assegurar um crescimento equilibrado da economia nacional (FERRARI FILHO. 2006).

<sup>4</sup> Os bens primários para Rawls (2003) são bens necessários para todos os seres humanos sem exceção e que devem ser distribuídos mediante um único critério distributivo.

"véu da ignorância"<sup>5</sup>, isto é, no desconhecimento dos papéis e hipóteses que lhes podem estar reservados, garantindo assim opções em função apenas de considerações gerais sobre a sociedade e não em função de interesses particulares e egoístas.

Argumenta em favor de uma "*posição originária*" da qual devem proceder os princípios fundamentais da justiça. Essa posição consiste na simulação da imparcialidade ao ser representada por uma comunidade de seres livres e com igualdade de oportunidades. Da "*posição originária*" nascem os três princípios da justiça: liberdade, igualdade de oportunidades e princípio da diferença (à luz do qual as desigualdades só serão justificadas, quando e na medida em que propiciam a melhoria da situação dos mais desfavorecidos). Para esse teórico, a diminuição das desigualdades deveria ser tratada por meio da eleição de uma política que maximize os benefícios aos menos favorecidos.

O princípio de diferença de Rawls (2003) sempre toma como base os menos favorecidos. A distribuição da renda e da riqueza, incluindo a elaboração das políticas públicas, inclusivas e distributivas, nesse sentido, somente é legítima se resultar no máximo de benefícios dos segmentos menos favorecidos, assim destaca Rawls (2003, p. 83-84):

Dizer que as desigualdades de renda e de riqueza têm de ser dispostas de modo que elevem ao máximo os benefícios para os menos favorecidos significa, simplesmente, que temos de comparar esquemas de cooperação e verificar a situação dos menos favorecidos em cada esquema; e, em seguida, escolher o esquema no qual os menos favorecidos estão em melhor situação do que em qualquer outro.

---

<sup>5</sup> O véu de ignorância garantiria que na escolha dos princípios de justiça não fossem consideradas concepções particulares do bem, a posição social, talentos e habilidades das partes e cidadãos representados. Um 'véu de ignorância' assegura, no entendimento de Rawls, uma escolha na qual ninguém é influenciado por circunstâncias ou acasos da natureza. Nesse sentido, para a construção dos princípios de justiça, as pessoas não poderiam conhecer sua condição social, econômica, política que pudessem condicionar suas ponderações. O véu de ignorância asseguraria que o conhecimento ficaria limitado a fatos genéricos da sociedade humana. Somente assim – ignorando sua situação na sociedade – é que cada pessoa estaria nas melhores condições para, de uma forma neutra, ajustar os princípios de justiça que fossem aceitáveis por todos (RAWLS, 2008, p 147-148)

Segundo analisa Lacoste (1992) torna-se problemática essa concepção de justiça de Rawls, uma vez que ele que não considera injusto o fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, desde que a situação dos menos favorecidos seja melhorada.

O segundo teórico contemporâneo que faz um amplo debate sobre justiça social, dentro dos limites do pensamento liberal, foi o economista indiano Amartya Sen, o qual discorda de forma substancial de Rawls. Em seu livro *Desigualdade reexaminada*, ele rediscute o lema “igualdade para todos” e indaga: igualdade de quê? O autor questiona o fato de várias teorias de ordenamento social sempre exigirem a igualdade de algo, dentre elas, a obra de John Rawls (SEN, 2001). A crítica baseia-se no fato de que boa parte dessas teorias exige a igualdade sem levar em consideração um fato incontestável: a incrível diversidade humana.

Conforme salienta Sen (2001), as pessoas nascem e vivem em ambientes distintos; as sociedades e comunidades fornecem possibilidades diferentes, limitando mais ou menos as ações humanas; e têm-se diferentes aptidões físicas e mentais. Assim, pode-se dizer que ser igualitário não é, no dizer de Sen, uma característica unificadora. Tratar a todos como iguais, objetivando num âmbito maior a justiça, será uma tarefa inconclusa e até mesmo injusta.

No entendimento de Sen (2002), a igualdade proposta por Rawls na distribuição de bens não é suficiente para garantir uma intervenção, sendo necessário se tratar as diferenças na distribuição. Qualquer critério unifocal, como por exemplo, a distribuição igualitária em saúde, exclui muitos aspectos importantes da equidade, dentre eles o gênero, a etnia, a idade, a pobreza, o financiamento etc., inclusive a relação que esses aspectos podem ter entre si. A esse respeito, Porto (1997) salienta que a equidade em Sen pode ser compreendida como igualdade de oportunidades e que para sua efetiva execução seria necessário compensar as desigualdades de capacidades.

Para Sen (2001), as capacidades se referem à liberdade efetiva que um indivíduo tem de escolher diferentes tipos de vida – entre as alternativas possíveis –, tornando factível a opção por realizar distintos grupos de funcionamentos, refletindo

a liberdade da pessoa para levar um tipo de vida ou outro. Os funcionamentos representam partes do estado de uma pessoa; eles podem variar desde os mais simples – como estar bem nutrido, educado e instruído, livre de doenças evitáveis e da morte prematura –, até os mais complexos – como ter auto-respeito, ser capaz de tomar parte na vida em comunidade, estar feliz, entre outros.

De acordo com o economista indiano, o desenvolvimento de um país está essencialmente ligado às oportunidades que ele oferece à população de fazer escolhas e exercer sua cidadania. E isso inclui não apenas a garantia dos direitos sociais básicos, como saúde e educação, mas também segurança, liberdade, habitação e cultura. A equidade não está confinada a tratar somente das desigualdades em saúde, ela deve integrar um marco mais amplo da equidade em geral. O compromisso com a equidade em saúde demanda que considerações sobre a saúde articulem-se com os temas mais amplos de justiça social e equidade global.

Sen (2002) não considera apenas os fatores socioeconômicos, mas destaca que o estado de saúde de que uma pessoa desfruta é influenciado por diferentes considerações que vão além dos fatores socioeconômicos. Ele inclui também uma grande variedade de parâmetros distintos. Salaria a propensão individual à enfermidade, os riscos epidemiológicos de cada região, as influências das variações climáticas etc. Equidade é, portanto, para esse teórico um conceito multidimensional que pressupõe a inclusão de aspectos relacionados à conquista da saúde e às possibilidades de conquistar boa saúde, não somente à distribuição da atenção em saúde.

Nesse sentido, na concepção de Sen (2001, 2002) é preciso sempre refletir sobre os parâmetros e critérios a serem utilizados na distribuição dos bens sociais, para que, de fato, se possa atender à diversidade de necessidades dos sujeitos. Há uma proximidade do pensamento de Sen com o de Aristóteles, conforme destaca Campos (2006), uma vez que em Aristóteles, a equidade seria uma virtude que permitiria adequar a generalidade das leis a situações concretas.

A abordagem de Sen (2001; 2002) também tem forte relação com a máxima marxista: “a cada um segundo suas necessidades”<sup>6</sup>. Igualmente, a discussão de Sen (2001, 2002) sobre necessidades tem também uma aproximação com a concepção de necessidades de Heller (1986). Para essa autora, existem necessidades necessárias, que não apenas as relativas à sobrevivência, que surgem historicamente e nas quais prevalecem os elementos culturais e morais cuja satisfação é parte constitutiva da vida de uma determinada classe, grupo ou sociedade. Nesse enfoque, o sistema de necessidades pode ser visto sob várias perspectivas: necessidades materiais e não materiais, individuais e sociais. Para diferenciar o conjunto de necessidades, Heller (1986) prefere utilizar as expressões necessidades existenciais e necessidades propriamente humanas. Esta para referir-se a desejos e intencionalidades dirigidas a um determinado objeto de ação (necessidades de atividade cultural, de realização, de reflexão, de amizade, de ser acolhido, de amor etc.); e aquela para referir-se às necessidades primárias (de alimentar-se, de movimentar-se, de dormir etc.).

Siqueira-Batista e Schramm (2005), com base no pensamento aristotélico-seniano de justa distribuição desigual, consideram que uma política de saúde deve ter em conta não apenas os fatores sociais e econômicos, mas também uma variedade de elementos. Os autores destacam as predisposições biológicas, as (dis)capacidades pessoais, as características antropológicas e culturais, os riscos epidemiológicos, as influências ambientais e climáticas, entre outros. Assim, argumentam em favor da reorientação dos recursos a todos (universalização), mas de forma diferenciada (focalização), e que isso representaria a busca em direção à menor exclusão. Tratar diferentemente – no que se refere aos recursos dispensados na saúde – os distintos grupos e pessoas pode representar a melhor forma de se alcançar uma sociedade mais justa.

O terceiro teórico de justiça social, Michael Walzer, parte do entendimento que os princípios de justiça social só podem ser definidos em estreita relação com os valores da comunidade, o que na prática significa que para essa corrente os

---

<sup>6</sup> Ver: MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.



valores culturais devem influenciar a decisão quanto ao que é justo ou injusto perante a comunidade. De acordo com Areal (2006) e Bellamy (1994) a teoria de Michel Walser traz importantes elementos para a temática da justiça social, é fundada na filosofia comunitarista, embora preserve traços do pensamento liberal. Para Walser (2003) os princípios que regulam o sistema distributivo devem considerar o particularismo de cada comunidade, suas características históricas e culturais, ou seja, os critérios de distribuição dos bens de cada sociedade devem ser definidos a partir dos significados sociais que existem nessa sociedade sobre esses mesmos bens.

A distribuição dos bens deve ser feita para todos, mas em proporção às necessidades<sup>7</sup> de cada comunidade, num processo de discussões políticas constantes entre os cidadãos, que deverão, juntos, identificar as necessidades e assim definir os bens sociais. Com base em Rousseau, Walser (2003) ressalta o contrato social, definindo-o como acordo na distribuição dos recursos dos membros de uma comunidade, segundo alguma definição consensual de necessidades, sujeito a constantes determinações políticas em suas minúcias. Nesse sentido, considera que não é possível estipular, a priori, quais necessidades se deve reconhecer, nem tampouco decidir os níveis adequados de provisão.

O autor defende o fortalecimento do espaço público e da participação dos indivíduos na vida política da comunidade. Em sua teoria, encontra-se a ideia de que somente através do debate público pode-se chegar às necessidades de uma comunidade particular, permitindo, assim, a realização da justiça social. Dessa forma, um princípio distributivo justo deve derivar da análise dos significados sociais dos bens sociais, com a participação dos sujeitos que irão ser beneficiados.

Nesse sentido, Walser discorda do universalismo abstrato de Rawls e da definição de bens primários. Vale lembrar que a concepção de justiça distributiva de

---

<sup>7</sup> Para o autor apesar da força inerente da palavra, têm-se apenas ideias sobre as necessidades; são prioridades, graus de necessidades. Além disso, essas prioridades e esses graus têm relação não apenas com a natureza humana, mas também com a história e a cultura. E como os recursos são sempre escassos, é preciso fazer escolhas, essas embasadas em decisões políticas. Assim, para o autor a necessidade é um princípio sujeito à limitação política (WALSER, 2003, p. 88).

Rawls consiste em organizar determinados princípios que possibilite uma distribuição equitativa justa de bens primários. Mas, para Walser, se a distribuição dos bens depende dos significados sociais, ela nunca poderá ser um processo simples e unificado, terá sempre diferentes critérios distributivos. Assim, ele ressalta: “bens distintos para cada grupo por razões diferentes e de acordo com métodos diferentes” (WALSER, 2003, p. 32).

Na crítica a Rawls, Walser (2003) não nega o universalismo inerente aos bens sociais, mas ressalta um universalismo construído a partir das diversas realidades sociais. A esse respeito salienta-se a análise que o autor faz sobre a questão da assistência médica como direito social universal. Para Walser, ela deve ser proporcional à necessidade desse bem social em dado grupo ou comunidade, sobretudo porque nem todos têm as mesmas necessidades médicas.

E mesmo sendo devedor de certa tradição liberal, Walser (2003) destaca o mercado como obstáculo à esfera da segurança e do bem-estar social, uma vez que pelo mercado cada pessoa receberá atendimento proporcional a sua capacidade de pagar, e não à necessidade de tratamento. Defende que os bens necessários não fiquem à mercê de algum grupo poderoso de proprietários ou profissionais de saúde.

Com base no pensamento de Sen e Walser a equidade nesta tese é compreendida como estratégia de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos sociais, regiões, bairros, comunidades, dentre outros recortes. Entendendo-se que a distribuição de ações e serviços de saúde deve ser feita para todos, mas, em proporção às necessidades, uma vez que uma distribuição igualitária não atenderia a diversidade de necessidades dos sujeitos. Sendo necessário se ter sempre diferentes critérios distributivos, baseados no saber da clínica, da epidemiologia, mas também no saber dos sujeitos que irão ser beneficiados pelas ações e serviços.

## 2.2 Equidade na inclusão de grupos sociais

Nas duas últimas décadas, a questão da equidade vem ocupando lugar de destaque na discussão das políticas sociais, sobretudo pela tensão no enfrentamento das ideias neoliberais e no desafio de desenvolver políticas universais com equidade (ALMEIDA *et al.*, 1999; BERLINGUER, 1999). O avanço das ideias neoliberais na América Latina, a partir dos anos 90, direcionou o significado do termo equidade, que passou a restringir-se à focalização nos mais vulneráveis numa perspectiva de reduzir gastos sociais, de focalizar a intervenção do Estado em ações de baixo custo. O argumento era de privilegiar os mais carentes, os pobres, sob a tese de que o Estado não conta com recursos para atender a todos, conforme salienta Cohn (2005).

Para Costa (1998) a formulação e difusão da agenda, de inspiração neoliberal, tiveram como principais interlocutores os organismos multilaterais como o Banco Mundial. Este preconiza que as políticas sociais de natureza pública sejam integralmente voltadas para as populações na “faixa da pobreza”, enquanto que os grupos sociais integrados à economia deveriam viabilizar suas necessidades através do mercado. Assim, propõe uma inflexão na lógica das políticas públicas na área social, ao explicitar a subordinação dos princípios de equidade aos da eficácia, efetividade e redução de gastos. Nessa perspectiva as políticas sociais devem deixar de ser universalistas, assumem um caráter focalizado para atender às populações vulneráveis.

De acordo com Paim (2006), isso ocorre num contexto internacional de reestruturação produtiva e das políticas impostas pelos países centrais que geram cada vez mais o crescimento das desigualdades entre países, regiões, classes, grupos sociais e étnico-raciais.

É importante ressaltar que na saúde as concepções de equidade têm forte influência do pensamento liberal, principalmente no que se refere à distribuição de recursos por meio de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos

(influência de Rawls) e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual.

Nessa linha de argumentação encontram-se autores como Whitehead (1992) que destaca a não equidade como diferença desnecessária e evitável, além de injusta. São consideradas desnecessárias e injustas as diferenças em saúde determinadas por: exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentios; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e comportamentos involuntários que podem causar danos à saúde. Nesse sentido, o objetivo das políticas de equidade seria o de reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultantes de fatores considerados, ao mesmo tempo, evitáveis e injustos.

De forma geral na literatura em saúde, encontram-se concepções de equidade ora baseadas no princípio da igualdade de acesso a serviços (horizontal) e ora inspiradas no princípio da diferença (vertical). Como diriam Jardimovski e Guimarães (1993), Travassos e Castro (2008) a equidade é considerada horizontal quando se pretende identificar e tratar igualmente pessoas com necessidades iguais de saúde e vertical quando se busca o tratamento adequadamente desigual de pessoas com necessidades distintas de saúde. Embora autores como Duarte (2000) deixem claro que o conceito de equidade (horizontal) não contempla as diferenças nos níveis de saúde e no acesso a serviços entre grupos populacionais.

A respeito das necessidades, Campos (2006) provoca ao indagar: o que seria equitativo, o atendimento das necessidades coletivas ou o das necessidades singulares? Na verdade, ele levanta a possibilidade de dimensões da equidade. Uma fundada na singularidade dos sujeitos e outra, na igualdade. A primeira impõe um sistema de operacionalização que articula a noção de sujeito e o reconhecimento de uma diversidade de situações.

Corroborando com teóricos como Sen (2001, 2002) e Walser (2003) esta tese parte de uma concepção de equidade que os potenciais usuários têm um papel político na seleção das prioridades (necessidades) e na definição de critérios de distribuição. E que não se poderá pensar numa distribuição “justa” de recursos no sistema de saúde se forem ignoradas as desigualdades de uma população,

tratando-a como igual. Assim, a equidade enquanto reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, poderá focalizar não no sentido da cesta básica, como querem os neoliberais. Defende-se a perspectiva de universalidade que não nega a diferença e a diversidade de necessidades, mesmo quando referida a um determinado grupo social, região, comunidade, sendo as necessidades socialmente determinadas.

No caso das necessidades de saúde, Cecílio (2001) considera que elas podem ser apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro conjuntos: necessidade de boas condições de vida; necessidade de se ter acesso e de poder consumir tecnologia em saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; necessidade de criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe ou profissional de saúde; necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de levar a vida.

De acordo com Costa e Lionço (2006), quando se busca nas políticas de saúde efetivar os princípios da universalidade e da integralidade, concebe-se a promoção da equidade como efeito ou consequência da participação social na gestão das políticas públicas. A escuta e consideração da particularidade de grupos sociais, por meio da construção junto a eles de ações que respondam e espelhem suas necessidades e valores específicos, implicam na consolidação de modelos de atenção direcionados à equidade.

Assim, a questão da participação social é um conceito fundamental na discussão sobre o reconhecimento e atendimento das necessidades dos grupos sociais. Entendendo-se que a participação social é um conceito que pode ter diferentes perspectivas, desde aquela que a coloca como estratégia para melhoria dos resultados da ação estatal (KLIKSBURG, 1999; AMMANN, 1985), com objetivo de promover a adesão da população aos programas definidos pelos órgãos governamentais.

Na saúde, sobretudo durante a década de setenta, a noção de participação aparece associada aos programas de medicina comunitária, que propunham a extensão dos serviços médicos na década de 70. Assim, se preconizava a incorporação da população usuária em algum nível do sistema de saúde, como por

exemplo, agentes de saúde (ligados às instituições religiosas), parteiras ou como base de apoio político ideológico a estruturas institucionais (lideranças do movimento de bairro, religiosos, dentre outros). Por outro lado, foi no conjunto desses elementos, atuantes no âmbito local, que se deu a origem do Movimento Popular em Saúde (MOPS) pela pressão a instituições municipais ou locais por melhoria das condições de saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

Todavia, o projeto de participação social nas políticas de saúde somente foi efetivado a partir do projeto reformista-democrático<sup>8</sup>, elaborado em meados dos anos 80, que tem como eixos centrais: a universalização das políticas sociais, a descentralização político-administrativa e a participação dos usuários na definição dessas políticas. Porém, para alguns autores como Carvalho (1997, p.93), os antecedentes dos conselhos de saúde, hoje existentes, localizam-se nas lutas comunitárias por saúde a partir dos anos 70.

A institucionalidade da participação social no setor saúde apareceu num contexto de propostas de democratização e modernização das instituições do Estado, de participação da sociedade, de afirmação do direito de cidadania, como contraposição ao regime autoritário, principalmente a partir dos anos 80. Período marcado pelo movimento mais geral da sociedade brasileira, através do qual se buscava eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das políticas sociais e promover uma maior participação da sociedade no processo decisório (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Dessa forma, o movimento sanitário postulou a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde e a democratização do acesso ao “poder” (grifo da autora). Preocupou-se não apenas com a questão redistributiva das políticas sociais, mas também com os mecanismos de funcionamento do Estado. Os conselhos de saúde são resultantes também desse processo, sendo vistos como

---

<sup>8</sup> Segundo Teixeira e Mendonça (1995) este se opunha à configuração da política de saúde no período de ditadura militar caracterizado por: extrema centralização financeira e decisória no âmbito federal, fragmentação institucional, ausência de participação social nos processos decisórios e nos mecanismos de controle sobre as ações estatais, tendência à privatização do aparelho burocrático na articulação público privado, privilegiamento do produtor privado de serviços de saúde, em detrimento ao público.

locus “privilegiado de participação popular”. Porém, a questão da participação social, na gestão em saúde, só vai aparecer de forma mais propositiva, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O seu relatório final ressalta a importância do controle social na área de saúde – a participação não mais como adesão da população-alvo aos programas de saúde, mas como participação no processo decisório.

Assim, a partir das proposições do movimento sanitário, a participação social vem sendo colocada como democratização do processo decisório sobre políticas públicas, por via das instâncias formais como Conselhos e Conferências de Saúde, institucionalizados pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990). Pressupõe a participação social de setores organizados da sociedade civil na formulação da política de saúde, no acompanhamento de sua execução, como também na definição da alocação de recursos para que ela atenda aos interesses da coletividade (CÔRTEZ, 2009; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; MISOCZKY, 2003).

Entende-se por controle social a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que elas atendam, cada vez mais, às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas (CORREA, 2007). Assim sendo, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas<sup>9</sup>, em luta na sociedade civil<sup>10</sup>, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses dessas classes. O espaço de atuação dos Conselhos de Saúde<sup>11</sup> se constitui nesse processo como uma das instâncias de controle social, de

---

<sup>9</sup> Segundo Cardoso (1995) para Gramsci a subalternidade dos trabalhadores se expressa tanto pela não propriedade dos meios de produção, quanto pela dimensão cultural, ou seja, pelo domínio político e ideológico exercido pelos representantes do capital.

<sup>10</sup> De acordo com Gramsci (2000), a sociedade civil é uma arena de lutas de classes, uma esfera do ser social, onde se dá uma inteira luta pela hegemonia. Nesse sentido, Dias (1996) considera que um dos erros mais frequentes é entender a sociedade civil como expressões de interesses universais. Ela é constituída tanto pelos representantes da União Democrática Ruralista, quanto pelos representantes do Movimento dos Sem Terra; pelos representantes dos usuários do SUS, como também pelos representantes dos prestadores privados.

<sup>11</sup> Sabe-se que o conselho de saúde não é portador de um único projeto político de saúde, uma vez que é composto por diferentes grupos de interesses societários, ou seja, por representações fragmentadas da sociedade, possuidoras de projetos políticos distintos, mesmo no âmbito da sociedade civil.

participação institucionalizada, onde se dá a possibilidade de as classes subalternas, neles representadas, defenderem seus interesses no sentido de influenciar e controlar, de alguma forma, os rumos das políticas estatais (CORREA, 2002, 2003, 2007).

Mas, a participação social em saúde não se restringe aos espaços formais; observam-se outras formas de participação por meio da atuação de vários movimentos sociais e organizações não governamentais que têm se articulado com os dirigentes governamentais de forma direta para influenciarem ações, programas e políticas, embora se saiba que a influência das diversas forças sociais na política de saúde se dá de forma desigual (ESCOREL, 2009).

No âmbito deste estudo, a participação social é entendida enquanto estratégia para alterar as relações de poder na sociedade, na perspectiva de maior equidade e justiça social (MISOCZKY, 2003). Compreendendo-se nesse processo também que as lutas e as confluências entre os sujeitos sociais não se encerram na formulação, na implementação das políticas sociais (dentre essas, a política de saúde) tem-se um campo de tensão, em que podem ter peso as categorias técnico-profissionais especializadas, além das agências privadas da sociedade civil (NETTO, 1992)

Além disso, entende-se que a gestão em saúde é permeada por uma racionalidade técnica e política que tem forte influência na inclusão de grupos sociais em uma dada política de saúde. Segundo Paim (2002), na saúde, o saber epidemiológico compõe parte da racionalidade técnica sanitária presente na explicação dos problemas, e junto com outras racionalidades como a política médico-assistencial, econômica e burocrática, influencia o processo decisório das instituições de saúde.

Desde a priorização de problemas, podem ser utilizados vários critérios referentes ao estado de saúde da população, como aqueles que se referem ao tamanho e gravidade do problema (magnitude), a importância do problema ou valor social, enquanto reconhecimento que determinada população dá à questão (transcendência); e as possibilidades atuais e potenciais que uma determinada gestão tem de enfrentá-las (eficiência e efetividade com que se pode enfrentar o



problema). Mesmo as decisões sendo subsidiadas por informações técnicas devem ser compreendidas como decisões políticas como salientam Rivera (1992) e Lindblom (1981).

Quando se reflete sobre as respostas governamentais que são dadas a necessidades de grupos específicos, quanto à incorporação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, a integralidade torna-se uma categoria chave na análise. A integralidade é um termo polissêmico que tem vários significados (MATTOS, 2001, 2004; PAIM, 2004). Ela tem pelo menos quatro perspectivas: a) como integração das ações promoção, proteção, recuperação e reabilitação, compondo níveis de atenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológicas e sociais; c) como garantia de continuidade da atenção nos diversos níveis de complexidade do sistema, que demanda uma articulação entre serviços; d) como um conjunto de articulação de políticas públicas.

Mattos (2004) chama a atenção para a compreensão de que em qualquer nível de atenção, é preciso ter uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência. Para o autor, a integralidade não é simplesmente sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema; as práticas de integralidade devem permear todos os níveis de atenção, caracterizadas pela apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico da situação em que transcorre o encontro entre uma equipe de saúde e o usuário, este enquanto sujeito portador de várias necessidades.

Por fim, na discussão sobre a equidade no reconhecimento e no atendimento das necessidades de grupos sociais, esta pesquisa ratifica uma concepção de política de saúde universal que garanta a todos o direito à saúde, mas sem perder de vista as diferenças entre os sujeitos que possuem necessidades específicas referentes aos processos de saúde-doença e que demandam cuidados integrais.

### **2.3 Regulação da atenção para promoção de equidade**

No SUS, a partir do Pacto pela Saúde (BRASIL 2006) a regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Cabendo, nesse contexto, aos municípios, estabelecer a adequação da oferta de serviços de acordo com as necessidades da população por meio da regulação da atenção. E como salientam Santos e Merhy (2006) a regulação, ao buscar garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre sua oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Nesse sentido, deve promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão.

No âmbito deste trabalho, foi importante distinguir entre equidade em saúde e equidade no uso de serviços de saúde. Essa distinção é feita por Travassos (1997), já que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. No entendimento da autora as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais; a equidade como igualdade no uso dos serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer. Por outro lado, a autora enfatiza que influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demandas diferenciadas aos serviços de saúde, em termos de volume e tipo de problema e que essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime.

Em termos conceituais a regulação é um conceito polissêmico, originário da teoria dos sistemas e da biologia, estendendo-se para o âmbito da economia. Na

teoria econômica clássica, o mercado é o mecanismo de ajuste entre a oferta e a demanda que permite a troca de bens ou serviços entre produtores e consumidores e a regulação aparece como intervenção estatal para corrigir falhas de mercado. A teoria econômica considera a utilização de instrumentos como incentivos financeiros, de comando e de controle (CASTRO, 2002). No entanto, sabe-se que as chamadas falhas de mercado são decorrentes da própria lógica que permeia as leis de mercado. Por exemplo, a alocação dos serviços dá-se segundo a capacidade de pagamento e a margem de lucro para seus produtores, o que inviabiliza qualquer possibilidade de alcance de equidade em saúde através das leis de mercado.

É no âmbito econômico que a regulação desponta como teoria no contexto da crise do regime fordista<sup>12</sup> e tem como principais expoentes Michel Aglietta e Robert Boyer. De forma geral os teóricos da escola da regulação discordam da tese marxista que defende a existência de leis gerais que seriam determinantes e explicativas do crescimento e das crises do capitalismo. Segundo Aglietta (1979), a principal preocupação da escola da regulação seria encontrar novas formas de tirar a economia da crise. Já para Boyer (1990, p.181), essa teoria corresponde à “conjunção de mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais”.

Para Majone (1996), no que diz respeito às atividades de regulação, elas podem ser classificadas em dois tipos básicos: a primeira denominada de regulação por propriedade pública, mediante a atuação de empresas públicas estatais para aumentar a capacidade governamental de regular os interesses públicos, atuando nas decisões de produção e formação de preços; e a segunda chamada regulação por delegação, na qual o poder decisório é delegado a agências regulatórias para o controle de empresas de provisão de serviços públicos. Vale salientar que a

---

<sup>12</sup> Segundo Teixeira (1998), o fordismo é o regime de acumulação intensiva, hegemônico, pós 2ª guerra mundial, com consumo em massa e produção direcionada basicamente ao mercado interno. Seu modelo de regulação caracterizava-se principalmente pela busca da estabilidade nas relações de trabalho (por meio de convenções coletivas), com a instituição do Welfare State e a importância do Estado na regulação econômica. Regime que, em meados dos anos 60, entra em crise de acumulação.

regulação por propriedade pública vem sendo substituída por agências regulatórias no contexto de Reforma do Estado.

Conforme salienta Laurell (1997) a proposta de reforma do Estado surge com a crise do modelo keynesiano<sup>13</sup>, a partir da década de 70, quando crescem as ideias sobre a necessidade de adequação do papel do Estado ao modelo econômico. A reforma do Estado passou a ser a palavra de ordem em todo o mundo e a solução da crise foi apresentada, sobretudo pelos teóricos de Public Choice, com o imperativo de reconstituição do mercado, da competição e do individualismo. Para tal monta era preciso eliminar as intervenções do Estado, tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto.

No Brasil a Reforma do Estado, proposta no governo Fernando Henrique a partir de 1995, objetivou facilitar o ajuste fiscal<sup>14</sup>, particularmente nos Estados e municípios e tornar mais eficiente e moderna a administração pública, através da abordagem gerencial (PEREIRA, 2006). Dentre as questões centrais do Plano Diretor de Reforma do Estado (BRASIL, 1995) estão: a modernização da gestão, a superação da administração burocrática e dos traços de patrimonialismo<sup>15</sup> existentes no setor público, com a introdução da administração gerencial com: autonomia gerencial e flexibilidade de gestão; busca de resultados guiados pela eficiência, eficácia e efetividade, com mecanismo de controle, foco no cidadão; controle social com transparência e publicidade da política e da ação governamental, participação e controle por parte do cidadão.

---

<sup>13</sup> Fundamentava-se na intervenção pública na economia para garantir o pleno emprego e na atuação em setores estratégicos para o desenvolvimento nacional. Centrava-se na compatibilidade entre crescimento econômico e satisfação das necessidades sociais, via políticas sociais universais do chamado Estado do Bem-Estar Social, que foi implementado nos países centrais, sobretudo na Europa (LAURELL, 1997).

<sup>14</sup> A operacionalização do ajuste fiscal foi realizada principalmente através da exoneração de funcionários, pela definição de teto remuneratório para os servidores e através da modificação do sistema de aposentadorias, aumentando-se o tempo de serviço exigido, a idade mínima para aposentadoria, exigindo-se tempo mínimo de exercício no serviço público e tornando o valor da aposentadoria proporcional à contribuição (PEREIRA, 2006).

<sup>15</sup> Entende-se por patrimonialismo como uma característica de um Estado que não possui distinções entre os limites do público e os limites do privado. Foi comum em praticamente todos os absolutismos (KEINERT, 2000).

No entanto, como analisa Santos (1999), o modelo de administração pública gerencial propõe um Estado empresário que promove concorrência entre os serviços públicos, centra-se em objetivos e resultados mais do que na obediência das regras, preocupa-se mais em obter do que em gastar recursos, transforma os cidadãos em consumidores.

Para Magalhães Jr (2006) a regulação em saúde vai além da mera regulamentação de mercado, uma vez que ela mantém relação com o desempenho dos sistemas públicos de saúde. Essa perspectiva encontra respaldo em autores como Figueras et al. (2002), que conceituam regulação como uma dimensão da função de reitoria dos sistemas de saúde, originária do processo de definição de políticas e de regras para os sistemas de saúde.

Na concepção adotada por Mendes (2002), a regulação é uma das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde, está ao lado do financiamento e prestação de serviços. Ela ocorre quando o Estado investido de seu papel de mediador coletivo atua no direcionamento dos serviços de saúde para cumprimento de seus objetivos e para implementar e avaliar as regras do jogo que norteiam os sistemas de saúde.

Na saúde, conforme destaca Almeida (1999), assiste-se, a partir dos anos 90, a propostas de reestruturação dos sistemas de saúde com implantação de várias estratégias que vão sendo interpretadas dentro do contexto de cada país. De forma geral há a introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica para redução do gasto hospitalar (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilegiamento da atenção básica, e de saúde pública (prevenção); separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores) com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; construção de “mercados regulados ou gerenciados” com a introdução de mecanismos competitivos (assistência gerenciada – *managed care* –, competição administrada – *managed competition* –, mercado interno, competição pública); utilização de subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando à reestruturação do *mix* público e privado, com a quebra do “monopólio” estatal.

Segundo Lima (2010) a competição administrada não se implementou da maneira radical proposta por Bresser Pereira, mas os interesses mercantis na área da saúde avançaram de maneira significativa e a forma como a descentralização foi implementada gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, com graus diferenciados quanto à participação das instituições privadas na provisão de serviços ao SUS e na configuração da rede de serviços.

Para Bahia (2005), no SUS, assiste-se a um frágil processo de regulação das interfaces entre o público e o privado no sistema de saúde, no que se refere a se ter uma supremacia do interesse público sobre o privado. Além de que, a temática da regulação público-privada não tem adquirido ainda no SUS o estatuto de tema da agenda de debates na sociedade.

Em termos conceituais a regulação em saúde não tem sido empregada no sistema de saúde brasileiro de maneira uniforme; está relacionada com a própria configuração do sistema. Desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), aparecem medidas de regulação para estabelecer regras de utilização de serviços e medicamentos, como também para regular a oferta de serviços de saúde para os beneficiários.

Foi a partir de 1978, com a expansão dos serviços privados de saúde contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), que regulação consolidou-se como sinônimo de controle, principalmente o da produção e o dos gastos na assistência médica aos segurados. Além disso, a conformação da rede dava-se por mecanismos de credenciamento e adotavam-se critérios pouco claros para compra de serviços (INOJOSA, 1996; SANTOS; MERHY, 2006).

Com a implantação do SUS, a primeira referência ao tema “regulação” vem com a Constituição de 1988, no seu artigo 17, quando define que são de relevância pública as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1989). Já a lei 8.080/90 ressalta em seu artigo 15 a atribuição dos entes federados na elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados (BRASIL, 1990).

A partir daí, várias foram as citações e normas legais a respeito da regulação por parte do Ministério da Saúde, de legislação estadual e de outros

órgãos. As NOB 91, 93, 96 (BRASIL, 1991, 1993, 1996) trataram exclusivamente do componente da regulação de controle e avaliação. Muitos municípios passaram a denominar suas áreas de gestão de *regulação*, mas restritas ao controle e à avaliação.

Mas, segundo Mendonça et al. (2006) a regulação pública sobre o setor Saúde no Brasil, desde o alvorecer do SUS, tem se dado em múltiplas frentes, caracterizando-se pela insuficiência da discussão teórico-conceitual e pela fragmentação e desarticulação das práticas, seja dentro de uma esfera de governo, seja entre as esferas municipal, estadual e federal. Depara-se frequentemente com noções e práticas de “controle e avaliação”, “auditoria” e “regulamentação”, ora se referindo às ações de saúde, ora sobre sistemas de saúde.

Autores como Magalhães Júnior (2002) avalia que o processo regulatório pode ocorrer em duas dimensões: macrorregulação e microrregulação. Na primeira, aparecem as decisões mais gerais da política, os mecanismos mais estratégicos da gestão, planos estratégicos, política de recursos humanos, diretrizes, estabelecimento de regras para as relações com o setor privado, dentre outras questões. Ela é entendida como parte do processo de definição de políticas e de regras para o sistema de saúde em seu conjunto. Pressupõe ainda a definição de regras no financiamento, na qualidade da assistência, da capacitação e de certificação de profissionais. Na segunda dimensão, também denominada de regulação assistencial, aparecem os mecanismos de acesso cotidiano das pessoas aos serviços. Trata-se dos elementos de funcionamento que permeiam a relação da demanda com a oferta.

No entanto, a partir do arcabouço teórico do Pacto pela Saúde e da formulação da Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2006a, 2008), verifica-se uma ampliação do entendimento do papel da regulação no sistema de saúde, desempenhado através da articulação de três dimensões interligadas: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção e regulação assistencial.

Na definição de regulação dos sistemas de Saúde encontram-se as ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas, sendo

também definidas nessa dimensão as macrodiretrizes para regular a atenção à saúde. No âmbito da regulação da atenção à saúde o objeto de atuação centra-se nos prestadores de serviços públicos e privados, sendo constituída por ações de contratação, regulação assistencial, controle assistencial, avaliação da atenção, auditoria assistencial e a regulamentação das vigilâncias epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2008).

O presente estudo focará a análise em duas linhas de atuação da regulação da atenção à saúde: regulação assistencial e contratação/contratualização<sup>16</sup>, pela interseção delas com a temática da equidade.

### 2.3.1 A regulação assistencial na promoção do acesso com equidade

No tocante à regulação assistencial, pode-se dizer que desde 1998 ela vem sendo referendada por meio de portarias ministeriais que tratavam da organização do tema do sistema hospitalar de urgência e emergência, do sistema de referência para gestante de alto risco, dentre outras modalidades. Todavia foi efetivamente a partir de 2001, que ela ganhou amplitude política e técnica na discussão sobre regionalização da assistência proposta pela Norma Operacional da Assistência da Saúde/NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002). A norma previu mecanismos para reorganização dos fluxos de referência contra-referência, introduzindo a temática da regulação assistencial, ou regulação do acesso às urgências e consultas, numa perspectiva de ferramenta de gestão para promover acesso com equidade. Embora, com atuação restrita ao âmbito da média e alta complexidade, desarticulada da atenção básica e das atividades de controle e avaliação.

---

<sup>16</sup> Entende-se por contratação – ato de firmar o instrumento contratual de prestação de serviços e por contratualização – como processo/conjunto de atos que resultam na contratação de serviços de saúde, envolve desde a identificação de necessidades, negociação de metas e de responsabilidades entre gestores e prestadores, até o ato de contratar.



Com o Pacto (BRASIL, 2006a) e posteriormente, com a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) o objeto da regulação assistencial é definido como organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Sendo definida como um “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”. A regulação assistencial é assim, a possibilidade do exercício da autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização a serem pactuados com os diversos atores sociais envolvidos com a problemática do acesso assistencial.

Por outro lado, como reconhece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a política de regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real/demanda artificial, considerando a oferta potencial e a existente. Em síntese, deve regular de maneira mais efetiva a oferta e a demanda por serviços de Saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, prevista no Pacto (BRASIL, 2006a) é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada. Os Complexos Reguladores permitem aos gestores articular e integrar dispositivos como Centrais de Internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Tem-se, portanto, preconizado no pacto, uma concepção ampliada de regulação assistencial que articula planejamento, programação e avaliação.

Para a presente pesquisa o processo de regulação assistencial é entendido como intervenção pública para qualificar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, ou seja, como capacidade de atuar em processos de prestação de serviços, por meio de mecanismos que induzem, normalizam, regulamentam ou restringem os

processos de prestações de serviços, tendo como referência as necessidades assistenciais apresentadas pelos usuários do sistema único de saúde.

Entendendo-se que, na história do SUS, a produção de ações e serviços de saúde nem sempre tem respondido as necessidades reais dos usuários. Essa produção de serviços, na maioria das vezes, tem sido modelada pelas características da demanda e da oferta, que também não traduzem fielmente as necessidades. Como destaca Solla (2010) a presença de um serviço por si só gera demanda.

Segundo analisam Reis *et al.* (1998), as necessidades de saúde não são naturais; seus limites, conteúdo, magnitude e formas de satisfação variam e são determinadas historicamente e socialmente. Elas são definidas numa disputa de intencionalidades econômicas, políticas, ideológicas de fabricantes e comerciantes do setor saúde, prestadores, gestores e dos distintos usuários.

Assim, parte-se do entendimento de que mesmo quando a regulação da atenção está comprometida com a adequação da oferta às necessidades dos usuários, ainda resta o desafio de reconhecer as diferenças e as singularidades dos usuários do SUS. Organizar a oferta de ações pertinentes a essas necessidades, numa atuação subsidiada não só pelo saber da epidemiologia, da clínica, mas também pela participação dos próprios usuários na definição de prioridades. Nesse sentido, como analisa Garíglia (2008), a regulação assistencial inicia na atenção básica resolutive e perpassa todos os outros níveis. Envolve a escuta atenta e cuidadosa em cada encontro entre os profissionais de saúde e os usuários para que ocorra uma adequada identificação de necessidades.

No que diz respeito ao acesso, é relevante enfatizar que se trata de um conceito complexo, que possui diversos significados e oscilações no emprego do termo, ora como acesso, ora como acessibilidade. Para Donabedian (2003) ambos os termos podem indicar facilidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Já autores como Starfield (2002) fazem distinção entre os termos, a saber, enquanto o primeiro refere-se às características da oferta, o segundo significa a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Dentre os autores que preferem falar em acesso, encontra-se Andersen (1995), para quem essa característica é um dos aspectos do sistema de saúde relacionado à organização dos serviços no que concerne à entrada nos serviços e aos cuidados subsequentes. Já Penchansky *et al.* (1981) concebem acesso como o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde.

Donabedian (1973) faz uma abordagem sobre acessibilidade como uma das dimensões da oferta relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. O acesso vai além da entrada dos serviços, diz respeito à relação entre as necessidades dos usuários, os serviços e recursos utilizados, ressaltando a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários.

Nesse sentido, Donabedian (1973) atribui à acessibilidade duas dimensões: a geográfica e a sócio-organizacional. A primeira refere-se a distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegarem aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda, a todas as características da oferta que facilitem ou dificultem a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Para o autor, os serviços devem ser oportunos e contínuos para atenderem a real demanda e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Autores como Unglert (1990) e Fekete (1995) enfatizam ainda a acessibilidade econômica como gasto direto ou indireto dos usuários com os serviços de saúde. E a acessibilidade sociocultural para falar dos obstáculos provocados pelas diferenças socioculturais entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde.

Assim, entende-se que o conceito de acessibilidade não contempla apenas a disposição de recursos assistenciais, num determinado tempo e lugar e sim as características desses recursos que facilitam ou dificultam seu uso pelos potenciais usuários no atendimento de suas necessidades.

De acordo com Travassos e Castro (2008), há desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde e que essas desigualdades são expressões diretas das características do sistema de saúde. A disponibilidade de

serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Embora os autores salientem que modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais.

A regulação se institui num campo de lutas políticas, econômicas, sociais e técnicas, atravessada por interesses diversos que confluem e conflitam em cada tema regulado (PÓ, 2011), e que no caso da regulação assistencial isso se traduz em relações políticas, técnicas e de cuidado que vão definir seu alcance e formato. Nesse sentido, a análise da regulação assistencial na perspectiva de promover acesso equânime e integral aos serviços de saúde demandou o uso de conceitos como o triângulo de governo de Matus e os conceitos de rede e redes de atenção à saúde.

Para Matus (1993), todo ator que planeja não tem assegurada sua capacidade de controlar a realidade, dependerá da ação de outros atores, como também da destreza e habilidades necessárias para executar o seu projeto. Assim, o autor sintetiza o ambiente do gestor público por meio de três vértices de um triângulo com interação entre eles.

Pode-se mencionar como primeiro, o *Projeto de Governo*, que expressa a direção que se pretende imprimir à administração, traduz-se enquanto conteúdo propositivo do projeto de governo, detentor das propostas de ação realizáveis para que se alcancem os objetivos pretendidos. O segundo, a *governabilidade*, refere-se à possibilidade de ação e ao controle dos efeitos dessa ação pelo governante, demonstra o potencial de articulação com os agentes envolvidos nos âmbitos internos e externos. Matus (1993) destaca a dificuldade de articular a pluralidade de atores e interesses envolvidos num dado projeto de governo, esclarecendo que, ao controlar um maior número de variáveis, o governante terá maior liberdade de ação. O terceiro vértice é a *Capacidade de governo*, enquanto exercício de liderança,

mediada pela experiência e pelo conhecimento, habilidades, métodos e técnicas que o governante e sua equipe possuem para conduzir o processo, dada a governabilidade do sistema e o compromisso do projeto de governo.

Igualmente, o acesso a outros serviços ou níveis de atenção refere-se a um dos sentidos da integralidade do qual trata Cecílio (2001), ou seja, integralidade como funcionamento em rede. Sendo este um grande desafio dos sistemas locais de saúde, já que nenhum ente federado dispõe da totalidade dos recursos e competência para resolver todos os problemas e necessidades assistenciais de uma dada população.

Em seu sentido etimológico, a palavra rede deriva do latim - *retiolus* – cujo valor semântico indica o entrelaçamento de fios, em abertura regular, que forma uma espécie de tecido. Mas, a palavra ganha diferenciadas acepções para as diferentes áreas do conhecimento. De acordo com Castells (2000), as redes podem ser concebidas como estruturas abertas expandindo-se infinitamente, formando novos nós. Para integrar uma rede, enquanto uma estrutura dinâmica, é imprescindível que seus integrantes estabeleçam uma ligação entre si, compartilhem valores e objetivos comuns, decodificáveis em um processo de comunicação.

Para Inojosa (1999), existem vários tipos de *redes* e, *considerando-se a relação entre os parceiros, destacam-se duas*. A primeira delas, a *rede subordinada*, é formada de entes que são partes de uma organização ou sistema, com interdependência de objetivos, mas nessa configuração só há um *locus* de poder. A outra, a *rede autônoma*, é constituída de entes autônomos, com objetivos específicos próprios, que se articulam a partir de uma ideia-força mobilizadora, é aberta, trabalha por pactuação e o controle pode mudar de *locus*. Portanto, nesse arranjo, o poder é fragmentado e o conflito é inexorável. Inojosa (2008) destaca que uma das principais características das redes é o movimento, por isso, quando seus fluxos são encarcerados em normas e rotinas, podem perder o sentido e absorver características do modelo piramidal e hierárquico.

Como enfatizam Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 334) e Gobbi et al. (2005), o conceito de rede demanda uma dupla leitura - como estrutura

organizacional, voltada para a produção de serviços - e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis. Assim, toda rede é um espaço plural, onde coexiste uma multiplicidade de atores com diversos interesses, o que contribui para situações de conflito e de disputa de poder.

Nesse sentido, Mendes (2009, p. 140) considera ser preciso um efetivo processo de negociação entre gestores para viabilizar a formação de redes de atenção à saúde, enquanto “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e coordenada pela atenção primária”.

### 2.3.2 Contratualização e equidade

No tocante à contratualização em saúde, ela diz respeito a todas as relações pactuadas e formalizadas de gestores com prestadores de serviços de saúde públicos e privados<sup>17</sup>, estabelecendo obrigações recíprocas. A contratualização é um instrumento de reversão do ciclo de distribuição de recursos em função das necessidades apresentadas pelos serviços, para passar a distribuí-los sobre uma base contratual clara que traduz a adequação dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma dada população, com participação do cidadão na decisão e na avaliação dos serviços de saúde, numa perspectiva de equidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

De acordo com Escoval (2003), a contratualização em saúde teve origem na reforma dos anos 90 nos sistemas de saúde europeus. Para a autora esse processo conforma, em bases formais, a separação funcional entre o financiamento e a

---

<sup>17</sup> A participação privada no Sistema público de saúde do Brasil tem respaldo jurídico na Constituição de 1988 (parágrafo único do artigo 199) por meio de contratos. Assim, as instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, 2006c).

prestação direta de serviços. Esta última mediada por contratos entre compradores e prestadores. Sendo, portanto, um dos mecanismos de mercado que foi colocado no âmbito das reformas dos sistemas de saúde da Europa.

A contratualização no setor saúde almeja que os serviços sejam prestados para garantir o benefício público no uso dos recursos, de acordo com os critérios pactuados de distribuição, com envolvimento dos cidadãos na definição de necessidades. No entanto, na maioria dos países ainda são incipientes os mecanismos através dos quais os cidadãos podem influenciar a prestação dos serviços e a qualidade dos cuidados prestados (ESCOVAL, 2003).

Do ponto de vista da tipologia há diferentes tipos de arranjos contratuais: formais ou os chamados “duros”, onde as partes contratantes são relativamente autônomas e o contrato pode ser legalmente imposto; há os contratos “leves”, onde há menor formalidade e as partes pertencem a um mesmo ente jurídico-administrativo, sendo mais difícil haver a possibilidade de imposição legal. Por vezes, este último é denominado de “acordos de serviços”, “acordos de gestão de rendimento”, “acordo de gestão”, “acordo de desempenho”, já que não se caracterizam como contratos no sentido legal do termo (ENGLAND, 2002). Conforme classifica a autora, há contratos entre setor público e privado, entre partes integrantes do setor público ou ainda entre partes integrantes do setor privado<sup>18</sup>.

No setor público pode haver vários tipos de contratos: com o setor privado para prestação de serviços; com empresas privadas para gerenciar hospitais; entre a autoridade governamental de uma esfera de governo e prestadores públicos de outra esfera; contratos entre autoridade governamental e prestadores públicos pertencentes à mesma esfera governamental, tanto no âmbito da atenção básica quanto na atenção hospitalar (ENGLAND, 2002).

Mas, é importante salientar que a temática da contratualização, originalmente aplicada ao setor privado, aparece como maior visibilidade pública a partir dos anos 90, como um dos elementos das propostas de reforma do serviço público, dentro do

---

<sup>18</sup> Os contratos entre as partes integrantes do setor privado são feitos entre as operadoras de planos de saúde e prestadores privados.

arcabouço de reforma do Estado. Dentre as possíveis modalidades de contratualização, a experiência internacional consagra os contratos de gestão para todos os ramos da indústria e serviços. Com relação ao setor saúde, contempla contratos associados a maior autonomia da gestão hospitalar e contratos sistêmicos (RIBEIRO, 2001). Segundo o autor, no caso da Inglaterra e Espanha, os contratos combinam metas e incentivos, tratam do desempenho dos serviços ambulatoriais e hospitalares, como também da regulação da relação entre tais serviços e da rede de apoio diagnóstico de alta complexidade.

No Brasil, surge no governo Fernando Henrique Cardoso, tendo como seu principal ideólogo o ex-ministro Bresser Pereira que defendeu um modelo de administração pública gerencial, a chamada “*nova gestão pública*”<sup>19</sup> (grifo da autora). Nesse sentido, pode-se dizer que a contratualização em saúde estrutura-se como ferramenta do modelo pós-burocrático, que parte da premissa de que uma gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social, com incentivos vinculados à produtividade e eficiência que, articulados, configuram as condições necessárias para a responsabilização dos gestores públicos (ARAÚJO, 2010).

A abordagem da Nova Gestão Pública apóia-se na escola de pensamento do neoinstitucionalismo econômico, que busca dar resposta à problemática do baixo desempenho e de insuficiente prestação de contas da administração pública. Uma de suas principais abordagens é a Teoria da Agência (ARAÚJO; SANCHEZ, 2005; LIMA, 2009; MELO, 1996; PRZEWORSKI, 1998), que influenciou os ideólogos da Reforma Administrativa do Estado no Brasil. Assim, parte-se da orientação que a gestão pública deve responsabilizar-se mais pela função do principal (que financia e controla) e menos pela função do agente (que faz).

Segundo a Teoria da Agência (principal/agente) para o agente agir como desejado pelo titular satisfazendo seus objetivos, o titular deve desenhar contratos com incentivos positivos (prêmios) ou negativos (punições) e instituir mecanismos de

---

<sup>19</sup> A esse respeito ver o modelo de administração pública gerencial defendido por Bresser Pereira (PEREIRA, 2006).



controle e monitoramento eficazes de forma a identificar possíveis desvios frente aos resultados esperados. O contrato materializa os compromissos estabelecidos, o desempenho esperado, os incentivos a serem aplicados e os mecanismos de monitoramento e avaliação, além das práticas e instâncias de prestação de contas (LIMA, 2009).

No Brasil as primeiras agências reguladoras foram criadas no governo Fernando Henrique Cardoso/FHC, em meio ao processo de privatização das empresas de energia elétrica, telecomunicações e petróleo (RIBEIRO, 2001). No setor saúde, a noção de regulação também está associada à relação Estado/mercado. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios/PNAD/2003, o setor saúde tem forte participação do mercado na provisão de serviços, uma vez que 43,2 milhões de brasileiros utilizam, também, a saúde suplementar (IBGE, 2005).

Assim, na fase atual do sistema de saúde brasileiro, presencia-se a introdução de mecanismos de mercado na provisão dos serviços pelas proposições de renúncia do Estado à responsabilidade por essas funções e pelo fortalecimento da participação da oferta e das despesas privadas em saúde. Observa-se o crescimento do setor privado na assistência à saúde, com destaque especial ao setor supletivo. O Estado consolida seu afastamento de parte da prestação dos serviços e passa a ocupar espaço na regulamentação do setor privado (SATO, 2007).

Em 1998 é aprovada a Lei 9656/98 (BRASIL, 1998) que regula os planos de saúde e em 2000, por meio da Lei 9.961 (BRASIL, 2000), cria-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, seguindo o modelo da Teoria do Agente-Principal (Teoria da Agência). A esse respeito alguns estudos têm focalizado a análise do modelo de regulação adotado e como esse processo tem propiciado a manutenção de subsídios públicos ao setor privado (MALTA *et al.*, 2004; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Com o governo Lula da Silva, ao contrário das expectativas de reversão do processo de privatização e de transformação do modelo assistencial, assistiu-se à

edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde. É no campo do setor privado da rede SUS que o Ministério da Saúde tem instituído um conjunto de políticas públicas que reforçam o caráter público das empresas que integram a rede, aprimorando-se as relações convencionais; uma dessas políticas destina-se a contratualização com hospitais filantrópicos (BAHIA, 2008; LIMA, 2010).

Assim, em 2005, foi implantado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS, expresso na Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), que reafirma o apoio dos recursos públicos ao setor privado<sup>20</sup>.

Em 2009, foi aprovada a nova Lei das entidades filantrópicas nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009). Segundo essa Lei, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deve comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênera, celebrado com o gestor local do SUS. Deve ofertar a este, a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando-se o somatório das internações e dos atendimentos ambulatoriais. Entretanto, conforme estabelecido em seu artigo 11, o hospital filantrópico considerado de excelência pode, alternativamente, para dar cumprimento a essa determinação, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde.

A referida Lei prevê celebração de termo de ajuste com o Ministério da Saúde nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

---

20 De acordo com Bahia (2008), o suporte de recursos públicos ao setor filantrópico aparece desde os anos 80, com a chamada crise financeira e denúncias de fraudes da Previdência Social, havendo um redirecionamento do privado/contratado para filantrópico. Na portaria 3.046 de 1982, a diretriz da plena ocupação da capacidade pública instalada se traduziu pelo desenho público-filantrópico, iniciando-se a ampliação da oferta e da produção de serviços públicos e filantrópicos, com redução dos serviços contratados. A partir de 1993 presenciaram-se três modalidades de apoio aos hospitais filantrópicos: flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação de leitos para atendimento universal, que condiciona a concessão do certificado de filantropia; abertura de linha de crédito; aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores.

No caso dos contratos de gestão no sistema público, eles têm aparecido frequentemente como meios de concessão de autonomia do executivo para os hospitais públicos, pelas chamadas *Organizações Sociais*, sobretudo nos novos hospitais construídos pelo poder público, em estados como São Paulo, Pernambuco, Bahia, dentre outros, numa clara adesão aos ditames da reforma do Estado, instituída a partir de 1995<sup>21</sup>.

Segundo pesquisa desenvolvida por Carneiro Júnior e Elias (2006), a forma como o Estado brasileiro tem delegado a assistência à saúde para agentes privados – por intermédio de organizações sociais – não tem contemplado a efetivação do controle público e da equidade no acesso aos serviços. Por outro lado, concorda-se com Fleury (2007) que o contrato de gestão pode e deve ser introduzido na gestão pública, sem o viés privatista e liberal, tendo-se claro que a centralidade do usuário cidadão não será garantida por sua transformação em um consumidor ou pela garantia da autonomia do *Agente*, nem na sua substituição pelo “consumidor inteligente” da competição gerenciada.

Nessa linha de argumentação encontram-se autores como Santos Filho e Figueiredo (2009), que ao analisarem a implantação de contratos internos de gestão em algumas unidades públicas, consideram que quando a contratualização é concebida como dispositivo de cogestão na intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde, por meio de um processo de pactuação de metas e avaliação participativa - ela tem contribuído para transformação das relações de trabalho, de promoção de corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção. Perspectiva também defendida por Campos (2000, 2006, 2007) e Mendes (2002) e adotada na presente pesquisa.

---

<sup>21</sup> Especificamente na portaria 1.034/2010 o Ministério vem regulamentar a prática de contrato de gestão, firmado entre ente público e entidade privada qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de serviços assistenciais à saúde (BRASIL, 2010).

Mas, de acordo com Perrot (2004) e Mendes (2002), quando as experiências contratuais ocorrem de forma isolada e descoordenada no sistema de saúde, além do impacto limitado, elas podem ampliar a desorganização do sistema de saúde e aumentar ainda mais a fragmentação e o isolamento entre os prestadores. Além de que a distribuição dos recursos deve ser pensada de forma global, procurando atender de forma equilibrada a todas as necessidades e não apenas parte delas.

Do ponto de vista da melhoria de desempenho do sistema de saúde, Lima (2009, p. 76) avalia que é de difícil alcance, quando a contratualização fica restrita a algumas unidades. O desempenho de uma unidade hospitalar, por exemplo, está também condicionado pelo desempenho das outras unidades da rede de atenção. Assim, para a autora, a contratualização precisa permear toda a rede de serviços: “O nível local e/ou regional de uma rede de serviços estabelecendo relações contratuais com cada uma de suas unidades componentes e internamente cada uma delas reproduzindo o mesmo entre a direção e serviços/equipes”. Assim, a discussão da contratualização envolve os conceitos de rede e redes de atenção à saúde, já anteriormente discutidos.

Para o Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), no âmbito da rede SUS, os contratos vêm sendo vistos como instrumentos de regulação e avaliação de resultados na prestação de serviços, e como meio de estabelecer, de forma explícita, as responsabilidades dos gestores e prestadores. Os contratos devem ser firmados com base nas necessidades locais, como também naquelas presentes na PPI e servir para instrumentalizar o processo de controle e avaliação a ser desenvolvido sobre os serviços privados. Assim, os contratos são considerados também como instrumento de regulação de acesso, tendo-se disponíveis vários instrumentos de contratualização<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup>a) Termo de Cooperação entre Entes Públicos – ajuste entre entes públicos, previsto na PT/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, no TCEP, como é chamado, são pactuados o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço sob gerência de uma esfera de Governo e gestão de outro; b) Convênio – convênio pode ser definido como forma de ajuste entre Poder Público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração. Assim, convênio pode ser utilizado para regular a relação com as entidades filantrópicas

O processo de contratualização em saúde, enquanto relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde, é permeado, em qualquer esfera de gestão, pelo tensionamento entre os interesses públicos e privados na produção de serviços de saúde cujos custeios são feitos com recursos públicos. Para efeito deste estudo, o conceito de fundo público torna-se chave na compreensão da contratualização em saúde.

De acordo com Oliveira (1998), verifica-se no âmbito das políticas públicas a disputa pelo direcionamento do uso do fundo público, ora na esfera da reprodução da força de trabalho (das políticas sociais), ora na esfera dos investimentos diretos para o capital. Para o autor, essa disputa se traduz como luta de classes que se estende até os meandros das políticas sociais, onde os representantes dos capitais buscam sistematicamente capturar fundos públicos. Análise que se aplica ao sistema de saúde no Brasil, como bem demonstrou Bahia (2005, 2008) e Salvador (2010).

O fundo público é para Oliveira (1998, p. 53) “um mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, contém na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado que é sócio-política, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada”. Assim, o fundo público tanto é a expressão dos recursos estatais para financiar a acumulação do capital, como “em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo toda a população por meio dos gastos sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 19-20).

Para autores como Behring e Boschetti (2006), Salvador (2010), o fundo público não é um antivalor como afirma Francisco Oliveira, já que ele participa da

---

e sem fins lucrativos, quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Em razão do disposto no art. 199, §1º da Constituição Federal, tais entidades têm prioridade na participação complementar na rede pública de saúde; c) Contrato de Gestão – ajuste firmado entre o Poder Público e entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como organizações sociais, quando houver o interesse em transferir a gestão de uma unidade pública; d) Contrato Administrativo - ajuste firmado entre Poder Público e prestadores privados com ou sem fins lucrativos quando o objeto do contrato for a compra de serviços numa lógica de pagamento por produção, seguindo os ditames da Lei nº 8666. O objeto do contrato deverá estabelecer metas por produção (BRASIL, 2006).

reprodução do capital por diversos meios: pelos subsídios, pelas desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital. E na esfera da reprodução da força de trabalho pelos salários indiretos que reduzem os custos do capitalista na aquisição; pelos recursos do orçamento público para investimento em meios de transporte e infra-estrutura, no financiamento de pesquisa e nos subsídios e renúncias fiscais para as empresas, dentre outras formas. Na saúde, por exemplo, Salvador (2010) destaca a relevante participação do setor privado de serviços de saúde como sócio histórico do fundo público, tanto na prestação direta quanto na captação de incentivos públicos. Assim, compreende-se que o processo de disputa pela utilização dos fundos públicos também se reproduz nos meandros das políticas sociais e não apenas entre a esfera do capital e da reprodução da força de trabalho.

Com base na tipologia da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD), Santos, Ugá e Porto (2008) classificam o modelo do sistema de saúde brasileiro como suplementar, tendo em vista a cobertura duplicada de serviços oferecidos pelo SUS. Nesse caso, o setor privado depende da compra estatal via recursos do SUS, e dos subsídios estatais por meio da renúncia fiscal, que beneficia tanto o segmento dos operadores de planos e seguros de saúde, quanto a parte da sociedade filiada à atenção médica supletiva. Na verdade, essas são manifestações contemporâneas das relações entre os interesses públicos e privados na área da saúde, as quais continuam a se expressar na permanente disputa pela utilização dos fundos públicos.

Para Labra (1993), dada predominância do setor privado de saúde no país, as organizações de interesses do empresariado médico, que povoam o mercado de saúde, se fazem presentes na vida sócio-política do país e têm acumulado bastante recurso de poder. Há uma constelação de organizações empresariais da medicina<sup>23</sup>,

---

<sup>23</sup> Dentre as associações de maior liderança Labra (1993) destaca: a Federação Brasileira de Hospitais (FBH-1966); a Federação Nacional de Estabelecimento de Saúde (FENAESS -1983); a Organização Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE- entre os anos 50 e 60); a Federação Nacional de Seguros Privados (FENASEG - 1951). Nas duas últimas décadas, a cena política tem sido ocupada também pela representação dos estabelecimentos filantrópicos como a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas/CMB, tendo em vista a

com interesses conflitantes entre si, mas que para ampliar a margem dos benefícios financeiros a serem capturados pelo setor privado, estabelecem estratégias voltadas à aglutinação de seus próprios interesses.

No entendimento de autores como Araújo (2010) Martins (2007) Abrúcio (2006), a contratualização transforma o governo num comprador mais qualificado, pois implica em saber: o que comprar, a quem comprar e como comprar. Como também prevê a definição de um sistema de fiscalização e acompanhamento. A esse respeito Solla (2010), avaliando os avanços da gestão municipal de Vitória da Conquista destaca que o processo de contratação do prestador privado, via licitação, permitiu mudanças significativas na configuração da rede privada contratada, principalmente pela definição da obrigatoriedade de um elenco mínimo de procedimentos, reduzindo a atuação do prestador na seletividade da oferta disponível. Ou seja, nesse processo não será mais o prestador quem irá definir o objeto da compra a ser feita pelo poder público, e sim as necessidades assistenciais identificadas pela gestão.

Embora se saiba que nas práticas cotidianas no SUS, ainda por vezes, tem cabido aos prestadores de serviços a definição de que serviços ofertar, não dentro das necessidades dos usuários, mas segundo os princípios de mercado. Dessa forma, na análise de qualquer processo regulatório torna-se relevante indagar, como ressalta Magalhães Júnior (2006:73): “quem está operando hegemonicamente esta regulação, e qual a sua lógica?”

Para Silva (2001) as políticas regulatórias são essenciais no SUS para garantir o cumprimento das normas de interesse público. Nesse sentido, é relevante a revisão de mecanismos contratuais e de controle sobre os serviços executados, com acompanhamento e fiscalização.

No tocante ao controle Araújo (2010), Martins (2007) e Abrúcio (2006) consideram que o aumento da responsabilização da administração pública, via

---

enorme dependência do sistema de saúde para com esse segmento, sobretudo nas Regiões Sul e Sudeste. Além da Associação Nacional de Hospitais Privados /ANAHP, criada em 2001, que reúne hospitais, em sua maioria, filantrópicos categorizados como primeira linha pelo uso de tecnologias de ponta.

contratualização, será mais bem sucedido, caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle público. Para esse estudo o controle público pode ser operacionalizado em suas duas dimensões: – como instância de controle social, no âmbito da participação da sociedade civil organizada, com a finalidade de exercer o controle sobre o Estado através dos conselhos de saúde<sup>24</sup>; – e como controle instituído no interior da arquitetura do Estado, por instituições, agências e órgãos estatais com poder legal e de fato, para realizar supervisão e aplicar sanções legais (Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Tribunais de Conta).

No caso desta pesquisa, adota-se a concepção de controle interno, exercido no âmbito do poder executivo por meio dos mecanismos de controle e avaliação em saúde sobre as unidades de saúde contratualizadas pela gestão municipal. Embora, concorde-se com Heimann et al. (2011), Inojosa (1996) que as atividades de Controle e avaliação dos estados e municípios geralmente têm priorizado, como no período do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS, a fiscalização contábil, importante, mas não suficiente. Ainda são incipientes as iniciativas de controle do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Por fim, entende-se que a regulação da atenção à saúde ocorre num cenário em que a disputa público/privado no SUS se traduz, como destaca Merhy (2006), em duas apostas: a saúde como um bem público e a saúde como um bem de mercado. Como bem público, é indispensável a atuação do Estado nas formas de regulação da oferta privada (como parte integrante do SUS), conforme a “ótica do interesse coletivo”.

---

<sup>24</sup> Ver conceito anteriormente exposto.



## 2.4 Situando o estudo no campo da Análise de Política

Esse estudo localiza-se no campo da análise de política<sup>25</sup> que, segundo Viana (1996), Viana e Baptista (2008) a análise de política consiste principalmente em analisar o modo de funcionamento do Estado a partir da identificação das características das organizações públicas que executam as políticas; dos atores envolvidos no processo político; dos mecanismos, critérios e estilos relacionados à tomada de decisão pelas instituições responsáveis; de inter-relações entre essas variáveis (organizações e atores); e de variáveis externas que influenciam esse processo. É na análise de política que se destacam as formas de intervenção adotadas pelo Estado e as relações entre os atores públicos e privados. Entendendo-se que uma política pública diz respeito ao Estado em ação, ao processo de construção de uma ação governamental para um setor, envolvendo: recursos, atores, arenas, disputas e negociação.

Para Souza (2007, p.69) não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. Ela prefere resumi-la como: “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo dessas ações (variável dependente)”.

De acordo com Frey (2000, p. 216-217), a literatura sobre análise de política trata de três dimensões da política - *polity*, *politics*, *policy*. A dimensão institucional (*polity*) se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo; no quadro da dimensão

---

25 A literatura específica sobre o tema identifica dois eixos principais de análise: o que centra a análise na sociedade, conhecido como abordagem pluralista, compreende o Estado como espaço vazio no qual os grupos em disputa dão direção à política. O outro é a estruturalista, com destaque para perspectiva marxista que salienta o caráter de classe do Estado, no qual a burguesia aparece como principal ator político na definição das ações por meio do desenvolvimento da luta política. Nos anos 80, consolida-se outra perspectiva que procurava mesclar as duas abordagens anteriores, identificada como neoinstitucionalista. Essa nova perspectiva, que procura dar um caráter mais dinâmico ao processo político, destaca as relações entre Estado e sociedade, entre o papel das instituições e o dos atores sociais (VIANA; BAPTISTA, 2008).

processual (*politics*) tem-se em vista o processo político, frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; a dimensão material (*policy*) refere-se aos conteúdos concretos da política, ou seja, diz respeito à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas. Windhoff-Héritier (1987) considera que com a análise de políticas pretende-se compreender a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política, com o arcabouço tradicional das ciências políticas.

De forma geral, pode-se dizer que existem diferentes abordagens e modelos teóricos de análise de política. Segundo Viana e Baptista (2008) em alguns casos o peso da análise incide mais sobre o processo histórico e cultural de construção de um Estado e a participação da sociedade; em outros casos a ênfase recai nas condições estruturais e econômicas que são fundamentais em um Estado; há ainda estudos que procuram articular as diferentes dimensões sem realçar um ou outro aspecto.

Uma das abordagens de análise de política que tem sido bastante utilizada é a abordagem do Ciclo da Política (VIANA; BAPTISTA, 2008). Nela, o estudo de uma política compreende cinco fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a definição de propostas de soluções, ou seja, a fase de formulação da política; a escolha de uma solução, enquanto fase onde ocorre a tomada de decisão; o momento de colocar uma solução em andamento, constituindo a fase de implementação da política; e finalmente a fase em que se dá a avaliação da política em termos de processo e resultados.

De acordo com Windhoff-Héritier(1987), Howlett e Ramesh (2003), Viana e Baptista (2008), o primeiro passo para desenvolver uma política é o reconhecimento de um problema como de relevância pública. Somente a convicção de que um problema social precisa ser dominado política e administrativamente o transforma em um problema de 'policy'. Sendo diversos os fatores que definem a entrada de um problema na agenda governamental. Demandas internacionais, pressões de grupos

de interesses, ou identificação do problema como prioritário por parte de governantes, são alguns exemplos de fatores que influenciam uma agenda. Para os autores essa é uma etapa decisiva, e que determinará todas as demais. Ao colocar na agenda pública um problema, outros processos deverão ser desencadeados.

Kingdon (1984 apud VIANA; BAPTISTA, 2008) introduz a noção de 'agenda', no sentido do espaço de constituição de lista de assuntos e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade em determinado tempo e espaço. No processo político que envolve a constituição da agenda o autor destaca três tipos: agenda sistêmica ou não governamental – enquanto lista de assuntos e problemas antigos do país, sem merecer a atenção do governo; agenda institucional ou governamental – enquanto problemas que merecem a atenção do governo; agenda decisória ou política – enquanto lista de problemas a serem decididos.

O momento em que, dentro do governo, se formulam tipos de soluções para o problema, diz respeito à formulação propriamente dita da política. Esse momento implica no reconhecimento de condições técnicas e políticas em face de dada questão, ressaltando-se o reconhecimento das limitações e possibilidades, do que pode ou não se feito (HOWLETT; RAMESH, 2003). De acordo com Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) o processo de formulação de políticas ocorre em uma realidade multifacetada, e sofre influência do contexto que lhe dá historicidade em uma relação de influência mútua e dinâmica

O terceiro momento do ciclo político refere-se à tomada de decisão. Esta deve ser vista não como um exercício técnico, mas como um processo inerentemente político. Deve-se distinguir entre as possíveis escolhas de decisão de um governante: escolha positiva, negativa ou de não decisão, o que remete à discussão sobre o poder e seu uso (HOWLETT; RAMESH, 2003). É o momento em que se “desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.76).

A fase da implementação é o momento de colocar uma determinada solução em prática. Segundo Frey (2000) O interesse da 'policy analysis' nesta fase se refere particularmente ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de

certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação. Para Viana e Baptista (2008) implementação não deve ser entendida como mera execução de atividades com vistas à obtenção de metas e recursos definidos no processo de formulação e tomada de decisão.

Os autores consideram que uma definição, acordada no momento da tomada de decisão, pode ser modificada, e por muitas vezes, rejeitada, gerando novas negociações conduzidas agora com atores sociais que podem não ter participado do pacto inicial. Assim, a implementação de uma política demanda sempre novas decisões, novas formulações, novos pactos. Basta se pensar, por exemplo, que os profissionais de saúde assumem um papel ativo no processo de interpretação e reinterpretação de uma política. O que eles pensam e no que eles acreditam têm implicações para o processo de implementação de uma dada política. São sujeitos portadores de interesses expressos em ideias, valores e materiais.

A fase da avaliação diz respeito ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, com vistas a subsidiar uma análise da política implementada. Segundo Frey (2000) nesta fase procurar-se analisar os impactos efetivos da política, indagar os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações futuras. Mas, como destacam Viana e Baptista (2008) existem estudos de avaliação que se realizam na fase da formulação e tomada de decisão para uma política. São as chamadas avaliações *ex-ante*, têm como objetivo subsidiar os formuladores de informações mais precisas das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados.

Mesmo destacando fases ou momentos, é importante ressaltar que o ciclo da política, não é um processo linear, uma vez que há interações e determinações múltiplas entre as fases da política. Segundo Howlett e Ramesh (2003), Viana e Baptista (2008), não há uma sucessão rígida entre as fases, e que cada uma envolve processos que podem se distinguir tanto em relação aos atores participantes, quanto sofrer influências diversas do contexto político, estando em

profunda relação com a dinâmica dos processos políticos, que implicam negociação, barganha, conflito.

Mas, o Ciclo da Política recebe críticas de autores como Sabatier e Jenkins-Smith (1993), sobretudo pela concepção de política pública, enquanto conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articula com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada política pública. Para esses autores crenças, valores e ideias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas, que em geral são ignorados. Assim, cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e ideias e pelos recursos de que dispõem. Os autores propõem o modelo da coalizão de defesa (*advocacy coalition*), que enfatiza a disputa política entre as coalizões, dando ênfase à dimensão do processo político (*politics*).

De acordo com Jenkins (1997 apud GURGEL, 2007) uma política pública é um conjunto de decisões interrelacionadas, tomadas por um ator ou grupo político envolvido com a seleção de objetivos e os meios para alcançá-los, no âmbito de uma situação específica onde tais decisões dependem, a princípio, do poder dos atores para serem levadas a cabo.

Por outro lado, esse autor destaca que durante a implementação de uma política, pode haver 'inação', que ocorre quando as decisões não são implementadas, mas que integram determinada opção política. Ressalta também que na análise de uma política é importante observar: a) o conteúdo da política – que corresponde à essência da política, aos problemas que são objetivos de mudança, os programas, projetos, ações e recursos requeridos; b) o processo político que envolve o conjunto de métodos, estratégias e técnicas que definem a política.

Autores como Sabatier (1999) consideram que o processo político inclui desde a maneira como os problemas são definidos e incorporados pelo governo para uma solução; até como as esferas governamentais definem as alternativas e

selecionam as soluções políticas; e como estas são implementadas, avaliadas e reformuladas no decorrer do processo político.

Para Walt e Gilson (1994) a análise do processo político envolve a tomada de decisão e a implementação da política, destacando-se nessa análise as relações de poder entre as esferas de governo e destas com a sociedade civil. E como destaca Frey (2000) as disputas políticas, as relações de poder e forças políticas marcam toda e qualquer política pública.

No que se refere ao conceito de poder, pode-se dizer que é um termo polissêmico<sup>26</sup> e uma categoria chave para a compreensão dos processos políticos vivenciados na formulação e na implementação de uma política. A esse respeito alguns autores têm tido destaque no campo da análise de política, dentre esses estão Bachrach e Baratz (1963) e Lukes (1980). De acordo com Bachrach e Baratz (1963), o poder envolve também a não decisão, ou seja, o poder também é exercido quando um ator “A” utiliza sua energia para limitar o escopo dos processos políticos às questões que lhes são inócuas, evitando discussões através da não-decisão.

Esses autores enfatizam a não tomada de decisão como prática de limitar o alcance da tomada de decisões às questões seguras, que não envolvam conflito. Assim, a não-decisão é uma decisão que resulta na supressão ou contenção de um desafio latente ou manifesto aos valores ou interesses do tomador de decisão. No entanto, segundo enfatizam Howlett e Ramesh (2003), é preciso diferenciar a não-decisão da decisão negativa. A decisão negativa é explícita, e implica na decisão por não levar adiante um processo político, ou a implementação de uma política.

Lukes (1980), no entanto, faz uma crítica à concepção de poder bidimensional apresentada por Bachrach e Baratz, ao ressaltar que o poder não se manifesta apenas em situação de conflito. O exercício do poder está em evitar inclusive que os conflitos emirjam. O poder está presente em situações, por exemplo, em que o ator social (A) pode exercer poder sobre o ator social (B), ao levá-lo a fazer o que não

---

<sup>26</sup> Segundo o Grupo de Análise de Políticas de Inovação (2002) as discussões sobre o poder e o processo decisório tem várias matrizes teóricas e como ponto de partida o debate entre elitistas e os pluralistas. Para esses últimos, o poder está distribuído difusamente através da sociedade e nenhum grupo é totalmente destituído de poder. Nesta abordagem não há conceito de classe ou grupos sociais, como enfatiza a abordagem elitista (e marxista).

quer e/ou ao influenciar, moldar ou determinar seus próprios desejos. O que em Gramsci (2000) poderia se chamar de hegemonia: articulação entre coerção e consentimento.

Em seus estudos, Oliveira, Magone e Pereira (2005) destacam o conceito de não-decisão nos processos políticos das reformas do Sistema de Saúde Português, entre os anos 1987 e 2001. Analisam três áreas fundamentais para a implementação das reformas, que foram marcadas pela não-decisão: a falta de definição clara das relações público-privadas na atenção à saúde; a não criação de incentivos financeiros e a escassa motivação para os recursos humanos.

Os autores enfatizam o descompasso entre o discurso de priorização do setor saúde de um lado, e a efetiva redução do financiamento setorial de outro. Assim, concluem que as mudanças no sistema de saúde português foram incrementais, não se configuraram em termos estruturais. No processo político ressaltam o papel de grupos de pressão, tais como as empresas médicas e farmacêuticas. Atores sociais que na implementação se mobilizaram para redefinir a agenda pública, exercendo pressões e manifestando poder de influenciar decisões, sem que os governos tenham tido capacidade, habilidade ou vontade de criarem oportunidades concretas de mudanças.

Os processos políticos também são ressaltados por Matus (1993), sobretudo pelo papel dos atores sociais na conformação de uma política pública. Para ele todo ator social tem algum poder para determinar a ação governamental. Portanto, compreender como os atores influenciam o processo político, e que atributos possuem para exercer influência, é parte essencial de uma análise de política.

Walt e Gilson (1994) consideram que os diversos modelos de análise de política, na maioria das vezes, privilegiam a análise do conteúdo da política e não valorizam os atores envolvidos, o processo e o contexto. Para esses autores é salutar que a análise incorpore quatro aspectos inter-relacionados que compõem toda a política: contexto, conteúdo, atores e processo.

No caso da análise de política de saúde, Araújo e Maciel Filho (2001) identificaram dois tipos de análise: a parcial e a compreensiva. O primeiro tipo

focaliza a análise em questões específicas, num momento ou estágio da política, num aspecto particular da política em estudo. O outro tem como objetivo analisar todo o processo da política, tal como o modelo de Walt e Gilson.

Na presente pesquisa, utilizou-se uma análise de política parcial, isto é, não foi analisada a política de saúde do Recife em todas as suas dimensões. E embora não se tenha adotado um modelo específico de análise de política, foram destacados aspectos da constituição da agenda/formulação e da implementação, enfatizando-se as dimensões de processo e de conteúdo. A análise concentrou-se em alguns aspectos que correspondem às questões centrais da pesquisa: a equidade no reconhecimento e no atendimento das necessidades de grupos sociais e a equidade na forma de distribuição dos serviços de saúde por meio da regulação da atenção.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Abordagem teórica

A pesquisa se desenvolveu através da abordagem qualitativa que, conforme salientam Deslandes e Assis (2002), destina-se a analisar o significado atribuído pelos sujeitos a fatos, relações e práticas, analisando-se tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos. Para Minayo (2010, p.196), tal abordagem pretende compreender o universo de significados, motivos, aspirações, concepções, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. E diferentemente da abordagem quantitativa, que após definição da população “busca-se um critério de representatividade numérica que possibilita a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar”, a abordagem qualitativa privilegia a profundidade e a abrangência da compreensão.

Na pesquisa qualitativa, segundo Chizzotti (1991), Minayo (2010), admite-se a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência ativa entre sujeito e objeto e uma postura interpretativa. A visão de mundo do pesquisador está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até os resultados dos trabalhos, “o objeto construído anuncia e denuncia o sujeito que o investiga” (MINAYO, 2010, p. 250). Nessa mesma linha de argumentação seguem Flick (2004); Denzin e Lincol (2006); para esses autores o pesquisador é socialmente situado, tem historicidade, contradições e sua subjetividade, bem como daqueles que estão sendo estudados, são parte do processo de pesquisa.

Como enfatiza Minayo (2010), toda ciência é comprometida, estando sempre presente a dimensão ideológica que permeia a pesquisa. Para a autora a ciência

veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigente.

Assim, como salienta Demo (1995, p.82):

Na relação entre sujeito e objeto, neutralidade é a perspectiva do sujeito, enquanto objetividade é a do objeto. No processo ambas se correspondem, [...] significam, de todos os modos, a possibilidade de refletir a realidade assim como ela é. [...] A neutralidade é uma postura farsante, por ingenuidade, ou por esperteza. [...] Neutralidade é truque, é golpe do cientista que pretende viver tranquilamente à sombra do poder, sem 'dor de consciência'. Escamoteia sua condição histórica de ator político, numa sociedade pobre de recursos e de saber especializado.

Concorda-se com Demo (1995), que a neutralidade nas ciências sociais é desmobilizadora, sendo instrumento útil ao poder vigente e que o controle da perspectiva ideológica que permeia a pesquisa não se dá através de um pseudo distanciamento, “mais pelo enfrentamento aberto, no espaço da estratégia da discutibilidade”, ou seja, no diálogo sobre a relação sujeito objeto, sobre os caminhos que o pesquisador optou por trilhar e que conduziram aos resultados da pesquisa.

Além disso, a presente pesquisa parte do entendimento de que a realidade é composta de múltiplas determinações, sendo mais rica que o conhecimento que se possa produzir sobre ela. Assim, compartilha-se com Lukács (1967 apud MINAYO, 2010) a ideia de que todo e qualquer conhecimento produzido será sempre aproximações da plenitude da realidade, por isso ele será sempre relativo.

### **3.2 Estratégia do Estudo**

A presente pesquisa se constituiu em um estudo de caso, na medida em que se enquadra no escopo da definição de Yin (2005), para quem estudo de caso não é um método, mas uma estratégia de pesquisa abrangente, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, enfrentando uma

situação particular. Para o autor, o desenho de estudo de caso tem apresentado uma tendência de procurar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, enfatizando-se o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados. Embora, segundo esse autor, seja importante ressaltar que essa estratégia de pesquisa não tem como foco principal as decisões, uma vez que ela pode referir-se a organizações, políticas, eventos, indivíduos.

De forma geral, o estudo de caso é uma investigação empírica dentro de um contexto e que pode ser conduzida por diferentes motivos, incluindo a simples apresentação de casos individuais ou o desejo de chegar a generalizações mais amplas. Pode ser utilizado em várias situações para contribuir com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos (YIN, 2005).

Nesse tipo de desenho pode-se utilizar uma ampla variedade de evidências, tais como: documentos, artefatos, entrevistas e observações que devem convergir para um formato de triangulação. No caso da presente pesquisa, optou-se pela triangulação de dados, na qual os dados quantitativos foram utilizados para complementar os qualitativos. Como também se optou pelo desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados, como sugerido por Yin (2005), embora, durante o decorrer da análise, tenha-se agregado algumas categorias teóricas não definidas inicialmente, mas que emergiram do material empírico. O caso foi a política municipal de saúde desenvolvida pela SMS do Recife no período de 2001-2008.

Face ao exposto, considera-se importante destacar que o presente estudo assumiu a perspectiva que toda ciência é comprometida. Nesse sentido, expressa a intencionalidade de fornecer subsídios à estruturação de políticas públicas de saúde equânimes na cidade do Recife e em âmbito nacional.

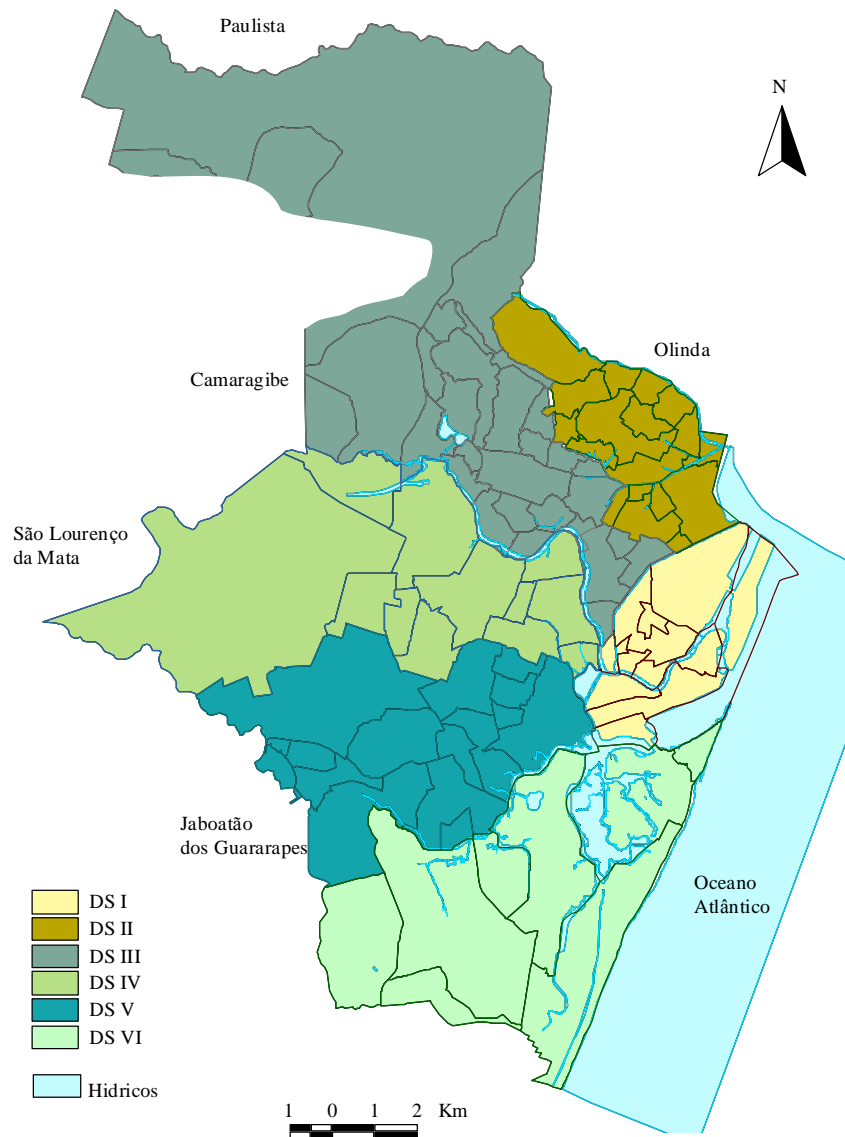
### 3.2.1 O cenário da pesquisa

A pesquisa teve como espaço de observação a política de saúde do município de Recife no período de 2001-2008, em virtude das questões vinculadas ao setor saúde terem sido consideradas prioridade de governo e, além disso, a equidade aparecer como princípio norteador da política de saúde, como se pode observar nos planos municipais de saúde da cidade do Recife no período estudado (RECIFE, 2002, 2005). O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros e para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em 6 Regiões Político-Administrativas (RPAs), sendo cada uma dessas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (MAPA 1).

O município do Recife tem a Gestão Plena do Sistema de Saúde (GPS) pela Norma Operacional Básica (NOB-96), desde 1998, embora não tenha avançado com o sistema numa perspectiva de Comando Único<sup>27</sup> sobre a rede de serviços de saúde, situada em seu território, conforme será analisado no capítulo de resultados.

---

27 COMANDO ÚNICO: segundo a Constituição Federal (artigo 198) e a legislação infra-constitucional, Lei 8080, artigos 7º, 9º, 10º e 22º (BRASIL, 1988,1990), o comando único integra a diretriz de descentralização das ações e serviços públicos de saúde na organização do Sistema Único de Saúde, como competência atribuída a cada esfera político-administrativa de governo, a ser exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; e no âmbito dos Estados, Municípios e Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. A descentralização, com direção única em cada esfera de governo, deve obedecer aos seguintes princípios: a) ênfase na descentralização de serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços. O conceito de direção única refere-se, assim, ao conjunto das ações e serviços públicos (estatais e contratados do setor privado) do Sistema Único de Saúde. E, pode-se afirmar, representa uma conquista do movimento sanitário que buscou romper, no projeto de reforma setorial, a histórica fragmentação e desarticulação das políticas de atenção à saúde no país (Ministério da Saúde, Previdência Social e governos locais). A Norma Operacional de Assistência à Saúde -NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002), utiliza o conceito de comando único quando trata especificamente da regulação e programação dos serviços de atenção de média e alta complexidade. De acordo com a NOAS 01/2002, as funções referentes à organização e à regulação desses serviços em municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) deviam ser desempenhadas pelo município, "visando assegurar o comando único sobre os prestadores". Entretanto, para os municípios habilitados na GPSM, segundo a Norma Operacional Básica (NOB-96), onde persista a



**MAPA 1** - Distritos Sanitários da cidade do Recife.  
 Fonte: Recife (2002).

divisão de comando sobre os prestadores de serviços de alta complexidade, a regulação dos serviços de alta complexidade deve ser assumida integralmente pelo estado ou pelo município.

A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde

### 3.2.2 Fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados

No intuito de facilitar a coleta de dados foi elaborado um protocolo de coleta, como sugere Yin (2005), o qual norteou o uso de diferentes fontes de informações e de técnicas de coleta (Apêndice A), seguindo as questões centrais da pesquisa. Dessa forma, foram incluídas a análise documental, entrevista semiestruturada e os dados dos sistemas de informações em saúde de base nacional, compondo uma triangulação de dados (GOMES et al., 2005; YIN, 2005) que permitiu a comparação das informações identificando assim aspectos semelhantes, divergentes e/ou complementares.

Os dados qualitativos constituíram-se de fontes secundárias (documentos) e primárias (entrevistas). Conforme ressalta Triviños (1992) a análise documental constitui um importante instrumento de produção das informações qualitativas; nela o pesquisador deverá orientar sua atenção não só para o conteúdo manifesto, mas tentar descobrir o seu conteúdo latente, ou seja, as características estruturais e históricas do fenômeno social estudado. Na análise documental, examinaram-se planos municipais de saúde de 2002-2005 e de 2006-2009, relatórios de gestão da Secretaria de Saúde do Recife (2001-2008), relatórios de políticas específicas (trabalhador 2006-2008, mulher 2001-2008, portadores de sofrimento psíquico 2001-2004, usuários de álcool e outras drogas 2007, negros 2001-2008), caderno do perfil epidemiológico da criança e adolescente do Recife (2001-2007), relatório da vigilância à saúde da SMS do Recife sobre a situação da variável raça (2007), depoimentos de gestores em jornais de grande circulação pública.

As entrevistas semiestruturadas foram trabalhadas de acordo com cada objetivo da pesquisa a partir de um roteiro prévio, entendido enquanto guia de uma conversa com finalidade (MINAYO, 2010, p.189), sem pretensão de ter esgotado todos os aspectos das questões centrais da pesquisa. Nesse sentido, foi possível durante as entrevistas deixar fluir a emergência de novos temas e/ou aspectos não previstos no roteiro inicial (Apêndices B, C, D). Todas as entrevistas foram gravadas e, apesar

desse procedimento apresentar um possível risco de inibição para os sujeitos da pesquisa, privilegiou-se a ampliação de poder de registro das informações.

As entrevistas duraram no máximo uma hora e vinte minutos e foram conduzidas pelo pesquisador, com o auxílio de um pesquisador assistente que registrou o desenvolvimento de cada entrevista. Assim, é importante ressaltar que a técnica de entrevista, além de ser um instrumento valioso de coleta de informações, é também resultado da interação entre pesquisadores e pesquisados, uma vez que as informações fornecidas podem ser afetadas pela natureza da relação entre esses sujeitos sociais.

Cada entrevistado recebeu uma codificação (número arábico) para garantir o anonimato do sujeito. A transcrição das fitas das entrevistas não foi realizada pelo pesquisador, no entanto para ativar a memória onde toda a cena da entrevista foi processada e para garantir a confiabilidade das informações, todas as transcrições foram revisadas por meio da escuta cuidadosa das gravações pelo pesquisador. Compreendendo-se que pela escuta é possível retomar as emoções e envolvimento que permearam o decorrer da entrevista, mesmo que o vivido seja irrecuperável em sua total vivacidade, é preciso não transformar a entrevista num mero documento escrito, ou seja, como diria Queiroz (1991, p.32) reduzi-la numa “pálida cópia da realidade”, sobretudo porque ela é resultante da interação entre o pesquisador e os sujeitos entrevistados.

Os dados quantitativos constituíram-se de fontes secundárias por meio dos sistemas de informação ambulatorial (SIA-SUS), hospitalar (SIH-SUS), nascidos vivos (SINASC) e do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).

### 3.2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa constituíram uma amostra intencional e heterogênea, selecionados pelos seguintes critérios: envolvimento direto com os temas centrais

que nortearam a pesquisa; composição do núcleo gestor do nível central e/ou distrital da Secretaria de Saúde do Recife; inserção nas duas gestões municipais durante o período em estudo (2001-2004/ 2005-2008).

Assim, foram selecionados 21 sujeitos:

- Coordenadores e gerentes das esferas central e distrital, implicados com as políticas destinadas aos grupos sociais (pobres, trabalhador, mulher, negros, portador de sofrimento psíquico e usuários de drogas), totalizando 09 sujeitos a serem entrevistados;
- Secretários municipais e diretores/gerentes da SMS envolvidos com a temática da regulação assistencial (esferas central e/ou distrital) e com o processo de contratualização, perfazendo um total de 12 sujeitos a serem entrevistados.

No entanto, como recomendam Denzin e Lincoln (2006), Duarte (2002), Minayo (2010) o quantitativo dos sujeitos não se constituiu de uma amostra fechada. Quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância ou repetição das questões de pesquisa, sendo possível identificar padrões simbólicos, práticas, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, foi suspenso o agendamento das entrevistas dos sujeitos da pesquisa ainda restantes, pelo alcance do que se julgou ser o “ponto de saturação” do conteúdo a ser investigado (Quadro 1).

<b>Questões centrais da pesquisa (síntese)</b>	<b>Amostra prevista</b>	<b>Amostra efetiva (pelo critério de saturação)</b>
Equidade e inclusão de grupos sociais	09 sujeitos a serem entrevistados	07 sujeitos entrevistados
Regulação assistencial e contratualização na perspectiva da equidade e da integralidade	12 sujeitos a serem entrevistados	09 sujeitos entrevistados
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>16</b>

**Quadro 1.** Demonstrativo da amostra pesquisa: prevista e efetiva

Fonte: Elaborado pela autora



### 3.2.4 Categorias de análise

No presente estudo, optou-se por não adotar um modelo específico de análise de política, embora se tenha destacado aspectos de alguns dos momentos do Ciclo de Política. Assim, a análise da equidade no reconhecimento e no atendimento de necessidades de grupos sociais tratou de elementos da constituição da agenda/formulação e da implementação, enfatizando-se as dimensões de processo e de conteúdo. Já a análise da equidade na distribuição e alocação de ações e serviços de saúde, por meio da regulação da atenção, privilegiou aspectos da implementação.

Para subsidiar a análise do desenvolvimento do princípio da equidade no reconhecimento e no atendimento de necessidades de grupos sociais, teve-se a mediação de categorias como: participação social e racionalidade técnica e política que apoiaram a compreensão dos determinantes dessa inclusão e a categoria integralidade que auxiliou o entendimento de como o governo tem respondido às necessidades de tais grupos sociais.

Partiu-se do entendimento de participação social como democratização do processo decisório sobre as políticas públicas, tanto por via das instâncias formais como Conselhos e Conferências de Saúde, como também por outras formas de participação dos grupos sociais não intuídas meramente nas instâncias formais, mas com poder de influenciar a definição da agenda, a formulação e a implementação da política de saúde (CÔRTEZ, 2009; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; ESCOREL, 2009; MISOCZKY, 2003).

No entanto, esse processo é influenciado por uma racionalidade técnica e política (PAIM, 2002), ou seja, é permeado pelo saber epidemiológico, médico-assistencial, econômico ou pela lógica da burocracia, embora a decisão de reconhecer as necessidades de grupo sociais, mesmo sendo subsidiada por informações técnicas, deve ser compreendida como decisão política. Conforme salientam Rivera (1992) e Lindblom (1981) por mais que uma decisão seja

subsidiada pelo conhecimento técnico, ela será em última instância uma decisão política.

Por fim, para compreender o conteúdo das respostas governamentais às necessidades dos grupos sociais, teve-se a mediação da categoria integralidade em três dos seus sentidos: como integração das ações assistenciais e de vigilância, como a articulação entre serviços e como articulação entre políticas públicas. (MATTOS, 2001, 2004, 2007; PAIM, 2004)

A análise do processo de regulação assistencial no sentido da promoção do acesso equânime e integral aos serviços de saúde teve como categorias de análise: acessibilidade sócio-organizacional; capacidade de governo e governabilidade, rede e redes de atenção. Utilizou-se a categoria de acessibilidade sócio-organizacional para analisar como a regulação assistencial tem direcionado as características da oferta, uma vez que elas podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços de saúde. Considerando-se que eles devem ser oportunos e contínuos para atenderem a real demanda e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção (DONABEDIAN, 1973).

Na análise das condições técnicas e políticas da SMS do Recife para que a regulação assistencial promovesse acesso com equidade, três categorias foram chaves de Matus (1993): – projeto de governo: enquanto conteúdo propositivo, direção que se pretende imprimir a uma administração pública; – governabilidade, enquanto demonstração do potencial de articulação da SMS do Recife com todos os atores sociais envolvidos com a organização da oferta nos âmbitos internos e externos. Entendendo-se que, conforme destaca Matus (1993), é possível haver dificuldade de articular a pluralidade de atores e interesses envolvidos, e que a liberdade de ação da SMS dependerá do controle de um maior número de variáveis; – capacidade de governo, enquanto exercício de liderança, mediada pela experiência e pelo conhecimento, habilidades, métodos e técnicas que a SMS do Recife dispôs para conduzir o processo.

Para analisar como se procedeu a relação entre os atores sociais na regulação assistencial a partir da perspectiva de um sistema de saúde equânime e

integral, teve-se a mediação da categoria rede. Esta entendida como processo em que os seus integrantes estabelecem uma ligação entre si e compartilham valores e objetivos comuns, decodificáveis em um processo de comunicação (CASTELLS, 2000). Mas, como ressalta Inojosa (1999), a relação entre os atores pode-se dar tanto no âmbito de uma rede subordinada, formada de entes que são partes de uma organização ou sistema, com interdependência de objetivos, mas numa configuração em que só há um lócus de poder; quanto numa rede autônoma, constituída de entes autônomos, com objetivos específicos próprios, que se articulam a partir de uma ideia-força mobilizadora, onde se trabalha efetivamente por pactuação, na qual o poder é fragmentado e o conflito é inexorável.

A partir do desdobramento dessa relação pode-se ter a possibilidade de operar também no cotidiano do sistema de saúde o conceito de redes de atenção à saúde (MENDES (2009, p.140), enquanto “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e coordenada pela atenção primária”.

A análise do processo de contratualização na perspectiva da construção de um sistema de saúde equânime e integral se deu à luz de conceitos como fundo público, controle público, rede e redes de atenção (os dois últimos já explicitados anteriormente).

Como a contratualização em saúde traz para a análise a relação público-privada na definição da oferta em saúde, adotou-se como categoria analítica o conceito de fundo público. Entendido enquanto expressão dos recursos estatais para financiar a acumulação do capital (na forma de títulos públicos e de vários tipos de incentivos e subsídios para elevar a taxa de lucros), e como “financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo toda a população por meio dos gastos sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 19-20), ou seja, por meio das políticas sociais, num processo de disputa entre interesses conflitantes. No entanto, é importante frisar que a luta pelo direcionamento do uso do fundo público se reproduz também nos meandros das políticas sociais. No SUS, por exemplo, assiste-se à atuação do setor

privado de serviços de saúde, tanto na prestação direta na rede SUS, quanto na captação de incentivos públicos.

Outra categoria mediadora da análise do processo de contratualização em saúde foi o conceito de controle público interno e externo (FONSECA; SANCHEZ, 2001). O primeiro, referente ao controle realizado pela própria burocracia estatal, instituído no interior da arquitetura do Estado para realizar supervisão e aplicar sanções legais sobre o descumprimento dos acordos e o uso dos recursos. Pode ser feito pelo Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Tribunais de Conta. Neste estudo, diz respeito às atividades de controle e avaliação sobre as unidades de saúde contratualizadas. O segundo refere-se ao controle social no âmbito de atuação dos conselhos de saúde, enquanto capacidade que as classes subalternas podem ter para, em luta na sociedade civil, interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses, ou seja, no controle sobre o uso do fundo público (CORREA, 2002, 2003, 2007).

Na figura 1 (Diagrama), a seguir, tem-se a representação gráfica com a qual se buscou sintetizar a interação entre o objeto de pesquisa e as categorias de análise utilizadas.

Na coleta de dados, como sugere Yin (2005), adotou-se um protocolo de coleta que norteou todos os procedimentos de campo, segundo cada objetivo específico da pesquisa. Nele a pesquisadora definiu a agenda de articulação com os sujeitos do estudo, a sequência da coleta, as questões e/ou variáveis qualitativas e quantitativas a serem coletadas e as possíveis fontes de dados primários e secundários (Apêndice A).

### 3.2.5 Plano de análise

Não existe um método (ou 'o' método) mais adequado para análise dos dados; a definição de como se processará a análise está diretamente relacionada às

opções do pesquisador. Não raro, no entanto, o pesquisador se depara com grandes dificuldades nesse momento. Neste estudo, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2004), trabalha com mensagens, onde o objeto de trabalho é a fala, a palavra emitida e seus significados, nem sempre aparentes. Nessa abordagem cada entrevista sempre será única, formando um todo original, que também será parte de um todo, composto pelo total de entrevistas realizadas, estando elas calcadas em um objeto focalizado.

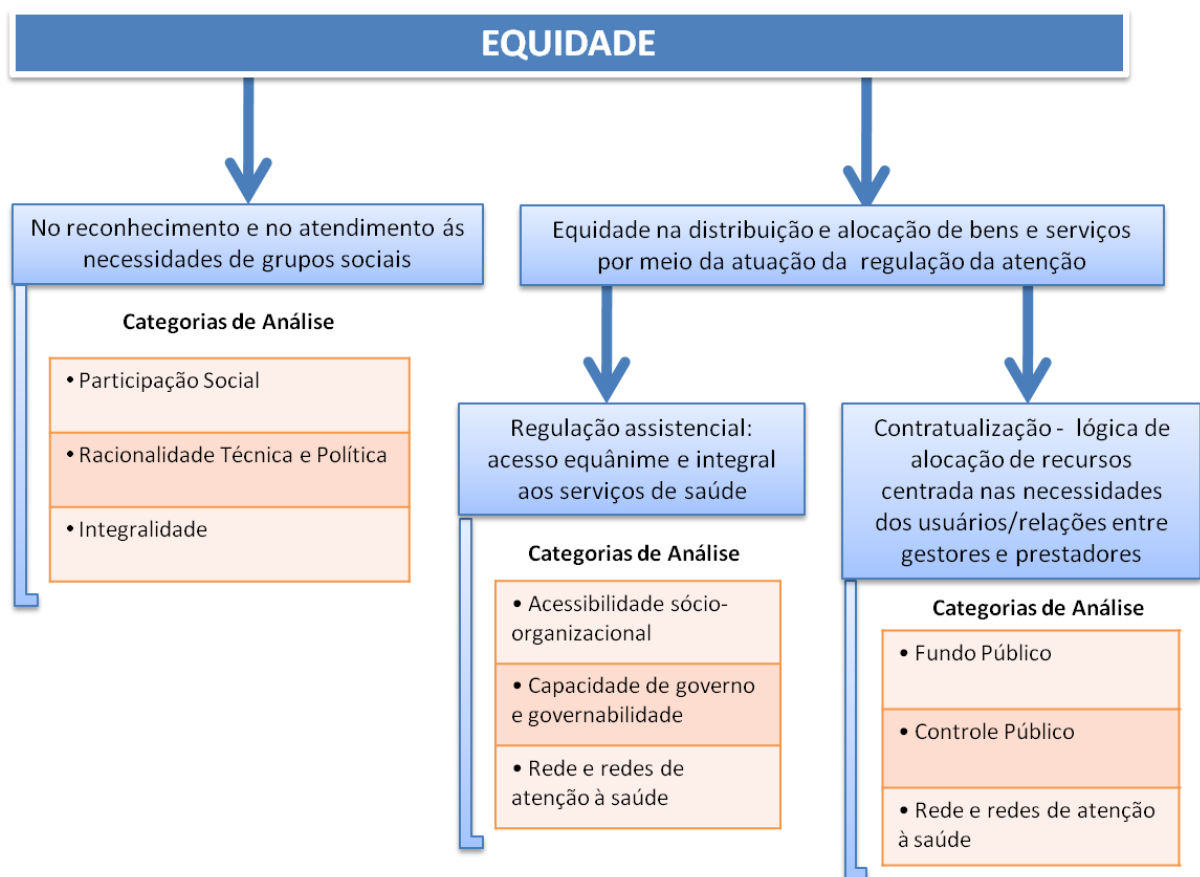


Figura 1 – Diagrama das categorias de análise.  
 Fonte: Elaborado pela autora

No entanto, sabe-se que pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, de forma geral, têm criticado a análise da frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade, objetivo

buscado tradicionalmente pela análise de conteúdo (MINAYO, 2010), fruto de um viés positivista<sup>28</sup> de ciência. Mas, como há variantes desse tipo de abordagem, que têm privilegiado os significados em lugar de investir em inferências estatísticas, adotou-se a análise de conteúdo de forma temática a partir da técnica de condensação de significado (KVALE, 1996) para todas as entrevistas.

A condensação visa transformar textos longos em textos mais breves que preservem o que foi dito, parafraseando-os. O pesquisador busca as “unidades naturais”, ou os “núcleos de sentido” no texto transcrito. As unidades naturais são textos sintéticos que contêm a(s) ideia (s) central (is) em formato condensado. Pode-se prescrever a fala expressa pelo entrevistado para citações (KVALE, 1996). As entrevistas foram lidas integralmente e várias vezes para captar o primeiro substrato e as “unidades naturais”. De posse do primeiro substrato, foi utilizada técnica de condensação de significados trabalhada por Kvale (1996), conforme exemplificado no Quadro 2.

Para organização e análise das entrevistas foram realizadas as seguintes atividades:

- 1º. Leituras cuidadosas e exaustivas das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo.
- 2º. Identificação das unidades de significados naturais conforme expressas pelos sujeitos.
- 3º. Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível, construídos a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista.
- 4º. Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo.

---

<sup>28</sup> Na abordagem positivista o pesquisador estuda fatos, estabelece relações entre eles, seguindo o objetivo da própria ciência de produzir conhecimento, de modo absolutamente desinteressado. Nessa abordagem, somente é verdadeiro aquilo que é empiricamente verificável (princípio da verificação) e a validade da pesquisa se constrói pela possibilidade de generalizar os resultados. Assim, as técnicas de amostragem, os tratamentos estatísticos e os estudos experimentais, absolutamente controlados, são instrumentos usados para concretizar esse propósito (TRIVIÑOS, 1987).

5º. Descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa.

<p><b>Condensação de significados</b>                  Entrevistado X – gestor envolvido com a política de saúde mental no nível central ou distrital                  Questão central/roteiro                  Como se deu a inclusão dos portadores de sofrimento psíquicos na política de saúde desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Recife?</p>	
<p><b>Unidades Naturais (da entrevista)</b>                  1. Então, no primeiro período da gestão ela centrou os esforços na implantação de serviços substitutivos aos sete hospitais psiquiátricos com a implantação de CAPS residências terapêuticas.                   2. Na segunda gestão, a saúde mental sai do plano de prioridade de governo. Conta para isso, a saída da gestão de alguns atores sociais importantes nessa luta. [...] há uma estagnação da política. [...] houve um distanciamento, também, do movimento antimanicomial, ou seja, das questões mais políticas. [...] A comissão de reforma psiquiátrica no segundo período foi diluída, mesmo sendo ligada ao conselho Municipal.                   [...] O grande entrave na saúde mental, que tem uma interferência direta na inclusão, é o fato de não ter diluído os leitos dos hospitais psiquiátricos. [...] Hoje o Recife continua sendo umas das capitais brasileiras com maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos. [...] precisaria da ampliação das residências, ampliação de serviços diurnos para 24 horas, desde que houvesse realocação dos recursos dos serviços hospitalares para os extra-hospitalares.</p>	<p><b>Temas Centrais</b>                  1. Rede substitutiva de saúde mental como prioridade de governo na primeira gestão petista.                   2. A segunda gestão foi caracterizada: pelo não investimento efetivo no processo de desospitalização e por um processo de despolitização da política, de redução do diálogo com o movimento social.</p>
<p><b>Descrições essenciais para responder a pergunta condutora 1:</b>                  Segundo o entrevistado, a decisão política da SMS do Recife se direcionou para a implantação de uma rede substitutiva. No entanto, durante o segundo governo, não foram implantadas ações efetivas no sentido da consolidação do processo de desospitalização. A saída de atores-chave da gestão, que acumulavam poder político e um histórico de luta pela reforma psiquiátrica, contribuiu com a “despolitização” das reformas que vinham sendo implementadas e enfraqueceu a articulação da gestão com o movimento da luta antimanicomial.</p>	

**Quadro 02.** O significado natural das unidades e seus temas centrais.

Fonte: Adaptado de Kvale (1996; p. 195-196)

Assim, como no protocolo de coleta (Apêndice A), o plano de análise foi desenvolvido em três blocos, seguindo as questões centrais e os objetivos específicos da pesquisa. No primeiro, a análise partiu da identificação dos determinantes da inclusão dos grupos sociais na política de saúde; dos mecanismos de participação social na formulação e implementação; características do processo decisório na SMS do Recife, conteúdo propositivo das políticas, dificuldades

operacionais na incorporação das diversas necessidades de cada grupo social e na articulação entre as políticas e ações.

No segundo bloco, o plano de análise enfocou: a discussão do conteúdo do projeto de regulação assistencial do Recife; a definição dos fluxos assistenciais e a programação assistencial; funcionamento da central de regulação de consultas e exames especializados; relação entre os gestores municipal e estadual de saúde na perspectiva da promoção do acesso com equidade e integralidade

Já no último bloco, buscou-se refletir o conteúdo da proposta; determinantes da contratualização na rede de serviços de saúde no Recife; condições políticas e técnicas do processo de contratualização; mecanismos de controle público; principais dificuldades ou contradições do processo; contratualização entre esferas de governo.

Em todos os blocos do plano de análise foi feita inicialmente uma leitura de todos os dados qualitativos coletados, depois se efetuou uma síntese dos dados referentes às questões centrais da pesquisa, principalmente nos planos municipais, relatório de gestão e publicações institucionais. Esse primeiro substrato subsidiou a revisão do roteiro das entrevistas, como também orientou a continuidade da pesquisa documental, sobretudo a aquisição de relatórios de cada política específica e da regulação da atenção no município. As referências bibliográficas sobre as questões centrais da pesquisa foram consultadas no Scielo, Pubmed, Medline e do acervo pessoal de livros adquiridos em função do interesse temático.

Os dados quantitativos coletados nos sistema de informações de base nacional (SIA/SUS, SIH/SUS e CNES) foram trabalhados por meio da abordagem da estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas na produção de gráficos e tabelas confeccionados no software Microsoft Office Excel.

Após a análise de cada entrevista, dos documentos institucionais, dos jornais, das informações obtidas nos sistemas de informações em Saúde, buscou-se identificar semelhanças/complementaridade, diferenças, divergências e contradições entre os relatos dos sujeitos, como também entre esses e as outras fontes de dados.



Dessa forma, a operacionalização da análise englobou descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo material coletado, articulando-se o referencial teórico e os achados analíticos construídos na pesquisa.

### 3.2.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Parecer nº21/2009 (Anexo A), por se tratar de um estudo que envolveu seres humanos, na medida em que diferentes atores sociais foram submetidos a entrevistas. Vale salientar que as entrevistas somente foram realizadas e devidamente gravadas, mediante o acordo prévio com cada entrevistado, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

Assim, o estudo respeitou os princípios éticos para pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, Resolução nº. 196. Diário Oficial da União 1996, 10 de outubro. Para os gestores e os profissionais de saúde que aceitaram participar do estudo, foi conservado o anonimato e utilizado um processo de codificação.

Os benefícios individuais e coletivos advindos da pesquisa, através da análise da política municipal de saúde, referem-se à geração de conhecimento direcionado para a promoção da equidade em saúde, seus marcos referenciais e a sua operacionalização. Ressalta-se ainda, que após a defesa de tese, o trabalho será disponibilizado na Biblioteca do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, devendo também ser divulgado através de artigos científicos, os quais não farão qualquer menção aos nomes dos entrevistados, mantendo-se o anonimato necessário para garantia desse tipo de estudo. Espera-se dessa forma, contribuir, através da geração de conhecimento, para o aprimoramento das políticas públicas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme assinalado anteriormente, os resultados foram estruturados de acordo com os objetivos específicos do estudo.

### 4.1 Equidade e inclusão dos grupos sociais na Política de Saúde do Recife

A inclusão de grupos sociais numa determinada política de saúde tem múltiplas determinações, no entanto, para este estudo, destacam-se: a capacidade política de tais grupos em dar visibilidade pública às suas demandas, necessidades e valores específicos; a atuação em instâncias formais de participação ou por interlocução direta com a gestão em saúde (participação social); adoção por parte da gestão de uma perspectiva participativa; e a racionalidade técnica e política que perpassam a instância institucional. Do ponto de vista da reflexão de como a política incorporou as necessidades dos grupos sociais, considerou-se importante discutir a equidade na sua relação com a integralidade. Portanto, nesse item de resultados serão apresentados tópicos nos quais cada grupo social é analisado mediante as categorias teóricas selecionadas: participação social, racionalidade técnica e política e integralidade.

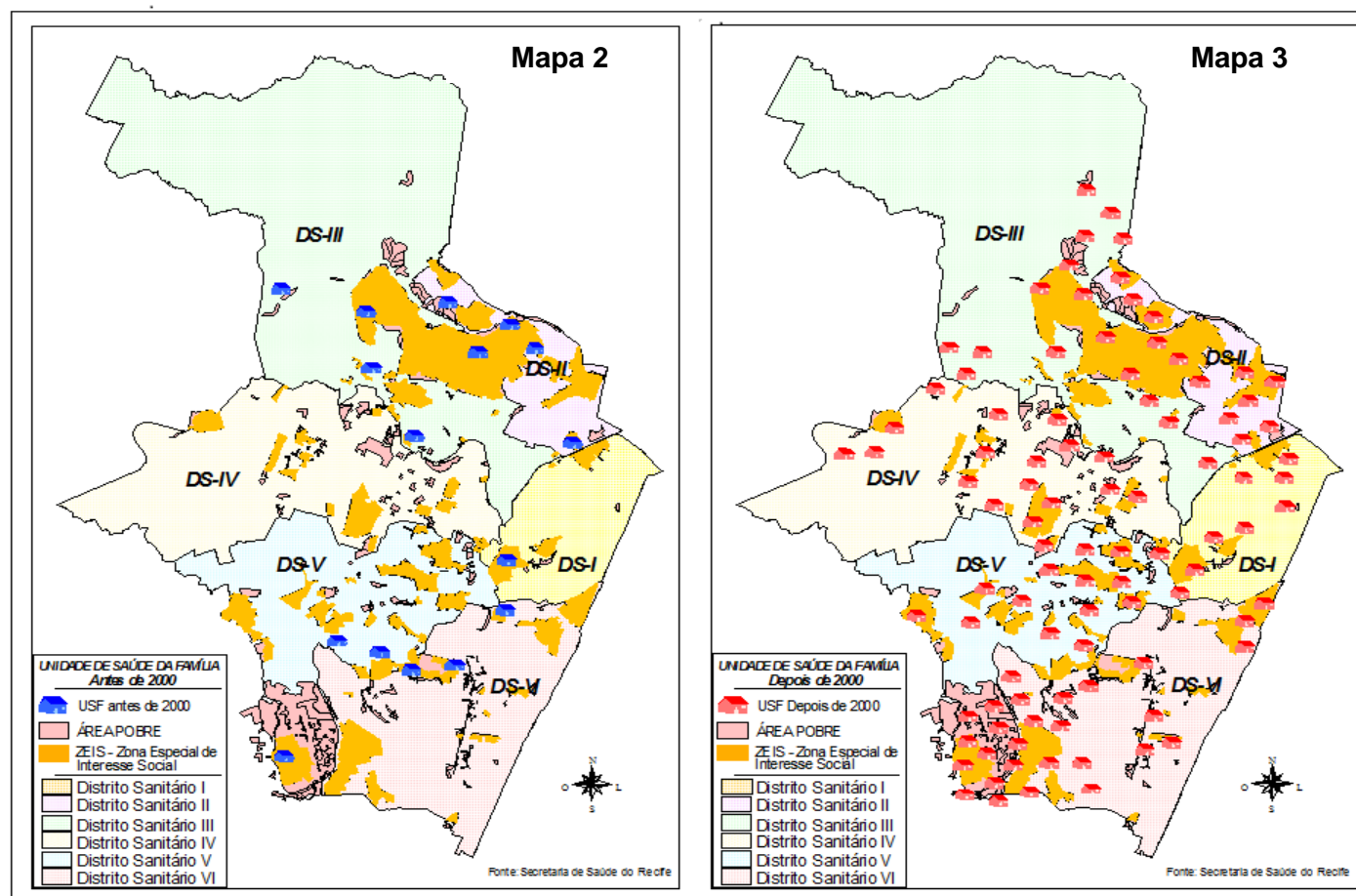
Durante a fase exploratória, foram levantadas informações documentais, cuja intenção foi identificar para quais grupos estavam sendo planejadas ações, programas e políticas. Adicionalmente, realizaram-se encontros informais com atores institucionais com o intuito de se localizarem possíveis sujeitos a serem entrevistados. Os achados apontavam ações e políticas destinadas a distintos grupos, ora organizados pela lógica de ciclo de vida, ora por outras especificidades: mulher (recorte de gênero), trabalhador (relações de trabalho), negro (raça/cor).

Na seleção dos grupos sociais sobre os quais a investigação deteve maior atenção, observaram-se alguns aspectos como o acesso da população aos serviços

de saúde antes do período estudado, a reivindicação dos movimentos sociais, o próprio compromisso político da gestão em incluir determinados grupos em sua política e as definições resultantes do orçamento participativo. Nesse sentido, seis grupos foram selecionados: os pobres; as mulheres, os trabalhadores, os portadores de sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas e negros. Embora do ponto de vista conceitual, seja mais fácil enquadrar os cinco últimos; o mesmo não ocorre com o primeiro deles: “pobres”. Trata-se mais de uma noção do que um conceito. Mesmo se reconhecendo a dificuldade de alcançar o estatuto conceitual do termo, no âmbito de uma gestão de saúde, conceberam-se como “pobres” os habitantes de áreas nas quais as necessidades básicas, incluindo acesso aos serviços de saúde, não eram satisfeitas. Essas áreas, construídas a partir de um conjunto de indicadores de condições de vida, são assinaladas no mapa do Desenvolvimento Humano da cidade do Recife (RECIFE, 2005a). Elas não se restringem às Zonas de Interesses Social/ZEIS, constituídas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda.

#### 4.1.1 O enfrentamento da desassistência nas áreas de pobreza

O município, que contava com 16 Unidades de Saúde da Família/USF em 2000, ampliou o número de unidades para 112 USF em 2008 (RECIFE, 2009), distribuídas nas 66 ZEIS do Recife (80% das favelas) e em outras áreas de pobreza (Mapas 2 e 3). Assim, a cobertura do Programa Saúde da Família/PSF, que era de 6% em 2000, elevou-se para 52% em 2008, atingindo, portanto, uma cobertura média superior à nacional no mesmo período que era de 49,5% (BRASIL, 2009).



**MAPA 2 e 3** – Distribuição espacial das Unidades de Saúde da Família/USF da cidade do Recife, 2000-2008.  
Fonte: SMS do Recife

A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde

Nas entrevistas, destacou-se que as áreas de pobreza foram consideradas prioritárias pela gestão:

Era preciso promover uma inversão de prioridades e atender as áreas que historicamente viam sendo desassistidas. [...] Na saúde a gente começou a expandir o processo de entrada do sistema de saúde pelo PSF nas áreas descobertas, que eram de pobreza e aí a gente começava a trazer as outras políticas para dentro do território (Entrevistado 5)

Embora essa inclusão de grupos na assistência básica tenha ocorrido nas áreas de pobreza, os percentuais de cobertura foram diferentes entre os Distritos Sanitários, com variação entre 39% e 64% em 2008 (RECIFE, 2009). Essa oscilação não obedeceu a nenhum critério de estratificação de pobreza, de situação epidemiológica e/ou áreas com menor cobertura entre os distritos. Assim, verifica-se que o uso da racionalidade técnica seria insuficiente para explicar a variação na ampliação da cobertura dos serviços entre os distritos sanitários, uma vez que o uso da racionalidade política predominou. Conforme salientam Rivera (1992) e Lindblom (1981), mesmo quando as decisões são subsidiadas por informações técnicas, obedecem, em última instância, a uma racionalidade política. De acordo com os relatos da maioria dos gestores entrevistados a definição sobre o número e localização das USF a serem implantadas foi estabelecida por meio de reuniões e debates com trabalhadores e usuários nas sedes dos Distritos Sanitários, com representantes do Conselho Municipal de Saúde e nas plenárias do Orçamento Participativo/OP que foram realizadas anualmente. Percebe-se, portanto, que a participação social dos grupos, expressa na disputa política no território, influenciou o processo decisório.

Além disso, os entrevistados foram unânimes em considerar que a ampliação do PSF ocorreu no Recife numa perspectiva de reorganização do modelo de atenção, conforme demonstra o relato a seguir: “com a ampliação das USF queremos ampliar e/ou qualificar o acesso também à atenção especializada, mas a partir das demandas da atenção básica (entrevistado 5). A implantação da Central de Regulação de consultas especializadas e exames foi para os entrevistados um dos indícios que corroborou com essa intencionalidade da gestão. “Com a regulação

assistencial, o acesso passou a ocorrer de forma mais ordenada, procurou-se observar as necessidades referidas por cada USF” (Entrevistado 3). Portanto, verifica-se que no período estudado, a SMS do Recife buscou promover a articulação entre níveis de atenção, que constitui uma das dimensões da integralidade discutida por Mattos (2001) e Paim (2004). Por outro lado, no entendimento também da maioria dos entrevistados, a oferta de atenção especializada, no período em estudo foi insuficiente.

Segundo informações do SIA-SUS e SIH-SUS, em 2008, apenas 34,6% dos procedimentos de média complexidade estavam sob gestão municipal, o que revela uma baixa articulação com a rede estadual que concentra, sob sua gestão sem a efetiva regulação de acesso, 65,4% das ações de média e 100 % das de alta complexidade realizadas no território do Recife. Em relatos de uma parcela dos entrevistados, verifica-se que a gestão municipal não investiu, de forma substancial, na ampliação de sua governabilidade para proceder à cogestão de leitos hospitalares, tanto eletivos, quanto de urgência e emergência, e no acesso regulado para consultas e exames da população recifense nos serviços sob gestão estadual.

A baixa resolutividade do PSF, expressa no excesso de encaminhamentos à atenção especializada, foi destacada por alguns dos entrevistados:

Temos problemas nos encaminhamentos da atenção básica, de coisas que poderiam ser resolvidas na própria atenção básica, no PSF, mas que se encaminha à atenção especializada (Entrevistado 6).

A central municipal de regulação de consultas e exames tem um protocolo de acesso à atenção especializada (da oferta sob gestão municipal), mesmo assim a gente percebe que há um excesso de encaminhamento. Há muitos casos que daria para o PSF resolver (Entrevistado 1).

A resolutividade do PSF, embora esteja relacionada ao acesso a exames e serviços especializados (ESCOREL, 2007), também depende de outros fatores, como, por exemplo, a organização do processo de trabalho e capacitação dos profissionais para identificar e satisfazer as necessidades dos usuários.

Em síntese, constata-se que a política de saúde do Recife, no processo de alocação de recursos assistenciais em áreas mais desassistidas, promoveu a

participação social e enfrentou as iniquidades, compreendidas como desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992). Nesse sentido, restituiu a determinados grupos o acesso a serviços essenciais, incluindo os de saúde. No entanto, problemas de acessibilidade ainda persistem, pois a disponibilidade de recursos é apenas uma das condições básicas do acesso (DONABEDIAN, 1973).

#### 4.1.2 A inclusão da problemática da população trabalhadora na política de saúde da cidade do Recife

Para a maioria dos gestores entrevistados, a inclusão da problemática da população trabalhadora do Recife na Política de Saúde foi resultante de discussões entre gestores municipais, movimento sindical e instâncias de controle social. O município incorporou a proposta no Plano Municipal de Saúde (RECIFE, 2002) prevendo ações de assistência, vigilância, reabilitação e controle social, numa perspectiva de equidade, integralidade e universalidade do acesso e de inclusão dos trabalhadores da economia informal.

Em 2002 foi implantado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, que a partir dos investimentos da Rede de Atenção integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)<sup>29</sup> se qualificou como Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador em 2005 (RECIFE, 2008a). Segundo analisam Dias e Hoefel (2005, p.817) pela RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador deveriam “deixar de ser porta de entrada e assumir o papel de suporte técnico, polo irradiador da cultura da centralidade do trabalho, produção social das doenças e locus de pactuação das ações de saúde intra e intersectorialmente no seu território de abrangência”.

No entanto, durante a implementação da política no Recife, como ressaltaram todos os entrevistados, o Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador

---

<sup>29</sup> A rede tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005).

(CEREST)- Recife concentrou sua atuação nas ações assistenciais sem articulação com outros níveis de atenção, principalmente, com a atenção básica. A esse respeito concorda-se com Sanchez et al. (2009) que com o SUS a demanda em Saúde do Trabalhador deve envolver toda a rede de serviços de saúde, desde o mais simples até o serviço de alta complexidade.

Dessa forma, pode-se observar que na política municipal do Recife as ações de saúde do trabalhador distanciaram-se, no período estudado, da perspectiva de integralidade da atenção, no sentido referido por Mattos (2001) e Paim (2004), de articulação entre níveis de complexidade e entre ações de assistência e vigilância. O relato a seguir do gestor entrevistado do âmbito central da SMS do Recife é emblemático nesse sentido:

O Centro que era para ser uma referência na produção de informação na área Saúde do Trabalhador, na vigilância. Mas, ele começou a ser demandado para também suprir a ausência da assistência lá na ponta em Saúde do Trabalhador. Então, é aquilo que lhe falei como não houve uma capacitação da atenção básica e da média para atender a demanda, o centro ficou como única referência. [...] A gente não conseguiu fazer fluir a política de saúde do trabalhador na atenção básica, na rede de atenção básica e de média complexidade. Então ficou faltando isso, ela ficou no âmbito do CEST e depois CEREST (entrevistado 05).

Resultados semelhantes foram encontrados por Repullo Jr.(2002) em seu estudo em cinco municípios paulistas, onde os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador também se constituíram em porta de entrada do sistema, distanciando-se da proposta de serem serviços de referência secundária, parte integrante de uma rede de atenção integral.

Entre 2002 e 2008, conforme informações do SIA/SUS, o CEREST- Recife realizou apenas 13.228 atendimentos a usuários. A demanda atendida majoritariamente foi proveniente do setor formal, conforme estudo conduzido pela coordenação da política, com base nas fichas de anamnese ocupacional. Dos 679 novos usuários atendidos em 2007, 96,4% eram do setor formal, 1,8% do informal e 1,8% sem informação (RECIFE, 2008a). Para uma parcela dos gestores entrevistados, mesmo o centro realizando algumas articulações com representantes do trabalho informal (associação dos ambulantes, catadores de material reciclável,



dentre outros), as ações específicas para tais grupos não foram consolidadas. Assim, entende-se que a política de saúde do trabalhador implantada pela gestão municipal não abrangeu os diversos grupos vinculados à problemática do trabalho, sobretudo no contexto de crescimento do trabalho informal na atual reestruturação produtiva. O relato a seguir retrata a avaliação desses entrevistados:

A gente tinha a proposta de atuar no âmbito do trabalho informal, articulamos alguns segmentos como, por exemplo, a associação dos ambulantes, representantes de catadores de material reciclável, eles participaram de algumas atividades da política. [...] uma das propostas nossas era fazer um seminário especificamente sobre trabalho informal e os agravos à saúde né? Mas, isso não seguiu em frente. [...] A demanda maior é do trabalhador formal, porque quem referência mais para o CEREST são os sindicatos, né? (Entrevistado 4).

A esse respeito concorda-se com Dias e Hoefel (2005, p.824) que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica e que o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham.

No tocante às ações de vigilância em saúde do trabalhador, pôde-se constatar que as fiscalizações referentes ao ambiente de trabalho, decorrentes de demanda espontânea ou programada, não foram plenamente atendidas. Em 2008, a proporção de fiscalizações realizadas em relação ao total de solicitações foi de 53,3% (RECIFE, 2009). Já a notificação de agravos relacionados ao trabalho, segundo os relatos de parcela dos entrevistados, somente foi efetivamente implantada em meados de 2008. Igualmente, para esses mesmos entrevistados as dificuldades nas atividades de vigilância em saúde do trabalhador têm como causas a qualificação dos profissionais de saúde e atuação política de atores econômicos, como expressa o relato a seguir:

Uma das políticas onde o conflito capital/trabalho é mais explícito é a política de Saúde do Trabalhador. [...] Em alguns momentos tivemos uma pressão dos empresários, isso resultou em determinados momentos no refluxo, no recuo da equipe de vigilância [...] Outra dificuldade que nós

tivemos foi conseguir técnicos, profissionais com perfil de Saúde do Trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador (entrevistado 4).

De acordo com Machado (1997) o conflito capital-trabalho é inerente à temática de saúde do trabalhador, conflitos que aparecem presentes na política de saúde do trabalhador, uma vez que podem atingir empresas que ofereçam apoio político aos governos, além das dificuldades financeiras do setor saúde e de obter pessoal técnico qualificado e engajado à questão.

Assim, com base na análise das entrevistadas e da pesquisa documental, constata-se que houve avanços com a implantação da política de saúde do trabalhador no Recife, mas se percebem limitações do ponto de vista da equidade e integralidade da atenção.

#### 4.1.3 A inclusão dos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas

A atenção aos portadores de sofrimento psíquico no município até 2001 era desenvolvida de acordo com um modelo asilar, excludente, que privilegiava a internação hospitalar. Na época, havia sete hospitais psiquiátricos sob gestão municipal concentrando 60,2% do total de leitos do município. Com a mudança de governo em 2001, a Secretaria de Saúde do Recife promoveu um processo de desospitalização e implantação de serviços extra-hospitalares (RECIFE, 2002), em interlocução com o movimento da luta antimanicomial e grupos da sociedade civil organizada, sobretudo durante a formulação do programa de governo, como relatam alguns dos entrevistados.

Assim, o município implantou uma rede regionalizada de serviços substitutivos com 17 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), atingindo uma cobertura de 1,06 por 100 mil habitantes em 2008, superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Incorporou a ideia de que o processo de desconstrução da cultura manicomial passa não apenas pela implantação serviços

substitutivos, mas também pela reconstrução das ações no território (AMARANTE, 1996). Foram implantados mecanismos de desinstitucionalização por meio da articulação com os profissionais das ESF e com a comunidade, na perspectiva de integralidade da atenção referendada por Mattos (2001) e Paim (2004). Embora, durante a segunda gestão (2005-2008) essa estratégia não tenha sido fortalecida e ampliada, ficou restrita a algumas equipes, como relata o entrevistado a seguir:

[...] numa determinada área de saúde da família um jovem entrou em crise, voltou para rua de sua infância e se instalou na frente da casa onde morou. E o Saúde na Família recebeu uma pressão muito grande por parte dos comunitários para que pudesse interná-lo, tirá-lo da rua. [...] Nessa rua a gente (da ação avançada) conseguiu trabalhar o medo, diminuir o medo que o agente comunitário de saúde tinha de lidar com “doído”. [...] As ESF de forma geral acham que é uma questão de psiquiatria, não é uma questão para quem está na atenção básica. [...] Com esta estratégia esperava-se ter um trabalho de socialização de saberes com os profissionais de saúde e comunidade para o processo de convivência com o portador de sofrimento psíquico. [...] Mas, isso não foi consolidado, a partir da segunda gestão praticamente não tínhamos mais a ação avançada. No distrito VI, ainda com muita dificuldade, a equipe atuava (Entrevistado 3).

De acordo com Lancetti (2006 apud AMARANTE, 2007) é no âmbito da Saúde da Família que se pode alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Para tanto, as equipes precisam ser treinadas na concepção da reforma psiquiátrica e contar com um apoio matricial para conduzir os casos de forma mais adequada, sem necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos.

Segundo informações do SIH-SUS e SIA-SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (tabela 1), no Recife não houve uma transferência significativa de recursos financeiros, para a atenção aos portadores de sofrimento psíquico, do âmbito hospitalar para o extra-hospitalar, pois, em 2007, os serviços hospitalares consumiram 81% desses recursos. No âmbito nacional, no mesmo período, a alocação já era diferente: os serviços extra-hospitalares absorviam 63,3% dos recursos contra 36,6% destinados aos serviços hospitalares. Além disso, apesar de ter ocorrido, entre 2001 e 2008, uma redução em torno de 28,3% dos leitos psiquiátricos, o Recife permaneceu como a segunda cidade com

maior número de leitos psiquiátricos (1.048) do país. Situação também assinalada por um dos entrevistados a seguir:

Na verdade não se mexeu justamente na rede que fazia toda a exclusão [...] O grande entrave na saúde mental, que tem uma referência direta na inclusão, é não ter diluído os leitos dos hospitais psiquiátricos. Hoje o Recife continua sendo umas das capitais brasileiras com maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos (Entrevistado 3).

A saída de atores-chave da gestão, vinculados à luta pela reforma psiquiátrica, contribuiu com a “despolitização” das reformas que vinham sendo implementadas e enfraqueceu a incipiente articulação da gestão com o movimento da luta antimanicomial. O relato abaixo exemplifica a avaliação de parcela dos gestores entrevistados:

Então, no primeiro período da gestão ela centrou os esforços na implantação de serviços substitutivos aos sete hospitais psiquiátricos com a implantação de CAPS, residências terapêuticas.[...] Na segunda gestão, a saúde mental sai do plano de prioridade de governo. Conta para isso, a saída da gestão de alguns atores sociais importantes nessa luta. [...] há uma estagnação da política. [...] Houve um distanciamento também, do movimento antimanicomial, ou seja, das questões mais políticas. [...] A comissão de reforma psiquiátrica no segundo período de gestão foi diluída, mesmo sendo ligada ao conselho Municipal (Entrevistado 2).

Os achados documentais apontam que o fechamento de dois hospitais psiquiátricos, a implantação de 17 CAPS, a criação de 11 residências terapêuticas (com 88 moradores) e a disponibilização de 50 bolsas de ressocialização (RECIFE, 2009) foram ações importantes, mas não suficientes para resolverem a questão dos usuários internados por longa permanência em unidades de saúde sob gestão municipal.

Em 2008, havia 395 usuários, dos quais 40% eram procedentes do Recife e 60% de outros municípios. Além disso, no mesmo período, existiam ainda 98 recifenses portadores de sofrimento psíquico internados em regime de longa permanência no Hospital Alberto Maia (RECIFE, 2008), um dos maiores manicômios do país, situado no município de Camaragibe na Região Metropolitana do Recife.

**Tabela 1. Número e proporção (%) de leitos, internações e valores pagos da produção hospitalar e extra-hospitalar em Saúde Mental em unidades de saúde sob gestão municipal. Recife, 2001-2008**

Parâmetros	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº total de leitos sob gestão municipal	2.432	2.432	2.280	2.280	2.146	2.065	2.063	1.831
Nº de leitos psiquiátricos	1.464	1434	1395	1224	1.224	1.169	1049	1048
Proporção (%) de leitos psiquiátricos/total de leitos sob gestão municipal	60,2	59,0	61,2	53,7	57,1	56,7	50,8	57,3
Nº de internações em unidades sob gestão municipal de residentes no Recife	7.635	7.711	7.691	7.346	6.313	6.749	5.981	5.720
Nº de internações em unidades sob gestão estadual ou em outro município de residentes no Recife	9.592	8.731	8.019	7.350	7.092	6.292	5.937	5.501
Total de internações de residentes no Recife	15.479	14.749	14.103	12.942	11.549	11.242	9.974	9.695
Quantitativo de valores pagos* da produção hospitalar em saúde mental em unidades sob gestão municipal	13.625.	14.150	13.924	14.284	12.539	12.959	12.219	13.434
Quantitativo de valores pagos* da produção extra-hospitalar em saúde mental em unidades sob gestão municipal	0	1.367	1.151	1.256	2.807	862.000	2.323	2.753
Total	13.625.	14.287	15.075	15.540	15.346	13.821	14.543	16.186
Proporção (%) de valores pagos da produção hospitalar em saúde mental em unidades sob gestão municipal	100	99	91,70	91,20	77,10	93,30	81,00	79,50
Proporção (%) de valores pagos da produção extra-hospitalar em saúde mental em unidades sob gestão municipal extra-hospitalar	0	1,00	8,27	8,80	22,30	6,65	19,02	20,49

Fonte: Diretoria Geral de Regulação do Sistema/Secretaria de Saúde do Recife; Sistema de informações hospitalares/SIH/Ministério da Saúde; Sistema de informações ambulatoriais S I A /SUS( Procedimentos de APAC), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES, Ministério da Saúde.

• \* Nota: em milhões de reais

A redução das internações de longa permanência, segundo revela a maioria dos gestores entrevistados, depende de um conjunto de ações em âmbito municipal ou locorregional, porque mais de 50% dos usuários internados em unidades sob gestão municipal são de outros municípios. Nesse sentido, eles ressaltaram a importância de uma atuação articulada entre esferas de governo para implantar ou ampliar redes substitutivas nesses municípios ou regiões do Estado. No entanto, não foi consenso entre os gestores a defesa de propostas relativas à ampliação do número de residências terapêuticas e de CAPS 24 horas ou a disponibilidade de leitos em hospitais gerais.

Por influência do cenário nacional de discussão da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, e da presença na gestão, a partir de 2003, de atores com forte implicação no tratamento de usuários de drogas, o Recife implantou sua política, denominada Programa Mais Vida. O modelo é alicerçado na promoção, proteção específica e redução de danos e na assistência à saúde com tratamento e reabilitação.

No tratamento e reabilitação, a política conta com uma rede integral: CAPS de álcool e de outras drogas, albergues para tratamento protegido de pessoas que não estão conseguindo controlar o uso, e os leitos de desintoxicação em hospital geral. Por outro lado, o modelo enfrenta dificuldades na abordagem com os perfis diferentes de usuários dentre esses, usuários de *crack* e moradores de rua, como analisa o gestor distrital entrevistado:

[...] no CAPS, ela (a pessoa), passa por uma avaliação e participa de um grupo de acolhimento por alguns dias, depois é enquadrada num programa terapêutico, que as pessoas inclusive chamam “grade terapêutica”. [...] O usuário de craque tem dificuldade de se enquadrar. [...] Há um despreparo para lidar com o usuário de *Crack*. Esse usuário passa a noite na rua, fazendo uso de drogas, não se enquadra na rotina do CAPS. [...] É preciso articular outras redes fundamentais: cultura, esportes, educação, justiça, assistência social (Entrevistado 7).

Conforme informações da Gerência de Redução de Danos do Recife, o perfil do atendimento dos CAPSad em 2007, segundo o tipo de drogas, indica o Crack como a terceira droga mais consumida (RECIFE, 2008d), com maior prevalência

entre os jovens. Cenário que para um dos entrevistados tem aberto no Recife a discussão sobre a política de redução de danos para a juventude e a implementação efetiva do “projeto terapêutico individualizado”, no sentido de promover uma abordagem equânime.

Com base nos dados analisados, verifica-se que a rede de saúde mental implantada no Recife configurou-se como “alternativa” ao modelo hospitalocêntrico, porém não foi substitutiva, porque a política de saúde mental não consolidou de modo sustentável o processo de desospitalização e de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico. No âmbito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, enfrentam-se dificuldades em operacionalizar o “projeto terapêutico individualizado”, portanto, em garantir a equidade no atendimento. Como também em atuar de forma integrada com outras redes de atenção para intervir nos determinantes sociais da problemática que cercam o usuário de álcool e outras drogas.

#### 4.1.4 Mulher: tecendo as relações de gênero

A mulher constituiu um dos grupos sociais que, durante os oito anos de gestão municipal, foi incorporado na agenda de prioridades de governo (RECIFE, 2002, 2005). Como destaca a maioria dos entrevistados, um dos protagonistas-chave desse processo foi o movimento de mulheres que manteve uma interlocução sistemática com a gestão no processo de implantação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O arco direcional da política fundamentou-se em três eixos: a) assistência humanizada ao pré-natal, parto e aborto e puerpério; b) atenção à mulher vítima de violência doméstica e sexual; c) atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, resgatando as questões de gênero (RECIFE, 2008e).

O primeiro eixo caracterizou-se pelo investimento na reestruturação da atenção com a construção de uma maternidade e reabertura de outras duas, a implantação de doze serviços de referência para pré-natal de alto risco, a instituição do direito da gestante à acompanhante, dentre outras ações. No entanto, mesmo com a ampliação dos leitos obstétricos, as mulheres residentes no Recife tiveram dificuldades de acesso às maternidades durante o parto. Em 2008, segundo dados do SIH/SUS, do total de partos de mulheres residentes em Recife (14.800 partos), apenas 37,0% ocorreram em maternidades sob gestão municipal, 41,7% foram realizados em unidades sob gestão estadual e 21,3% em outros municípios. Situação que, para os entrevistados, explica-se pelo fato de os municípios disponibilizarem seus leitos para a Central Estadual de Leitos, mas não participarem da gestão da referida central.

Em termos de oferta de pré-natal, conforme informações da Diretoria de Vigilância à Saúde do Recife, o município manteve, durante o período de estudo, uma cobertura de 88 % (gestantes com 4 consultas e mais), apresentou queda de 46% da proporção de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal e elevação do número de gestantes com 7 ou mais consulta em torno de 5,6% .

Em decorrência do eixo da assistência humanizada ao pré-natal, parto e aborto e puerpério terem práticas muito consolidadas e hegemônicas, a implantação de ações que demandaram mudanças no processo de trabalho apresentaram algumas dificuldades, uma dessas foi explicitada no relato de um dos entrevistados:

Ainda temos uma grande resistência com relação ao módulo vertical, porque é aquela história, desconstruir um processo que já está fechado (Entrevistado 5).

A respeito do parto vertical um estudo coordenado por Miquelutti et al. (2009), no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, ressalta a eficácia da posição vertical adotada por mulheres nulíparas



durante o trabalho de parto no auxílio do alívio da dor, na melhoria do conforto e satisfação das parturientes.

O segundo eixo, atenção à mulher vítima de violência sexual e doméstica, justifica-se pela magnitude da violência contra a mulher no estado de Pernambuco, expressa no elevado número de homicídios de mulheres ocorridos no período de 2002-2007 (1509 homicídios), segundo pesquisa conduzida por Portela (2008). Na maioria dos casos, essa violência é praticada por companheiros ou ex-companheiros das vítimas. O município de Recife concentra o maior percentual de casos 27,4%, considerando a violência sexual e doméstica, que, somado aos ocorridos nos cinco municípios da Região metropolitana com maior ocorrência, alcança um percentual de 53,9%.

A SMS do Recife implantou o Programa de Atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Doméstica e Sexista em toda a rede de saúde, com protocolo de atendimento e capacitação dos profissionais da rede básica à atenção especializada. Igualmente, estabeleceu um fluxograma de atendimento, o qual foi construído com a participação de profissionais dos serviços de saúde, da Delegacia da Mulher, do Instituto de Medicina Legal, dos Núcleos de atenção jurídica da Casa abrigo. Esta última como unidade implantada pela Secretaria especial da Mulher em Recife para garantir a integridade física, psicossocial e jurídica das mulheres, seus filhos e filhas entre 0 e 12 anos de idade. Além disso, as maternidades municipais foram preparadas para realizar o aborto legal, com profilaxia para DST/HIV (RECIFE, 2008e).

Com base nos dados analisados nesse eixo, observa-se que a política de saúde da mulher procurou atuar de forma integrada com outras secretarias no enfrentamento da violência contra a mulher, aproximando-se de um dos sentidos da integralidade ressaltado por Mattos (2001, 2007) e Paim (2004) – o da integração entre as políticas públicas. No entanto, sobretudo na questão do aborto, a implantação de protocolos, fluxos e capacitações não tem sido suficiente para

romper com as resistências dos profissionais de saúde, como demonstra o entrevistado:

[...] Na temática do aborto então... na interrupção da gestação, conta-se com pouquíssimas pessoas na hora da intervenção. [...] E se partir do princípio que ela provocou o aborto, aí ela já vai ser a última a ser atendida. (entrevistado 1)

Num estudo desenvolvido no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, Bedone et al. (2007) reforçam a importância de um processo de capacitação sistemático e contínuo das equipes multiprofissionais não enfocando apenas a dimensão do conhecimento técnico, mas a reflexão dos profissionais sobre suas atitudes, conceitos de violência e formas de abordagem no cuidado às vítimas de violência. Para esses autores, a troca de percepções entre os diversos profissionais contribui para a capacitação de cada um e para a eficácia das ações propostas.

Com base nas informações das entrevistas e nos documentos consultados (RECIFE, 2008, 2009), constatou-se ter havido avanços nos direitos sexuais e reprodutivos. A SMS implementou a atenção ao câncer cérvico uterino e de mama, criou uma unidade de referência em mastologia, implantou a anticoncepção de emergência (ACE) na atenção básica e contracepção cirúrgica voluntária nas maternidades municipais, como também implantou a atenção às mulheres no climatério desde atenção básica até a atenção especializada, dentre outras ações

Por outro lado, o maior desafio do eixo dos direitos sexuais e reprodutivos refere-se à dimensão cultural/ideológica. Um indicador desse processo é a resistência na utilização da contracepção de emergência (CE), encontrada em segmentos religiosos e nos profissionais de saúde, como enfatizado pela maioria dos entrevistados. Em estudo realizado por Alves et al. (2004), na rede municipal de saúde do Recife, em 2004, verificou-se que 85,2% dos profissionais de saúde entrevistados nunca haviam prescrito a contracepção de emergência.

Nesse sentido, há evidências de que a política de saúde da mulher no Recife superou a perspectiva reducionista de limitar as necessidades desse grupo populacional às demandas relativas à gravidez e ao parto. Entretanto, por outro lado, verifica-se a existência de dificuldades na implementação das ações para atender a diversidade de necessidades das mulheres. Ainda são pontuais as capacitações para os profissionais de saúde em gênero, raça, etnia e classe.

#### 4.1.5 Negros e a visibilidade de raça-etnia

Como resultado da interlocução do movimento negro e da associação de portadores de anemias hereditárias com a gestão municipal, instituiu-se, em 2001, o Programa de Prevenção e Assistência Integral às Pessoas Portadoras do Traço Falciforme e Anemia Falciforme, que, embora tendo uma dimensão focal, serviu para conferir maior visibilidade à pauta política da população negra, como ressaltaram os gestores entrevistados.

A doença que se origina na África, entra nas Américas pelo tráfico de escravos, e é também encontrada na Europa e Ásia (ZAGO, 2001, p.15). No Brasil, apresenta maior prevalência na população negra, o que vem a fortalecer a luta do movimento negro pela racialização da doença, apesar de não se ter consenso na literatura sobre o tema (FRY, 2005).

O Recife criou um grupo técnico de condução do programa, que contava com a participação de entidades da sociedade civil, com o engajamento do movimento negro e de representantes de religiões de matriz africana. O que contribuiu, na avaliação dos entrevistados, para ampliar a capacidade da SMS do Recife na identificação do universo de necessidades da população negra. Tais movimentos atuaram na demarcação da importância de formulação de uma política de atenção integral à saúde da população negra.

Durante as entrevistas os gestores entrevistados ressaltaram o contexto institucional da SMS do Recife, que era bastante receptivo a tais demandas, sobretudo com a implantação, em 2004, do Programa de Combate ao Racismo Institucional/PCRI da Prefeitura do Recife. O referido programa envolveu todas as secretarias municipais na organização de ações para o enfrentamento do racismo, discriminações raciais e étnicas.

De acordo com a Comissão for Racial Equality (1999 apud KALCKMANN et al., 2007, p.147) o racismo institucional é definido como:

Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causam desvantagens a pessoas de minoria étnica.

Segundo um dos gestores entrevistados, desde 2005, a Secretaria de Saúde tem promovido atividades de reflexão junto aos profissionais de saúde sobre o racismo, discriminação racial e étnica. Para o entrevistado, esse processo tem contribuído para melhor identificação de barreiras de acesso ao sistema de saúde do Recife, por questões raciais e religiosas, inclusive nas áreas de implantação do PFS/PACS:

[...] inicialmente quando se ia fazer o levantamento da área pelos agentes comunitários para a delimitação do território, era muito frequente que eles passassem nas comunidades, nos terreiros e não fizessem identificação daquelas pessoas residentes naquela localidade, naquele espaço. Ficavam fora do acesso ao sistema formal de saúde por conta da questão religiosa e o fato de serem religiões originárias da população negra.

Tanto na pesquisa documental (RECIFE, 2008e) quanto nas entrevistas foram encontradas evidências de iniciativas da SMS do Recife no sentido da incorporação das questões raciais e étnicas na agenda da política de saúde. Observam-se ações de melhoria do registro raça-cor nos sistemas de informações e de capacitações no

âmbito de várias políticas, sobretudo no que diz respeito às políticas de saúde da mulher e da criança. No entanto, segundo relato de um dos gestores entrevistados, “mesmo a SMS tendo trabalhado num cenário de decisão política para enfrentar a problemática das iniquidades, no âmbito dos serviços de saúde ainda são evidentes os sinais de iniquidades raciais, um exemplo disso diz respeito ao acesso das mulheres negras ao pré-natal” (Entrevistado 6).

O relato do entrevistado evidencia uma problemática que também foi assinalada pelo boletim do perfil epidemiológico da criança e do adolescente, produzido pela Diretoria de Vigilância à Saúde do município. No que se refere ao pré-natal, no período de 2001-2007, observa-se que dentre os 4.670 nascidos vivos de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal no Recife, 81% eram filhos de mulheres negras (RECIFE, 2008f). A esse respeito Leal et al. (2005), num estudo desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, concluem que as mulheres pretas e pardas recebem pior assistência ao parto e no pré-natal nas maternidades do Rio de Janeiro. As autoras consideram que as mulheres negras peregrinam mais em busca de local para o parto, e têm pior pré-natal.

Em 2006, num processo de superação de ações focalizadas no atendimento da doença falciforme, a SMS do Recife consolida a formulação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Para alguns dos gestores entrevistados esse processo sofreu influência do cenário nacional de discussão de igualdade racial no acesso aos serviços de saúde e da atuação dos movimentos sociais no âmbito local:

[...] Contexto nacional e local de incentivo à políticas de promoção de igualdade racial, e especificamente no Recife, a formulação da política teve a influência da mobilização do movimento negro e de comunidades de religiões de matriz africana. [...] ampliou-se o debate sobre a necessidade de uma política de atenção específica à saúde da população negra (entrevistado 6).

Além disso, para a maioria dos gestores entrevistados uma ação estratégica que antecedeu e fortaleceu a formulação da Política Municipal de Atenção Integral a

Saúde da População Negra, foram as ações de melhoria dos registros de informação, no sentido da produção do conhecimento da situação de saúde da população negra. Assim, desde 2004, foi iniciada por parte da Diretoria de Vigilância à Saúde, a produção sistemática de diagnósticos da situação de morbimortalidade de residentes no Recife por quesito raça/cor. Fruto dos investimentos para implementação do registro da variável raça/cor, nos vários sistemas de informações em saúde. De acordo com informação documental da Diretoria de Vigilância à Saúde, o sistema de informações de Mortalidade/SIM, por exemplo, apresentou maior diminuição de ignorados da variável raça/cor. Em 1999, o percentual de ignorados da variável raça-cor era de 44,3%, em 2005 passa a ser 1,7% (RECIFE, 2007).

O município formulou a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra, com o compromisso de introduzir a abordagem racial em todas as políticas e programas de saúde do Recife (RECIFE, 2006a). A política tem definida como principais ações: introdução da abordagem racial nas políticas e programas de saúde; atenção integral às questões relativas à saúde da população negra; qualificação dos profissionais em relação às questões raciais com enfoque na saúde da população negra; construção e monitoramento de indicadores de saúde da população negra; avaliação da situação de saúde da população negra; desenvolvimento de práticas que previnam e combatam o racismo institucional, a discriminação e a intolerância racial nos serviços de saúde; promoção de práticas para inclusão de comunidades de terreiros nas ações e Serviços de Saúde (RECIFE, 2006a).

Para um dos gestores distritais entrevistados a formulação da política foi um avanço na perspectiva da equidade, entretanto, o processo de implementação ainda tem como principais desafios a mudança das práticas no cotidiano dos serviços e a articulação entre políticas:

Acho que do ponto de vista político, da formulação da política, a gente tem as grandes linhas de trabalho, diretrizes no sentido da equidade. Eu creio

que a gente precisava avançar mais no sentido do cotidiano dos serviços de saúde, das práticas. Do processo de reflexão das práticas junto aos profissionais. [...] Avançar na construção técnica nas áreas específicas, por exemplo, na questão da hipertensão arterial a gente pode avançar um pouco mais, no sentido de fazer um levantamento dos medicamentos disponibilizados, quais os que têm mais indicação para as pessoas da população negra. [...] Assim, durante o processo de implementação, acho que a equidade racial não faz parte ainda do universo de preocupações dos profissionais de saúde e dos gestores das políticas. [...] Além disso, o enfrentamento do racismo institucional tem que ser ação de todo dia (entrevistado 5).

Com relação ao racismo institucional o relato acima se apresenta compatível com os resultados encontrados por Kalckmann et al (2007, p. 146). Para os autores a população negra vem sendo discriminada nas unidades de saúde, com implicações no aumento da vulnerabilidade desse grupo populacional, ampliando barreiras de acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários.

Dessa forma, com base na análise documental e nas entrevistas, conclui-se que, no Recife, a participação de entidades representativas da população negra na formulação da política de saúde conseguiu imprimir suas demandas para além da atenção ao traço falciforme e anemia falciforme e influir na formulação da política de atenção integral à saúde da população negra. No entanto, não foram encontradas evidências, no período em estudo, que o processo de implementação da política, tenha se consolidado e impactado na redução das iniquidades raciais. Pôde-se observar que a abordagem de raça-etnia não permeou as ações e as políticas de saúde no Recife e que foram incipientes os mecanismos para apreender as necessidades específicas da população negra. O mesmo pode-se dizer em relação às estratégias de enfrentamento do racismo institucional.

## **4.2 Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso com equidade**

Nesse item os resultados serão apresentados em tópicos e analisados mediante as categorias teóricas selecionadas: o triângulo de governo de Matus, o acesso enquanto dimensão de acessibilidade e rede enquanto articulação entre serviços. A análise do processo de desenvolvimento da regulação assistencial do Recife priorizou os seguintes aspectos: conteúdo do projeto de regulação assistencial; definição de fluxos e programação assistencial; funcionamento da central de regulação de acesso às consultas e exames especializados e relação entre os gestores municipal e estadual de saúde na promoção do acesso.

### **4.2.1 O projeto de regulação assistencial**

A cidade do Recife caracteriza-se por comportar em seu território uma das maiores redes públicas de serviços de saúde do Brasil. Em 2008, segundo dados do CNES, existiam 45 unidades hospitalares, das quais 45% eram públicas estatais e 55% privadas e filantrópicas, vinculadas ao SUS. Já a rede ambulatorial possuía 235 unidades, dentre as quais 85% eram públicas estatais. No entanto, no que diz respeito aos serviços sob gestão municipal, o Recife detinha apenas 34,6% dos procedimentos de média complexidade, distribuídos na rede própria e complementar.

No que concerne à regulação, no período de 2001-2005, segundo relato da maioria dos entrevistados, a estrutura de regulação da atenção do município estava no âmbito da Diretoria de Programação, Controle e Avaliação. E como demonstra o relato a seguir: “a atuação dessa diretoria concentrava-se no credenciamento e



acompanhamento contábil e financeiro dos prestadores da rede complementar, principalmente, no processo de correção das faturas apresentadas” (Entrevistado 11). Observa-se dessa forma, que reproduzia uma lógica de trabalho muito semelhante àquela desenvolvida pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

De acordo com Santos e Merhy (2006) e Inojosa (1996), a passagem dessas atividades para estados e municípios, na maioria das vezes, não implicou numa mudança de abordagem que extrapolasse o controle burocrático dos prestadores privados. Assim, as atividades de controle e avaliação, em grande parte dos municípios, ainda não se traduziram num processo de avaliação de serviços com impacto no planejamento e nas práticas assistenciais.

Segundo informações do CNES a gestão municipal detinha, em 2005, uma rede SUS conformada por 215 estabelecimentos assistenciais, dentre eles, 29 unidades de atenção básica e 109 Unidades de Saúde da Família/USF, 13 CAPS, 11 policlínicas, 06 hospitais, 03 maternidades, 22 clínicas especializadas e 22 unidades de apoio diagnóstico e exames (CNES). Na avaliação de alguns dos gestores entrevistados esta estrutura de serviços demandava a implantação de mecanismos de gestão, no sentido de uma articulação mais efetiva entre os diversos componentes assistenciais para facilitar o acesso dos usuários. Dessa forma, na segunda gestão petista (2005-2008), a regulação assistencial compôs um dos eixos do Plano Municipal de Saúde 2006-2009: “a implementação do complexo regulatório do Sistema Municipal de Saúde, como forma de facilitar o acesso com qualidade aos serviços de saúde com integralidade, equidade e de otimização de recursos” (RECIFE, 2005).

Num cenário de disponibilidade de recursos, oportunizado pelo Ministério da Saúde para implementação de estruturas municipais de regulação, principalmente pelas prerrogativas do pacto de gestão (BRASIL, 2006a), o município captou recursos e criou a Diretoria Geral de Regulação do Sistema de Saúde do Recife em 2006, para ordenar o acesso aos serviços de saúde com equidade e integralidade.

Podendo-se dizer que, com o advento do pacto, houve alteração da concepção de regulação, antes restrita às atividades de controle e avaliação, como relata o entrevistado:

[...] O município agregou aos serviços já existentes de controle avaliação, ações para adequar a oferta à demanda, por meio da discussão e pactuação dos fluxos assistenciais de referência e contrarreferência, implantação da central de regulação de consultas exames, ações de auditoria, não apenas no sentido do controle, mas também como ação de qualificação dos serviços (Entrevistado 7).

De acordo com um dos relatórios da diretoria de regulação (RECIFE, 2006b) a principal aposta da SMS do Recife residiu na consolidação de um instrumento municipal regulador da Assistência à Saúde, fundado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nas necessidades e demandas da população. Para a maioria dos gestores entrevistados, a regulação assistencial é concebida como mecanismo de acessibilidade organizacional e expressa a intenção de estabelecer um canal de comunicação entre as unidades assistenciais para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O relato a seguir exemplifica esse entendimento:

[...] Nessa gestão ampliamos a rede básica e especializada, mas começamos a perceber que não tínhamos assegurado o acesso, não havia referenciamento efetivo à atenção especializada. Entendemos a regulação como instrumento para garantir o acesso, ela deve atuar para que a população não ande e nem perca tanto tempo nas suas caminhadas para ter acesso a um serviço. Acima de tudo, ela otimiza a organização do serviço, porque não fica aquele tipo de estrutura em que a população chega hoje e não é atendida, ou é encaminhada, mas não tem a garantia do atendimento porque não tem nada acordado entre os serviços. [...] A regulação assistencial veio para melhorar a comunicação entre as unidades, para que o usuário saia, no caso de necessidade, da unidade básica com sua consulta especializada garantida. [...] Esperamos com ela também melhorar a atuação das nossas unidades básicas e do sistema de saúde do Recife como um todo (Entrevistado 14).

Dessa forma, reflete a direção que se pretendia imprimir à gestão da assistência no município, ou seja, configura-se enquanto projeto de governo como diria Matus (2003).

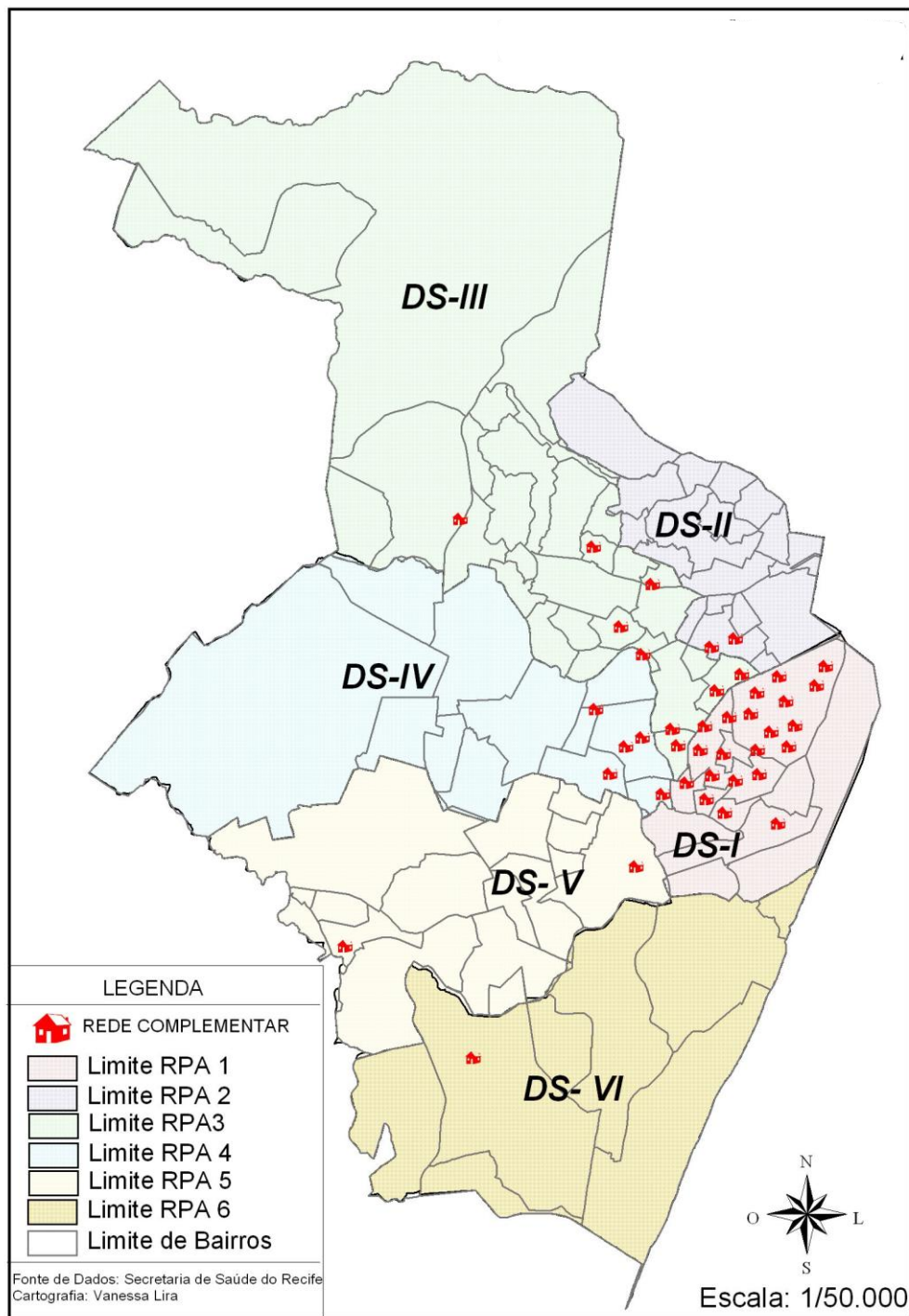
#### 4.2.2 Fluxos e programação assistencial

De acordo com um dos gestores entrevistados, com a criação da Diretoria de Regulação foram reestruturados os fluxos assistenciais, a partir de um processo de discussão com os profissionais das unidades básicas e especializadas. Na rede própria, devido à descentralização da oferta especializada em todos os distritos sanitários, foi possível definir os fluxos, considerando o conceito de acessibilidade geográfica, quanto à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegarem aos serviços, conforme conceituam Donabedian (1973); Unglert (1990), Fekete (1995).

No caso da rede complementar SUS/Recife, observa-se que a SMS teve reduzida governabilidade para negociar com os principais representantes do setor privado, no sentido de descentralizar serviços, alterar a concentração de serviços em alguns bairros e/ou substituir prestadores. Assim, observa-se que a regulação municipal não conseguiu induzir a descentralização dos serviços privados para garantir uma acessibilidade geográfica, como evidencia o relato do entrevistado a seguir:

A gente tentou respeitar e definir, para cada Unidade de Saúde da Família/USF, quais seriam as unidades prestadoras do território mais adequadas na questão da proximidade geográfica. [...] a gente queria privilegiar o território, colocando unidades prestadoras mais próximas da unidade solicitante. Mas, nem sempre, aquelas unidades prestadoras da rede complementar, tinham o desenho ideal, adequado e próximo das USF. Como também não foi possível substituir prestadores (Entrevistado 8).

Persistindo, dessa forma, uma lógica de localização de serviços com base nos interesses dos próprios prestadores, concentrando em alguns bairros como demonstrado no mapa 4.



**MAPA 4.** Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde da rede complementar SUS. Recife, 2008

A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde

No que concerne a esta assertiva, Moraes (2002) afirma que, no Recife, os serviços do subsistema privado estão estrategicamente situados em bairros onde a riqueza urbana está mais concentrada. Para a autora, o subsistema privado de serviços de saúde corresponde a uma diversidade de rede de serviços de saúde, organizada em função da logicidade da oferta e direcionada à obtenção de lucro no âmbito do sistema único de saúde.

Quanto aos parâmetros de programação assistencial especializada, no período compreendido entre 2001/2008, o município permaneceu com a série histórica de produção e com os parâmetros estabelecidos pela portaria 1.101 (BRASIL, 2002). Em consonância com essa portaria, o Recife teria uma oferta de consulta especializada muito além da necessária, embora, segundo os entrevistados, em todos os distritos sanitários, tenha havido insuficiência de oferta. O que pode significar inadequação desses parâmetros à realidade local.

Quando indagados sobre as causas da permanência dessa modalidade de programação, alguns dos gestores entrevistados ressaltaram a fragilidade dos sistemas de informações em saúde no município para subsidiar a incorporação de novos parâmetros assistenciais, quando da formulação da programação assistencial em sua totalidade.

De acordo com Santos e Merhy (2006), o avanço do processo de regulação da assistência impõe a integração dos vários subsistemas em um Sistema Nacional de Informação em Saúde. Esse composto com os mesmos padrões de informação, tabelas, cadastros, entrada de dados, identificações comuns, que possibilitem cruzamentos, extração de indicadores e constitua, de fato, um instrumento para as ações da regulação assistencial, avaliação e programação assistencial.

Para enfrentar os limites de uma programação assistencial, ainda muito centrada em série histórica de produção e/ou nos parâmetros da Portaria Gm 1.101, a SMS do Recife instituiu, a partir de 2007, alguns critérios de ajuste na programação assistencial especializada. Segundo relato de um dos gestores entrevistados, buscava-se atender equitativamente as diferentes necessidades

assistenciais demandadas pela atenção básica em cada distrito sanitário. Para tanto, utilizou-se uma combinação de critérios:

[...] demanda reprimida (referida pelos profissionais e usuários); perfil epidemiológico da área de atuação de cada unidade básica; contingente populacional atendido; e estratificação de risco de determinadas grupos populacionais e/ou populações residentes em micro regiões com maior dificuldade de acesso à atenção especializada. Com esses critérios a gente busca adequar a distribuição das cotas para cada unidade básica (entrevistado 10).

De forma geral, os achados indicam que o processo de regulação implementado pela SMS do Recife, no período em estudo, trouxe mudanças no padrão uniforme de distribuição dos procedimentos especializados. Por meio de oficinas de programação assistencial, com a participação dos profissionais da atenção básica, buscou-se adequar a programação às necessidades identificadas em cada distrito sanitário. Nesse sentido, observa-se uma aproximação com a concepção de equidade defendida por Jardaniviski e Guimarães (1993), Sen (2001, 2002) e Walser (2003), em que a distribuição de ações e serviços de saúde deve ser feita para todos, mas, em proporção às necessidades. Embora, na avaliação de um dos gestores distritais entrevistados, a adequação da programação assistencial não permeou a totalidade da rede de serviços sob gestão municipal:

[...] em muitas situações não foi possível aplicar critérios de ajuste da programação assistencial, face à indisponibilidade de informações em saúde em determinadas regiões do município e/ou pela própria limitação imposta pelo teto financeiro (entrevistado 11).

#### 4.2.3 O funcionamento da central de regulação

A regulação de acesso à assistência tem como propósito disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, seja no

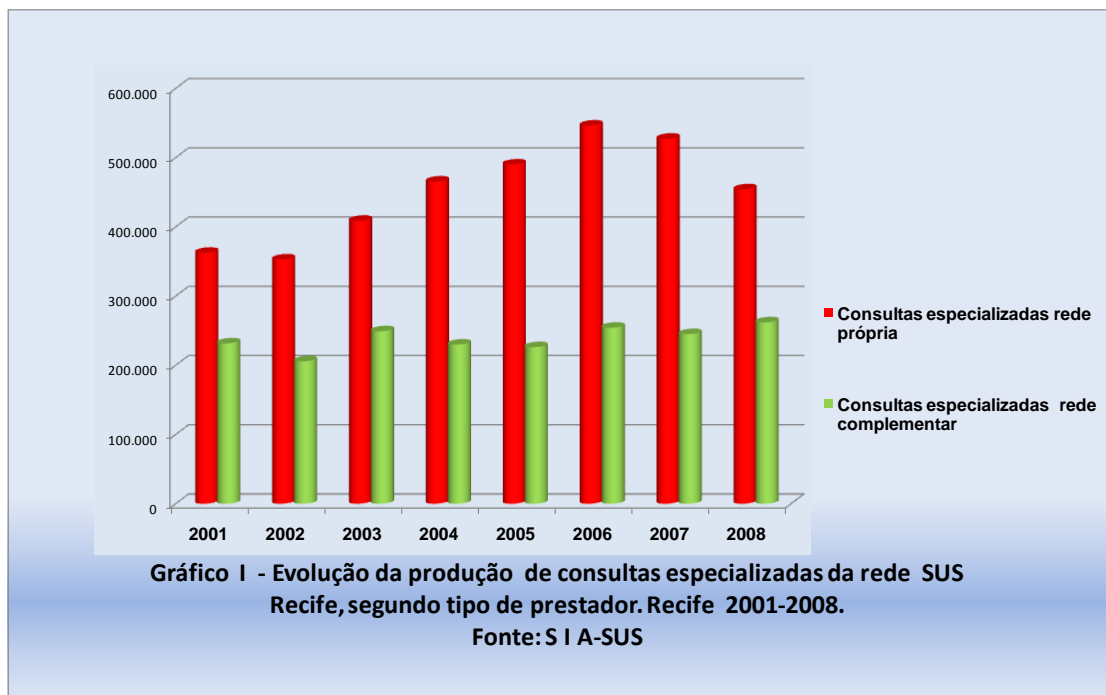
atendimento de urgência, seja no de consultas, seja no de internação, dentre outros (BRASIL, 2008). Em se tratando da cidade do Recife, a central municipal tem por objetivo regular o acesso a consultas e exames nas áreas consideradas estratégicas para o supracitado sistema (RECIFE, 2006b).

Segundo a maioria dos gestores municipais entrevistados, antes da Diretoria de Regulação e da implantação da Central de consulta e exames, o usuário vivenciava uma verdadeira *via crucis* para ter acesso à atenção especializada, mesmo dentro dos serviços sob gestão municipal. Por esse prisma, considera-se que a central tem potencial para garantir uma melhor acessibilidade organizacional, conforme expressa o relato a seguir:

O fato do usuário não precisar mais comprar uma vaga na fila, e nem dormir na porta da unidade especializada..., pra mim é um ganho de cidadania sem precedentes. Simplesmente você saber que a marcação da sua consulta e dos seus exames é uma responsabilidade da secretaria de saúde. Ela é que deve garantir seu acesso, no mínimo às unidades que estão sob gestão do município, é um avanço para o Sistema Municipal (entrevistado 9).

Por outro lado, nos dois anos de implantação da central de regulação, com grande parte das unidades de saúde sem estar devidamente informatizadas, foram incorporados apenas os serviços do setor complementar. Em 2008, a central regulou 28.000 cotas mensais, distribuídas em 18 especialidades médicas e seis procedimentos, correspondendo a 9,5% dos procedimentos de média complexidade sob gestão do município. Dessa forma, a rede pública municipal não foi regulada pela central, mesmo produzindo a maior parte da oferta ambulatorial (Gráfico 1).

Num estudo de implantação do complexo regulatório do município de Ribeirão Preto, Ferreira et al. (2010) ressaltam a importância da inserção de toda a oferta própria e complementar na central de regulação. Na avaliação dos autores, esse processo viabilizou o gerenciamento e o controle da oferta, envolvendo o acompanhamento da execução dos procedimentos em tempo satisfatório. Sem esse mecanismo, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, premissa da implantação das centrais de regulação, ficaria comprometida.



**Gráfico 1.** Evolução da produção de consultas especializadas da rede SUS Recife, segundo tipo de prestador. Recife 2001-2008.  
Fonte: SIA/SUS/MS

No caso do Recife, a Central de Regulação funcionou com reduzida capacidade técnica e política, conferindo-lhe, por isso, baixa governabilidade sobre o conjunto dos serviços de saúde, distanciando-se da possibilidade de oferecer “a melhor alternativa assistencial”. Na avaliação de um dos gestores entrevistados, essa situação foi motivada pelo fato da “regulação não ter ficado tão encaixada na prioridade de governo como deveria ser, em termos de investimentos técnicos, financeiros e políticos” (Entrevistado 9).

Nesse sentido, os achados apontam para um distanciamento ou não articulação entre os vértices do triângulo de governo de Matus (1993): projeto, capacidade de governo e governabilidade. Considerando-se que não basta desenhar bem um projeto, uma vez que todo ator que planeja não tem assegurada



sua capacidade de controlar a realidade, dependerá da ação de outros e do investimento em destrezas e habilidades para executar o seu projeto.

A regulação de acesso no Recife procurou adotar a concepção de equidade vertical, de atendimento priorizado pelo grau de risco e não pela pragmática ordem de chegada do usuário, como relatou a maioria dos entrevistados. No entanto, segundo o relato a seguir, não foram implementados instrumentos efetivos para estratificar o risco e garantir essa abordagem no cotidiano dos serviços:

Na Central de Regulação de Consulta e Exames, a fila não é por ordem de chegada, ela é por ordem de gravidade. Se o profissional coloca um alerta, esse paciente tem que passar para frente da fila, e isso é o que a gente sempre orientou. Mas, a gente não conseguiu uma regularidade nessa ação. Precisamos aprimorar os instrumentos e os processos (Entrevistado 11).

Pelo conceito de rede, em Castells (2000), o processo instituído pela regulação no Recife não possibilitou aos seus integrantes, mesmo nos serviços sob gestão municipal, o compartilhamento de valores e objetivos comuns, decodificáveis em um processo de comunicação. A Central disponibilizou, para as unidades básicas, um protocolo de acesso à atenção especializada que, na avaliação de um dos entrevistados da esfera distrital, foi um instrumento pouco discutido e problematizado no cotidiano dos profissionais nas unidades de saúde. Apesar do reconhecimento, por parte dos gestores entrevistados da esfera central, de que a regulação começa na unidade básica de saúde, com a identificação de necessidades, a qualificação dos encaminhamentos e o diálogo com os profissionais das unidades de referência:

Temos problemas nos encaminhamentos da atenção básica, de coisas que poderiam ser resolvidas na própria atenção básica, mas que se encaminham à atenção *especializada*. [...] Regulação com educação permanente é necessária (Entrevistado 12).

Tivemos dificuldades em manter uma discussão permanente com a rede de serviços sobre a missão do que é complexo regulatório e o papel de cada unidade na regulação de acesso (Entrevistado 10).

[...] Não basta ter cotas e ficha de encaminhamento, fluxo ou protocolo, também é preciso ter espaço de diálogo entre as equipes envolvidas. [...] Regular é formar rede, não é um serviço de saúde ao léu, é formar rede de suporte à atenção básica, discutindo processo de trabalho e a relação entre as unidades (Entrevistado 15).

Para Campos (2006a) e Baduy et al. (2011), os métodos de padronização, como protocolos com mudanças nas práticas da clínica, não podem estar desarticulados da constituição de espaços democráticos de pactuação entre os diversos atores envolvidos. Os autores referem-se, ainda, à necessidade de ampliar a resolutividade da atenção básica, mediante um processo de discussão contínua e sistematizada das práticas. No Recife, apenas o Distrito Sanitário VI apresentou relatos nesse sentido, ao implementar, desde 2004, um projeto de regulação assistencial que, embora restrito à sua área de abrangência e à população local, buscou o diálogo entre as equipes das unidades de saúde e destas com os profissionais da atenção especializada, visando à melhoria do acesso. Além do mais, ao trabalhar a relação entre atores, verifica-se uma aproximação com a concepção de rede tratada por autores como Castells (2000) e Inojosa (2008).

Com relação aos outros cinco distritos sanitários, os achados indicam uma realidade bastante diversa, os serviços próprios especializados distribuíam cotas, de acordo com a oferta disponível, para as unidades básicas de sua área de abrangência. O processo caracterizou-se, muito mais, como marcação de consultas e exames do que propriamente regulação assistencial, sem uma reflexão sistemática entre os profissionais das unidades básicas e especializadas. Situação expressa no relato a seguir:

[...] a gente não discutiu de forma mais sistemática o que é regulação, o que é processo de regulação dentro dos distritos sanitários. [...] não temos pessoas que pensem a regulação dentro dos distritos. [...] não promovemos de forma contínua e sistemática uma interlocução entre os profissionais nos vários pontos da rede (Entrevistado 11).

A esse respeito Baduy et al. (2011) destacam a experiência do município de Londrina que ao implantar o processo de regulação assistencial instituiu espaços de conversa com e entre os trabalhadores da atenção básica e especialistas. Para isso, utilizaram ferramentas como a gestão da clínica e a auditoria assistencial, implementadas por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente para problematização do processo de trabalho.

Os autores exemplificam os resultados obtidos, tomando como referência a discussão da fila de espera em endocrinologia (uma das especialidades com demanda reprimida). Dos 1529 casos analisados, 68,6% poderiam ser acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde da família com o apoio da equipe de retaguarda da atenção básica. Ressaltam, portanto, que para garantir acesso de forma equânime:

[...] não é suficiente ter em conta apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também endereçar as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção (BADUY et al., 2010, p.302).

De acordo com Mendonça et al. (2006), com o SUS, houve aumento de cobertura da atenção básica e uma inadequação da oferta de média e alta complexidade. Nesse processo, tanto por ocorrer uma demanda artificial por serviços de maior complexidade, ou seja, a solicitação de encaminhamentos desnecessários para níveis de maior complexidade, quanto também pelo estrangulamento da oferta em algumas áreas, o que equivale a dizer: baixo investimento ou indisponibilidade de capacidade instalada.

No caso do Recife, analisando a regulação apenas da rede complementar, já que a Central não incorporou a rede própria, observa-se que as especialidades, com maiores demandas reprimidas<sup>30</sup>, são as mesmas de maior volume de absenteísmo, o que pode representar uma possível demanda artificial (Tabela 2).

---

<sup>30</sup> A demanda reprimida refere-se à fila de espera da atenção especializada gerenciada pela central (rede complementar), ou seja, não inclui a rede própria.

**Tabela 2 - N° absenteísmo e de demanda reprimida (referida pelas Unidades Básicas de especialidades médicas da rede complementar. SUS-Recife, 2008.**

Especialidades	demanda reprimida	N°
	referida*	absenteísmo
Oftalmologia	7430	14217
Ortopedia	2976	5639
Otorrinolaringologia	2435	2263
Cardiologia	917	2979
Urologia	882	1969

Fonte: Diretoria Geral de Regulação do Sistema/ Recife

\* Nota: Representa a demanda reprimida apenas das unidades que enviaram informações à central de regulação

No que se refere à oferta potencial, pode-se dizer que a SMS do Recife, no período em estudo, não elaborou um diagnóstico consistente sobre a capacidade instalada dos serviços próprios e o percentual de utilização dos serviços sob gestão municipal. Além disso, os serviços complementares, incorporados à rede municipal foram, em grande parte, oriundos do repasse feito pelo governo estadual. A SMS do Recife dispôs de reduzido poder político e técnico para promover alterações nas relações de compra de serviços, então, existentes. Desse modo, o princípio de esgotamento da capacidade dos serviços próprios, para posterior definição de compra no setor complementar, conforme definido pela Portaria GM/MS n° 3.277 (BRASIL, 2006a), foi de difícil operacionalização, situação evidenciada em alguns relatos:

Só agora, em 2009, é que estamos mapeando nossas unidades, a capacidade instalada dos serviços próprios sob gestão municipal, o que a gente tem que investir em tecnologia, estrutura e pessoal, definir perfil e missão de cada uma, de acordo com o modelo que a gente quer. Fazendo isso, a gente já elimina várias formas de compra (Entrevistado 7).

Há dez anos, tudo entrava por influência, a gente já herdou esses serviços e uma dificuldade de mexer nisso muito grande, politicamente, com muitos

bombardeios. [...] A gente pode ser refém, como se tem sido de algumas instituições, pela força política que elas têm, pelos próprios serviços que prestaram dentro de Pernambuco e pela própria postura interna da Prefeitura. A rede meio que ficou refém de algumas situações (Entrevistado 14).

Há um processo de despolitização da política de regulação, com discussões restritas ao corpo técnico e com incipiente participação do conselho municipal de saúde, sobretudo, no que diz respeito à relação público-privada, como relata um dos gestores entrevistados do âmbito central:

[...] no acompanhamento da compra foi previsto a participação do usuário, de seu representante no conselho, mas foi o segmento que mais apresentou dificuldades em participar das reuniões (entrevistado 14).

A esse respeito Lígia Bahia (2005) considera que a regulação das interfaces entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil não adquiriu o estatuto de tema da agenda de debates. A autora ressalta ainda que continuam pouco visíveis as articulações e contraposições entre as políticas voltadas a maximizar a equidade e aquelas voltadas à viabilização dos processos de acumulação de bens e serviços privados de saúde.

#### 4.2.4 Relação entre gestores na promoção do acesso

Durante os oito anos analisados, não se configuraram as condições políticas e técnicas necessárias para o município assumir o comando único, tanto sob a égide da NOAS/2002 (BRASIL, 2002), quanto pelo pacto de gestão (BRASIL, 2006). Em 2008, segundo dados do CNES, dos 45 estabelecimentos de saúde de internação situados no território do Recife e com vínculo com o SUS, 33,3% tinham duplo comando (15 unidades), destas 80% são públicas (12 unidades). Por outro lado, é

passível de questionamento a existência efetiva de comando duplo, uma vez que 66% dos procedimentos de média complexidade e 100% de alta estavam sob gestão estadual, segundo dados do SIA e SIH-SUS.

Dentre as causas, apontadas pelos entrevistados, para manutenção desse cenário estão: a tendência histórica de centralização dos recursos na pasta do governo do estado de Pernambuco; a prioridade na ampliação da atenção básica no Recife; a falta de investimento na ampliação e qualificação da equipe de controle, avaliação e vigilância à saúde com o objetivo de viabilizar sua inserção enquanto gestor de grandes unidades; a inexistência de um trabalho que estabeleça uma base de apoio com outros municípios na direção do comando único. No discurso *Matusiano*, o município pouco investiu na sua capacidade de governo e governabilidade, o que acabou por fragilizar seu projeto de regulação assistencial.

O duplo comando sobre os serviços no território é avaliado, por alguns dos gestores entrevistados, como um dos principais empecilhos à regulação municipal na promoção do acesso com integralidade. No entanto, outros entrevistados destacam a frágil regionalização da assistência no estado de Pernambuco, com instrumentos, como: plano diretor regionalizado, programação pactuada integrada e complexo regulatório sem retratar um efetivo processo de negociação com os municípios, distanciando-se do conceito de rede defendido por Castells (2000) e Inojosa (1999), adotado neste estudo.

Os achados indicam uma posição tanto centralizadora, quanto concentradora de recursos do governo do estado, como exposto no relato de um dos entrevistados:

[...] Apesar de grande parte da rede de serviços de saúde sob gestão estadual está situada no território municipal, a população recifense não tem tido acesso referenciado. [...] O governo do Estado ainda não tem um processo de regulação na média complexidade, ele tem ali uma regulação de leitos, que não é co-gerida com Recife. No nível ambulatorial existe uma marcação por telefone em que o próprio usuário é quem liga. Não se tem uma PPI, PDR, PDI e um complexo regulatório de fato pactuado. O governo estadual detém 70% da média complexidade e 100% da alta [...] o Estado tem uma preocupação de implantar serviços, não de funcionamento em rede, não tem concepção de rede (Entrevistado 8).

Porém, é importante frisar que esta não é uma particularidade do estado de Pernambuco, em estudo realizado na região de Campinas (SP) por Assis *et al.* (2009), conclui-se que apesar da implantação da regionalização no Estado de São Paulo, o governo estadual ainda compete com os municípios na execução de atividades em vez de concentrar esforços no que deve ser a sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos.

Pela tipologia de rede proposta por Inojosa (1999), a questão reside na adoção do conceito de rede subordinada, sem pactuação entre os entes. Isso pode ser evidenciado, por exemplo, na ausência da participação do município na cogestão de leitos, que são disponibilizados sem obedecerem ao critério de acessibilidade geográfica. Como também, tal modalidade de rede provoca, ainda, dificuldades no acesso no que diz respeito à continuidade dos cuidados subsequentes, na concepção adotada por Andersen (1995), Cecílio (2001), Donabedian (1973, 2003). Situações ressaltadas no relato de um dos entrevistados:

Nossas mulheres vão parir em outros municípios, quando temos suficiência de leitos de baixo e alto risco. [...] Na política de saúde da mulher, a gente disponibilizou tudo o que a política nacional estabelece em relação às mulheres. Mas, a gente sente falta de ter o complemento dessa estrutura numa unidade de maior complexidade, para garantir a continuidade do cuidado (Entrevistado1).

No estudo, evidenciou-se, mediante relatos da maioria dos entrevistados que, no processo decisório da gestão municipal de saúde, houve um predomínio da racionalidade política sobre a técnica, particularmente no segundo período de governo. O posicionamento de não enfrentamento político com o Governo do Estado está expresso na retirada da agenda do dirigente de temas, tais como: implementação do comando único; articulação para cogestão de leitos hospitalares, tanto eletivos, quanto de urgência e emergência; como também o acesso regulado

para consultas e exames da população recifense nos serviços sob gestão estadual<sup>31</sup>.

Por fim, pode-se dizer que embora na implementação da regulação assistencial, a SMS do Recife tenha buscado operacionalizar a estratificação de risco pela central de consultas e exames, como também ajustar à programação assistencial às demandas da atenção básica, de forma geral observaram-se grandes dificuldades para implementar a equidade. Esta neste estudo concebida a partir da perspectiva discutida por Sen (2001, 2002) e Walser (2003), ou seja, por meio de uma distribuição de ações e serviços em proporção às necessidades dos usuários. O processo careceu de decisão política dos gestores públicos municipais para subordinar os interesses privados à regulação pública. Foram insuficientes os investimentos nos mecanismos de governabilidade e capacidade de governo da SMS do Recife, tanto para atuar sobre a oferta, quanto para ter controle sobre os prestadores públicos e privados. Houve baixo investimento no processo de trabalho nas unidades de saúde, no sentido de uma melhor captação das necessidades dos usuários, além das dificuldades em efetivar a avaliação dos serviços de saúde e pactuar o acesso da população recifense a serviços sob gestão de outra esfera de governo.

#### **4.3 Contratualização em saúde: um retorno ao dilema dos interesses público-privados e público-públicos e os desafios à equidade**

Nesse item a apresentação dos resultados e discussão foi estruturada em três blocos de questões complementares entre si: a composição público-privada na rede assistencial do Recife, o processo de desenvolvimento da contratualização na rede

---

<sup>31</sup> Questões que permearam os planos municipais 2002-2005 e 2006-2009 e a pauta da 6ª Conferência Municipal de Saúde



própria e complementar sob gestão municipal e a contratualização entre esferas de governo. A análise foi substanciada pelos conceitos de fundo público, rede, redes de atenção e controle público.

#### 4.3.1 A composição público-privada na rede assistencial do Recife

Na cidade do Recife, a presença do setor privado pode ser observada pela análise da composição público-privada na rede assistencial sob gestão do município. Os dados apontam para o predomínio do público estatal na atenção ambulatorial básica e do público privado na atenção hospitalar, o qual concentra o maior volume de repasses financeiros.

Esse padrão se reproduz na atenção de média complexidade, em 2008 a SMS do Recife respondia pela gestão de 34,6% dos procedimentos realizados em unidades situadas em seu território, através de uma rede de serviços próprios (estatais) e complementares ao SUS (privados com ou sem fins lucrativos). Conforme se pode observar na tabela 3, a rede própria realizava a maior produção ambulatorial – pela ampliação da cobertura das equipes de saúde da família que saiu de um patamar de 6% de cobertura em 2000 para 52% em 2008 (S I A-SUS) – e a rede complementar cobria a produção hospitalar, seguindo a tendência nacional já apontada por outros estudos (BAHIA, 2008; CAMPOS, 2008; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Os dados obtidos a partir do CNES e do S I A-SUS são valiosos para a discussão que segue. Em relação à rede de média complexidade sob gestão municipal, verifica-se que ela é composta de 54 serviços públicos estatais (01 unidade de apoio diagnóstico, 01 hospital, 03 maternidades e 49 unidades ambulatoriais de média complexidade) e 40 estabelecimentos de saúde do

componente privado complementar ao SUS (21 unidades de apoio diagnóstico, 13 clínicas especializadas e 06 hospitais).

Contudo, é relevante destacar que ao se especificar procedimentos de apoio diagnóstico, no SIA-SUS, nos anos de 2006, 2007, 2008, que embora a rede própria concentre em torno de 59% do total de procedimentos produzidos a cada ano, a rede complementar captura o maior percentual dos recursos pagos (em milhões de reais). Ela realizou procedimentos de custos mais elevados, nos anos de 2006, 2007 e 2008, concentrando um percentual de recursos em torno de 81,4 %; 81,6% e 81%, respectivamente.

No tocante à distribuição de leitos hospitalares (Tabela 4), em 2008 a gestão municipal foi responsável por 1.821 leitos; desses, 85% encontravam-se na rede complementar ao SUS-Recife, constituindo os 1.049 psiquiátricos (equivaliam a 58% do total de leitos municipais) e mais os 437 clínicos e cirúrgicos. Esses dados demonstram, inequivocamente, de um lado, a persistência da assistência mental de natureza hospitalar – malgrado as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental – e atestam o destacado papel da rede filantrópica para assegurar a expansão dos leitos clínicos e cirúrgicos.

Nesse cenário, é importante salientar que, no período de 2001-2008, a SMS do Recife manteve os mesmos prestadores da rede complementar, que haviam sido repassados ao município em gestões anteriores, sem alteração dos serviços prestados, conforme demonstra o relato a seguir:

Tudo que a gente tem de prestador da estrutura privada, foi herdada do nível estadual. Então, a gente conservou o padrão da prestação de serviços que o nível estadual tinha. [...] Os serviços complementares são antigos, têm uma determinada infra-estrutura e que para se adequar ao que a gente quer, realmente leva tempo. Não mexemos nessa estrutura (Entrevistado 6).

**Tabela 3. Percentual da produção ambulatorial e hospitalar (valor aprovado) segundo tipo de prestador. Rede SUS-Recife, 2001-2008.**

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Produção ambulatorial</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
Rede própria	61,7	53,56	54,01	56,01	56,06	56,7	60,01	57,84
Rede complementar	38,3	46,44	45,99	43,99	43,94	43,3	39,99	42,16
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Produção hospitalar</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
Rede própria	11,57	14,49	16,69	22,79	24,95	25,45	25,05	22,01
Rede complementar	88,,43	85,51	83,31	77,21	75,05	74,55	74,95	77,99
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100

FONTES: S I A e SIH/SUS/MS

**Tabela 4 - Distribuição percentual dos leitos sob gestão municipal por especialidade médica e segundo tipo de prestador. Recife, 2008**

Especialidade	Leitos							
	Público	%	Filant	%	Privado	%	Total	%
Cirúrgicos	10	3,8	232	87,9	22	8,3	264	100,00
Clínicos	22	10,7	180	87,8	3	1,5	205	100,00
Obstétricos	112	100,0	0	0	0	-	112	100,00
Pediátricos	131	70,8	54	29,2	0	0	185	100,00
Psiquiátricos	6	0,6	0	0	1049	99,4	1055	100,00
<b>Total</b>	<b>281</b>		<b>466</b>		<b>1074</b>		<b>1821</b>	

Fonte: CNES/MS

E como ressaltado, por parcela dos gestores entrevistados, a manutenção do modelo de organização já existente, de concentração de leitos em algumas especialidades não foi determinada pelas necessidades assistenciais dos usuários. A SMS não reuniu as condições políticas e técnicas necessárias para provocar mudanças na produção de serviços e adequar efetivamente a compra às necessidades assistenciais da população. Assim, entende-se que houve um distanciamento da perspectiva, anunciada pela maioria dos gestores entrevistados, de promoção do acesso com equidade, no sentido do atendimento à diversidade de necessidades assistenciais dos usuários.

No que diz respeito ao volume de internações no Recife, observa-se, também, um crescimento da rede pública estatal municipal, que em 2001 era responsável por apenas 19,07% das internações, em 2008 passa a 33,99%, aumento esse que se dá maiormente, à custa de leitos obstétricos e pediátricos. Mesmo com esse crescimento, o conjunto da rede complementar ficou com 76,55% do total de recursos pagos das internações na rede SUS (Tabela 5).

No período analisado, o percentual de recursos acima referido apresenta a seguinte distribuição: cai o número de internações no privado lucrativo SUS que oscila de 41,42% para 26,17%; já os recursos pagos variam de 59,78% para 42,74%. Em relação ao número de internações em estabelecimentos filantrópicos, não houve praticamente alteração (39,52% para 39,84%), observa-se um discreto aumento de 29,38% para 33,81% nos valores pagos (Tabela 5).

**Tabela 5. Comparativo entre quantidade e valor total das Internações hospitalares no SUS, segundo a Natureza do prestador. Recife 2001 e 2008**

Natureza	Número de internações hospitalares				Valores pagos (milhões de reais)			
	2001		2008		2001		2008	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Rede própria municipal	11.930,00	19,07	17.815,00	33,99	2.883.130,58	10,84	7.371.667,52	23,45
Privado/SUS/Recife	25.912,00	41,42	13.719,00	26,17	15.902.755,64	59,78	13.434.662,55	42,74
Filantrópico /SUS/Recife	24.724,00	39,52	20.879,00	39,84	7.817.189,73	29,38	10.625.947,37	33,81
Total	62.566,00	100,00	52.413,00	100,00	26.603.075,95	100,00	31.432.277,44	100,00

FONTE:SIH-SUSMS

A situação acima apontada caracteriza-se como uma tendência nacional com rebatimento para o plano dos municípios e que se consolidou após a implantação do

SUS, conforme analisa Bahia (2008). Em âmbito nacional houve crescimento do prestador público estatal e do filantrópico e retração do privado lucrativo na rede SUS. Em 1987, esse era responsável por 80% das internações no país; em 2007, o percentual passou a 57%.

Em seu estudo, Farias et al. (2009), analisam que nos últimos anos há uma recomposição do setor privado no SUS, com ampliação do subcomponente filantrópico. Em 2006, por exemplo, do total de 11.338.039 internações ocorridas, o privado filantrópico foi responsável pela realização de 56,6%, capturando um montante de R\$ 6.998.043.548,10, ou seja, algo em torno de 60,4% dos gastos com internações. Além disso, os autores ressaltam que essas unidades vêm sendo duplamente favorecidas através do aumento do valor médio das internações e dos benefícios fiscais.

Para Bahia (2009) tem-se um leque de políticas públicas de suporte ao privado; um exemplo ressaltado pela autora é iniciativa do Ministério da Saúde de retirar condicionalidades à concessão do certificado de filantropia a alguns hospitais de ponta, desobrigando-os do cumprimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS, ao mesmo tempo em que se mantêm seus benefícios fiscais.

De forma geral, o setor complementar vem controlando a produção de procedimentos de alto custo no SUS. Em 2007 ele absorveu 94,49% dos procedimentos hemodiálise, 85,99% de radioterapia, 76,45% de medicina nuclear 72,34% de quimioterapia, dentre outros. Além da substituição dos leitos hospitalares tradicionais por unidades de terapia intensiva (BAHIA, 2008, 2009).

No tocante à relação do gestor público municipal com o prestador privado, os relatos a seguir são indicativos de como, no Recife, a política de saúde ainda, na relação institucional com o setor complementar, preserva resquícios dos moldes de contratação de serviços conduzidos pelo antigo INAMPS.

[...] com os privados a gente não tem processo de compra formal com contratos. Não existe contrato assinado. [...] Recebemos esses serviços da gestão estadual (Entrevistado 8).

Pela própria cultura de como essas empresas, as que estão atualmente, foram incorporadas a nossa rede, antes dessa gestão. Isso é um dificultador, mas, que a gente tem que dar uma superada nisso, pois a formalização desses contratos é imprescindível, né? (Entrevistado 06).

[...] O que eu sinto muito ainda é que a gente é refém dos serviços, apesar da gente, às vezes, indicar uma necessidade maior em uma área (especialidade), que a rede básica vem indicando, se o serviço não tem para oferecer, você termina ficando de mãos amarradas. [...] são prestadores antigos... (Entrevistado 5).

A esse respeito, Oliveira e Teixeira (1986) e Santos e Merhy (2006) consideram que a conformação da rede assistencial no sistema de saúde brasileiro, principalmente a partir do INAMPS, se deu por meio do privilegiamento do prestador privado e com mecanismos de credenciamento, adotando critérios pouco claros, fortemente influenciados por interesses políticos e econômicos. E que mesmo com o SUS essa lógica, por vezes, se reproduz.

Mesmo o Recife não tendo potencializado a regulação para o redirecionamento da relação público-privada, no período em estudo, alguns gestores entrevistados ressaltaram a estruturação da regulação no município como oportunidade, tanto de aumentar a capacidade de organização da rede própria, quanto de produzir mudanças no relacionamento com o setor privado. Há um entendimento da regulação como ferramenta que pode contribuir no processo de ruptura com uma visão do público como mera extensão do privado, conforme enfatizam os depoimentos a seguir:

A gente tentou fazer várias vezes, mas agora em 2009 estamos buscando identificar os perfis de cada unidade pública estatal, descobrir qual a função real daquela unidade, o que ela tem pra oferecer para a rede, que investimentos são necessários para melhorar a atenção prestada. E aí definir de fato, com base numa análise da capacidade da rede pública, definir o que comprar da rede complementar e a quem comprar para atendimento às necessidades assistenciais (Entrevistado 7).

[...] Mas, estamos buscando inverter essa lógica, não é quem vai oferecer o serviço que vai determinar o que se quer. [...] pensamos em instrumentos reguladores para que a gente possa modificar essa situação, pra mim isso é função de volta. É desprivatizar o Estado (Entrevistado 9).

No entanto, como ressalta Labra (1993), o desafio está em submeter os interesses do setor privado à regulação pública. As várias instâncias organizativas do setor indicam que esse não é um bloco homogêneo de interesses. Pelo contrário, em seus meandros presenciam-se múltiplos e diversos conflitos. E é exatamente essa dimensão política que envolve a regulação pública, que tem demandado dos

gestores projeto, capacidade de governo e governabilidade para direcionar o uso do fundo público em recursos assistenciais voltados para as necessidades dos usuários. Embora nesse processo, seja preciso avaliar inclusive a própria autonomia do regulador perante os grupos de interesses e o contexto institucional, como adverte Fianni (2001).

Bahia (2005), por sua vez, destaca outro aspecto relevante que pode dificultar a ampliação de poder no processo da regulação. Para a autora, no Brasil, a regulação das interfaces entre o público e privado não adquiriu o estatuto de tema da agenda de debates, capaz de dar visibilidade às articulações e contraposições entre as políticas voltadas a maximizar a equidade e aquelas voltadas à viabilização dos processos de acumulação de bens e serviços privados de saúde.

Os achados da presente pesquisa demonstram que o município, a partir do segundo governo petista (2005-2008), buscou investir na estruturação da regulação, embora não tenha conseguido alterar efetivamente as práticas de “adequação” da demanda à oferta da rede complementar. Nesse sentido, conclui-se que a SMS do Recife apresentou limites técnicos e políticos no enfrentamento dos interesses da rede complementar ao SUS no Recife. O setor privado continuou capturando parte considerável do volume de recursos públicos, sem a correspondente adequação às necessidades assistenciais da população recifense, ou seja, esse cenário distancia o sistema de saúde do Recife da perspectiva de equidade na atenção prestada.

#### 4.3.2 O processo de contratualização dos serviços de saúde sob gestão municipal

A adoção de uma determinada concepção de contratualização na área da saúde no país tem sido influenciada por vários agentes institucionais nacionais e internacionais. Para a Organização Mundial de Saúde/OMS a contratualização é um instrumento que pode contribuir para a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços e para uma distribuição desses recursos, contemplando prioridades assistenciais voltadas para os usuários. Por esse instrumento, a prestação dos serviços de saúde é formalizada mediante um contrato entre gestores e prestadores (OMS, 2003). Para o Ministério da Saúde (BRASIL,

2006a) a contratualização seria uma ferramenta de regulação e avaliação de resultados na prestação de serviços.

Além de instrumento de mediação da relação público-privada em saúde, a contratualização pode contribuir, ainda, para formalizar possíveis negociações entre entes públicos<sup>32</sup>, tais como: entre autoridades governamentais e prestadores públicos pertencentes à mesma esfera governamental; ou entre autoridades governamentais de uma esfera de governo e prestadores públicos de outra esfera governamental (ENGLAND, 2002).

Particularmente, no projeto de Regulação do Sistema de Saúde do município do Recife, a contratualização é definida como possibilidade de garantia de acesso com qualidade, maior controle sobre os gastos, melhor avaliação da prestação da assistência, regulação dos serviços (RECIFE, 2006b).

Entretanto, a implementação desse processo se restringiu aos limites impostos pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde de Saúde (SUS), Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), conforme expressa o depoimento a seguir:

A prioridade da compra na rede complementar são os filantrópicos e todo o movimento nacional foi voltado para os filantrópicos. Então os filantrópicos são objeto de contratualização para nós. Contratualizamos com os que já mantinham relação conosco, conforme orienta a política nacional. [...] eles têm um incentivo de adesão pela concontratualização/IAC (Entrevistado 06).

Os incentivos públicos para os privados filantrópicos estão presentes no sistema de Saúde brasileiro desde os anos 80 do século XX, quando ocorreu a chamada crise financeira decorrente das fraudes no sistema da previdência social, quando se deu um redirecionamento do privado/contratado para filantrópico, sobretudo a partir da Portaria 3.046 de 1982 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Entretanto, conforme ressalta Bahia (2008), foi a partir dos anos 90 que se consolidou o investimento financeiro ao setor filantrópico através de várias modalidades, tais como: flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação de

---

32 Para os casos em que unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, Portaria nº 699 – diretrizes operacionais do pacto, tem-se um instrumento de contratualização, intitulado Termo de Cooperação entre Entes Públicos, para formalizar a relação entre gestores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).



leitos para atendimento universal, a qual condiciona a concessão do certificado de filantropia; abertura de linha de crédito; aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores.

O processo de contratualização desenvolvido pela SMS do Recife apresentou alguns desdobramentos que serão assinalados a seguir. Concentrou-se em unidades isoladas, e numa tendência distinta da que vem sendo proposta pela literatura, distanciou-se da perspectiva de redes de atenção estruturada a partir da atenção básica. Mendes (2009, p. 140) conceitua redes como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e coordenada pela atenção primária.

Lima (2009), Perrot (2004) e Mendes (2002) consideram que um processo de contratualização restrito a algumas unidades, não dará impacto no desempenho do sistema de saúde, contrariando um dos pressupostos da própria contratualização. Além de que essa forma de condução da contratualização pode ampliar a desorganização do sistema de saúde e aumentar ainda mais a fragmentação e o isolamento entre os prestadores.

Nesse sentido, a intenção mencionada pela SMS do Recife de contratualizar toda a rede de serviços sob gestão municipal, na verdade não se concretizou. Até 2008, o processo de contratualização incluiu apenas 04 hospitais filantrópicos, que correspondem a 10% do total de unidades privadas sob gestão municipal. É importante ressaltar o fato de não ter sido incluído nesse processo nenhum dos 35 estabelecimentos privados, que permaneceram com os chamados acordos tácitos, ou seja, desprovidos de amparo legal-formal, como também, nenhuma unidade própria do sistema municipal.

Mas, ainda que tenha se configurado um processo de contratualização restrito, é inegável a ampliação do poder dos gestores no direcionamento da compra de serviços de saúde de acordo com as necessidades assistenciais apresentadas pelo município, como se pode perceber nos relatos que seguem:

Com a contratualização a pressão da gente é maior. A gente dá o incentivo e por ele a gente já tem a própria possibilidade de negociar melhor. Porque está na mão da gestão dizer o que quer e até pra construir melhor mesmo a avaliação (entrevistado 12).

[...] No trauma a gente sabia que precisava ter uma ação que nos desse mais acesso à ortopedia e traumatologia, que é um grande problema para nós. [...] Com a contratualização fizemos bem direitinho, fizemos uma coisa bem enxuta, bem organizada, abrimos um trauma de emergência, com cirurgia, estabelecendo processo, para poder não só desafogar, para puxar um pouquinho a demanda da Policlínica Campina do Barreto. Quer dizer, já em uma lógica de planejamento, de organização para ampliar acesso (Entrevistado 10).

A essa altura, interessaria desvendar as razões pelas quais na SMS do Recife as relações com o setor privado, sejam os filantrópicos ou os lucrativos, e com os públicos estatais, tomaram os rumos acima referidos. O que aparentemente poderia se configurar como uma decorrência de razões distintas – contratualizar com os filantrópicos e não fazê-lo com os privados lucrativos, nem com os públicos estatais - talvez não resista a uma análise mais pormenorizada do material obtido a partir das falas. Em relação a não contratualização com os privados lucrativos, os depoimentos de alguns entrevistados apontam para as pressões de interesses, as quais têm permeado os processos públicos de licitação. De outro modo, poder-se-ia inferir que os incentivos financeiros à contratualização teriam ficado restritos aos serviços filantrópicos pela natureza do repasse do Ministério da Saúde ao município; por outro lado, contratualizar com a rede pública estatal teria sido um específico propósito apenas restrito à Diretoria de Regulação, propósito esse que não se traduziu enquanto compromisso mais geral de governo.

Nesse ponto, se impõe inquirir em profundidade a respeito das razões do dirigente, aquelas que no plano das decisões o teriam levado a tomar uma opção e não outra, quer dizer, privilegiar os privados lucrativos ao não introduzir os instrumentos públicos de licitação, mantendo os antigos acordos tácitos; beneficiar os filantrópicos ao assegurar para os mesmos incentivos financeiros pela adesão à contratualização e não fomentar os públicos estatais, mantendo-os por fora dos processos de partilha dos incentivos. Atente-se ao conteúdo das falas dos entrevistados:

[...] Temos problemas com o processo de licitação, já houve duas tentativas, mas não conseguimos. A primeira foi no início de 2001, foi com os serviços de patologia e não avançou, não tivemos êxito. Agora, em 2008, a gente tentou oftalmologia e também empancou (Entrevistado 09).

[...] Tem prestador que nos presta serviço há vinte anos. Você vai abrir um processo licitatório... [...] Não conseguimos concluir, primeiro foram alguns

processos jurídicos, a gente pediu parecer jurídico, pediu ao Ministério da Saúde... e aí a gente não conseguiu cumprir no prazo que a gente estabeleceu (Entrevistado 07).

A rede própria ainda não é contratualizada, a gente não tem nenhum processo de estimular os serviços próprios com alguma contrapartida. A não ser a velha produtividade [...] Na rede complementar se tem o próprio incentivo da contratualização e teoricamente temos algum poder de definir aquilo que queremos comprar. Na rede própria precisa de uma decisão da gestão maior. [...] A negociação com a rede própria mexe diretamente com o fazer profissional e isso demanda envolvimento de toda gestão, decisão de governo como um todo e não apenas da diretoria de regulação, inclusive isso vai além do dinheiro, envolve o modelo de atenção e de gestão (entrevistado 12).

Conforme analisa Solla (2006, p.340), a maioria absoluta dos estados e municípios contrata serviços privados sem cumprir a legislação vigente, não realiza efetivamente procedimentos licitatórios e não formaliza contratos com os prestadores, configurando a sua contratação como um favor dos governantes e, assim, podendo receber retribuições desses contratados por este “privilégio”.

Outro aspecto que foi distinguido no presente estudo refere-se à relação entre contratualização e controle público, considerando que a abordagem da contratualização na administração pública se sustenta no argumento de que o aumento da responsabilização da administração será mais bem sucedido, caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle (ABRÚCIO, 2006; ARAÚJO, 2010; CLAD, 2000; MARTINS, 2007). Nesse sentido, esses são vistos como essenciais sobre as unidades contratualizadas para o alcance das metas físicas e de qualidade, incluindo também atividades de avaliação dos serviços com o usuário.

Embora tenham sido implantados novos mecanismos de controle interno, como auditoria e ouvidoria (RECIFE, 2008), os dados analisados das entrevistas apontam que as atividades de controle e avaliação sobre as unidades contratualizadas não avançaram para além das metas físicas, portanto, do controle que se reduz ao contábil. As metas de qualidade, expressas no plano operativo anual de cada unidade contratualizada, tornaram-se, nesse contexto, instrumentos burocráticos que não subsidiaram inclusive a decisão sobre a liberação dos recursos, conforme destacam os gestores entrevistados:

[...] Nas unidades contratualizadas o acompanhamento que o Ministério faz é só do percentual de alcance das metas físicas. E nós também ficamos no controle sobre o que é produzido, nas faturas. Controle de metas físicas, mas realmente avaliar metas de qualidade, elas não são avaliadas não (Entrevistado 14).

Continuamos sem avaliar a maior parte dos serviços. [...] Acho que a gente ainda está um pouco acanhada na avaliação, a gente não teve perna de avaliar as metas de qualidade. Então, até hoje, as unidades contratualizadas recebem integralmente, porque como a gente não pode avaliar, então não pode reduzir. [...] a gente não colocou metas muito difíceis não, porque estava iniciando, mas mesmo assim não tivemos perna para estar acompanhando as metas. Desta forma, eles recebem integral (Entrevistado 15).

Conforme consideram Inojosa (1996) e Solla (2010), o foco do controle e avaliação no aspecto contábil decorre de um processo de descentralização no qual foram repassadas do INAMPS para estados e municípios as atribuições de controle e avaliação. Todavia, também foram incorporadas as tecnologias e as práticas da cultura inampsiana. Essa, por sua vez, centrada no controle de faturas e sem processo sistemático de avaliação.

Além disso, no caso do Recife, a influência política das organizações de interesse do empresariado médico se traduz na permanência de algumas práticas clientelistas, que têm rebatimentos nas atividades regulatórias de controle e avaliação, como revelados no relato a seguir:

[...] A gente com a contratualização pode virar o jogo. Agora, pela nossa cultura política é um exercício grande. [...] Se o prestador chegar para o gestor maior, não digo nem o secretário, mas para o prefeito e disser: “olhe, a regulação cortou 3 mil reais meus e eu quero que esse dinheiro de volta!”... sabe? Tem dessas questões... (Entrevistado 9).

Quanto à atuação de mecanismos de controle externos, como as instâncias de controle social, que têm a finalidade de exercer o controle sobre o Estado, os achados sinalizam para o não acompanhamento das unidades contratualizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, as atividades de controle se restringiram ao âmbito dos “anéis burocráticos” (CARDOSO, 1973), sem a participação da sociedade civil organizada:

[...] A gente faz o controle das unidades com os técnicos da gerência de controle, num primeiro momento e depois discutimos na diretoria de regulação. Mas, se a comissão estivesse atuante era para ser apresentada a situação de cada unidade e aí a comissão definiria o que seria o teto a ser pago, integral ou com cortes (entrevistado 11).

A gente assegurou a participação na comissão de acompanhamento do representante do usuário e foi onde a gente teve mais dificuldade de se reunir, deles participarem. A comissão não tem funcionado (entrevistado 13).

Assim, a partir de uma leitura gramsciana, poder-se-ia dizer ainda que os grupos subalternos têm participado da gestão em saúde sem alterar e/ou confrontar, significativamente, a lógica que permeia a política e o sistema de saúde no Recife. Esses achados foram também encontrados em alguns estudos, realizados em âmbito estadual e nacional (ALBUQUERQUE, 2000; STOTZ, 2006; CORREA, 2007). Para os autores, apesar dos avanços conquistados com o SUS, ainda é incipiente a influência dos Conselhos de Saúde no direcionamento da política de saúde no Brasil.

E no que diz respeito especificamente às atividades de regulação da saúde, tanto do setor público, quanto do privado, Stotz (2006, p.153) avalia que essas vêm se desenvolvendo à margem das instâncias de controle social. Têm ocupado a pauta de discussão das comissões intergestores tripartite e bipartite, principal esfera decisória do SUS na atualidade, ao mesmo tempo em que têm se distanciado da esfera de atuação dos conselhos.

Dessa forma, entende-se que a SMS do Recife restringiu a contratualização a unidades filantrópicas, permanecendo a maior parte da compra de serviços a ser definida pela oferta; não atuou na direção de fortalecer os serviços próprios e na formação de redes de atenção. Além disso, os estabelecimentos privados sob gestão municipal, contratualizados ou não, desenvolveram suas atividades sem os efetivos mecanismos mútuos de controle, imprescindíveis ao uso adequado dos recursos que são públicos. Foi preservado o processo de privatização do sistema de saúde, ou seja, a SMS do Recife não se opôs aos interesses particulares, omitindo-se, da função que lhe cabe, de esfera pública, no sentido de fortalecer o terreno do que pertence a todos, do que está acima do privado. Assim, a contratualização desenvolvida pela SMS do Recife não contribuiu para uma atenção à saúde integral e equânime. Face ao exposto, concorda-se com Matos e Pompeu (2003) que no SUS boa parte das relações com os serviços privados de saúde ainda está longe de caminhar no sentido gerencial, pós-patrimonialista e pós-burocrático.

#### 4.3.3 A difícil contratualização entre esferas de governo na cidade do Recife

O desafio da formação de redes de atenção à saúde (MENDES, 2009) tem instigado o debate da contratualização entre entes públicos nos últimos anos no SUS, já que nenhum município será auto-suficiente em recursos assistenciais para ofertar uma atenção integral em saúde. No entanto, como salienta Nascimento (2007) as várias normas, em especial a NOB/96 e a NOAS/2002 (BRASIL, 1996; 2002), destinadas a regulamentar o sistema de saúde e a formação de redes assistenciais foram desprovidas dos mecanismos necessários à negociação e pactuação de compromisso entre os entes federados para viabilizar a constituição de tais redes.

Mesmo o Pacto pela Vida – documento que rege a política nacional de saúde desde 2006, Portaria MS nº399 (BRASIL, 2006a) – ao propor um processo de contratualização entre os gestores federal, estaduais e municipais, o faz sob a inspiração de abordagens contratualistas (ARAÚJO, 2010; ENGLAND, 2002; MARTINS, 2007; PEREIRA, 2006) nas quais, a contratualização na administração pública é vista como um processo de ajuste de condições específicas no relacionamento entre órgãos e entidades públicas e/ou privadas, quando se estabelecem as condições para a responsabilização dos gestores públicos por meio de dispositivos que incluem, necessariamente, metas, meios, controles e incentivos.

O Pacto pela Vida propõe a pactuação de metas e redefinição de responsabilidade coletiva, compartilhadas entre gestores a partir das necessidades de saúde da população, em que a descentralização do sistema possa ocorrer por meio da solidariedade, cooperação e autonomia entre os entes (BRASIL, 2006a).

Todavia, os achados do presente estudo demonstram que a abordagem contratualista adotada pelo pacto pela vida não permeou as relações intergovernamentais entre a SMS do Recife e a SES de Pernambuco. Mesmo em “tempos de pacto” (a partir de 2006), conforme ressalta a maioria dos entrevistados, as relações intergovernamentais não foram mediadas por posturas de solidariedade, cooperação e autonomia entre os entes. A tendência de continuidade da concentração dos recursos assistenciais e do processo decisório na gestão estadual de saúde tornou explícita, para os gestores municipais entrevistados, a fragilidade

do pacto no estado (até dezembro haviam aderido ao pacto apenas seis municípios)<sup>33</sup>, como ressaltam os relatos a seguir:

[...] Sempre tivemos uma lógica estadual muito concentradora, muito poderosa em concentração de recursos, poderosa em manter um conjunto de municípios submissos a um processo central. [...] Não se percebe ainda hoje no estado uma preocupação com rede, mas com a implantação de serviços. [...] Grande parte da rede estadual está no território do Recife e não temos nenhum acesso regulado para a população do Recife (entrevistado 7).

No estado de Pernambuco (até final de 2008) tinham aderido ao pacto apenas 06 municípios. Essa foi uma opção política dos municípios, de não assinarem esse pacto, porque nós dizíamos que não iríamos assinar um pacto que colocava toda a responsabilidade no município, sem vermos onde entrava o papel do governo do estado de Pernambuco, principalmente no que diz respeito ao financiamento, à discussão da PPI, a modelo de gestão. [...] Porque pacto é como casamento, você tem que combinar direito. Você senta, negocia, combina... Não pode ser um pacto onde um estabelece os indicadores, as metas que o outro vai ter que cumprir sem dizer como, no caso dos municípios, se iria fazer. A gente resolveu não seguir em frente com isso, por isso Recife não assinou também (Entrevistado 14).

O pacto hoje não pode estar descolado da discussão, por exemplo, da emergência do sistema metropolitano que a gente quer discutir e está com dificuldade de viabilizar essa discussão com o governo do estado. Ele não pode estar descolado da regionalização como estratégia de promoção de equidade e integralidade no sistema de saúde (Entrevistado 12).

No tocante à articulação do pacto com os processos de regionalização, autores, como Andrade e Santos (2008), avaliam que o Pacto pela Saúde não está composto por elementos capazes de transformar a regionalização hoje existente em uma rede de serviços de saúde que integre todos os entes federados de uma dada região.

Por sua vez, a adesão ao Pacto, por parte da SES de Pernambuco, não provocou mudanças na gerência e na gestão das 12 maiores unidades hospitalares públicas do estado (média e alta complexidade), situadas no território do Recife (Quadro 3), classificadas pelo CNES como de dupla gestão, porém, de fato, sob a efetiva gestão do Estado.

---

<sup>33</sup> Em dezembro de 2010 esse número correspondia a 93 municípios com adesão ao Pacto (50,2%), no entanto, na Região Metropolitana (que concentra o maior número de estabelecimentos de saúde), apenas 06 municípios assinaram o pacto (3,2%), segundo dados da Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010)

Nome da Unidade	Ente com gerência sobre		
	Tipo de gestao	a Unidade	Fundo para o repasse dos recursos
CISAM	dupla	Estado	FES
Hospital Agamenon Magalhães	dupla	Estado	FES
Hospital Barão de Lucena	dupla	Estado	FES
Hospital Correia Picanço	dupla	Estado	FES
Hospital da Restauração	dupla	Estado	FES
Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco	dupla	Estado	FES
Hospital Geral de Areias	dupla	Estado	FES
Hospital Getúlio Vargas	dupla	Estado	FES
Hospital Oswaldo Cruz	dupla	Estado	FES
Hospital Otávio de Freitas	dupla	Estado	FES
Hospital Ulisses Pernambucano da Tamarineira	dupla	Estado	FES
PROCAPE	dupla	Estado	FES

**Quadro 3 - Unidades hospitalares situadas na cidade do Recife (com gestao dupla) e com recursos financeiros repassados ao Fundo Estadual de Saúde/FES. Recife, 2008.**

Fonte: FISEPE/PE ; CNES

Nesse cenário, a gestão municipal consentiu, e até se submeteu, ao repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde/FNS para o Fundo estadual/FES, mesmo não tendo assinado o instrumento previsto no pacto, intitulado “termo de cooperação entre entes públicos”. A priori, a liberação de recursos deveria ser acompanhada da definição do papel de cada unidade no sistema municipal e loco-regional, bem como definido o perfil dos serviços a serem ofertados pelas metas físicas e qualitativas e os mecanismos de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2010).

Para alguns dos gestores municipais entrevistados, a liberação dos recursos sem processo de contratualização deve-se ao baixo investimento da SMS do Recife na capacidade de governo, sobretudo na ampliação e qualificação das atividades de controle e avaliação e na governabilidade para negociar com os interesses em disputa pela gestão de tais unidades.

Para Solla (2006), a ausência de gestão mais solidária do sistema, com a devida corresponsabilização entre as esferas de governo tem sido um dos problemas mais frequentes no SUS. Para o autor, de forma geral, a competição é mais intensa que a cooperação entre os gestores, além de que em vários estados, o processo de municipalização tem se dado de forma “solitária” sem a devida



cooperação técnica e financeira dos estados, ou ocorre de forma “incompleta”, com o Estado mantendo sob sua gestão uma parte da rede de serviços. No caso de Pernambuco, observa-se que essa parte da rede equivale aos estabelecimentos que realizam 66% e 100% dos procedimentos de média e de alta complexidade, respectivamente.

Tomando como referência a tipologia de rede definida por Inojosa (1999), pode-se dizer que os achados do presente estudo indicam que a relação entre a gestão municipal de saúde do Recife e o gestor estadual tem se configurado num tipo de rede subordinada, formada de entes que são parte de um sistema com interdependência de objetivos, mas com o poder concentrado num dos entes (gestor estadual). Nesse sentido, concorda-se com Andrade e Santos (2008: 30), que tanto os estados quanto a União “ainda sentem e agem como entes com maior poder decisório”.

No estado de Pernambuco mantém-se o perfil de relações intergovernamentais nos moldes descritos por Viana, Lima e Oliveira (2002), caracterizado por incessantes conflitos e embates sobre recursos, fragmentação institucional, centralização excessiva, frágil capacidade reguladora. Uma evidência dessa situação no Recife é o fato do município abrigar em seu território o conjunto mais significativo das unidades públicas de média e alta complexidade do estado, ainda sob a gestão estadual e sem que a SMS disponha de poder (político e administrativo) para assegurar à população recifense o acesso regulado a essa rede hospitalar.

Nesse contexto, surge como imperativo epistêmico a necessidade de buscar a concepção de contratualização que tem norteado a esfera estadual de saúde em Pernambuco. Como explicitado no marco teórico deste trabalho, os processos de contratualização na administração pública brasileira, conforme salienta Ribeiro (2001), apresentam uma forte inspiração na teoria da Agência<sup>34</sup>. Nela, o Estado (principal) contrata um terceiro (agente) para realizar uma tarefa de relevância pública em seu nome. Em Pernambuco, no setor saúde, isso vem ocorrendo pela

---

<sup>34</sup> Sobre o tema ver: PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agente x principal*. in PEREIRA, B. L. C; SPINK, P. K (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Ed. FGV, RJ, 1998; SATO, F. R. L.. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 2007.

concentração da compra de serviços pela gestão estadual, como também pelo uso de contrato de gestão que concede ao setor privado a gerência dos serviços construídos e equipados com recursos públicos, pelas chamadas Organizações Sociais/OS<sup>35</sup>.

Tanto que em entrevista recente concedida à Folha de S. Paulo (2010), o governador do estado de Pernambuco (Eduardo Campos) fala de “pacto pela saúde pública” e defende a contratualização com o setor privado para aumentar a oferta de consultas, exames e leitos. Enaltece o crescimento de leitos sob gestão estadual (3.844 leitos em 2007 e 5.000 em 2010), como decorrência da compra de leitos na rede privada, da construção de novos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento/UPA, todos sob gestão estadual (CAMPOS, 2010). No caso desses novos estabelecimentos de saúde, vale lembrar a decisão política do governo de mantê-los sob gestão terceirizada<sup>36</sup>.

Assim, o governo do estado centraliza poder e recursos, ora pela execução direta na prestação de serviços da rede pública, ora repassando serviços para o setor privado, o que configura um modelo de contratualização de claro viés privatista e liberal.

Por fim, com base no pensamento de Sen (2001, 2002) e Walser (2003) sobre equidade, enquanto forma de distribuição de ações e serviços em conformidade com as necessidades dos usuários e primando pela sua participação na definição dessas necessidades, considera-se que o processo de contratualização, conduzido pela SMS do Recife, afastou-se dessa perspectiva. Teve-se uma incipiente regulação sobre o setor privado, tanto no que diz respeito à definição da oferta a ser comprada via contratos (apenas 04 estabelecimentos filantrópicos foram contratualizados), quanto aos mecanismos de controle público. De acordo com Walser (2003), para a

---

<sup>35</sup> De acordo com Carneiro júnior e Eduardo Elias (2005), na proposta de reforma do aparelho estatal brasileiro, as organizações sociais (Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998) são consideradas um instrumento de gestão estratégica na mudança do padrão de gestão pública, com a possibilidade de se firmar um contrato de gestão entre as partes. Nesse processo, a qualificação das instituições da sociedade civil como organizações sociais tem possibilitado o repasse de equipamentos estatais, bem como o correspondente financiamento para a manutenção dos serviços.

<sup>36</sup> Essa decisão encontra-se regulamentada pela Portaria 1.034/2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), que institui o contrato de gestão, firmado entre ente público e entidade privada, qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento (gestão) e execução de serviços assistenciais à saúde.

conquista da equidade é preciso que os bens necessários (dentro desses saúde) não fiquem a mercê de algum grupo poderoso de proprietários.

Assim, este estudo corrobora com as ideias desse autor quanto ao papel do Estado e de sua responsabilidade pública em não permitir que a distribuição e alocação de bens e serviços de saúde sejam em função dos interesses do mercado, mas, a partir das necessidades da população. Entendendo-se também, como destaca Ribeiro (2005), que a equidade é de responsabilidade das três esferas de governo, na configuração de uma relação solidária entre os entes públicos na promoção do acesso aos serviços de saúde.

## 5 CONCLUSÕES

Como conclusões gerais do estudo os resultados revelam que houve uma distância entre os princípios de equidade contidos na formulação da política de saúde do Recife e sua implementação. Compreende-se que as mudanças de gestores, as influências de representantes do setor privado em saúde, a adesão dos profissionais de saúde ao projeto e os interesses conflitantes entre esferas de governo influenciaram no grau dessa implementação.

Em termos da análise das questões específicas do estudo observa-se que: no que diz respeito à inclusão de grupos sociais, pôde-se concluir que a SMS do Recife reconheceu e procurou satisfazer em sua política de saúde as necessidades de diversos grupos sociais. A alocação de recursos na assistência à saúde em áreas de concentração de pobreza, não restrita apenas à atenção básica; a implantação de uma política de saúde do trabalhador e da população negra; as mudanças no modelo de atenção aos portadores de sofrimento psíquico e a implementação de políticas voltadas para usuários de álcool e outras drogas; a abrangência das ações de atenção à saúde da mulher para além das demandas relativas à gravidez e ao parto. Essas ações constituem indicadores positivos de transformações que ocorreram na política municipal de saúde, caracterizadas pela inclusão de segmentos sociais, portadores de necessidades diversas.

Por outro lado, foram identificadas algumas limitações durante a implementação das políticas destinadas aos grupos sociais. No âmbito da atuação dos profissionais de saúde, foram insuficientes as capacitações que problematisassem as questões de gênero, raça, etnia e classe. Na organização das ações, houve predomínio do segmento assistencial em detrimento das ações de vigilância à saúde e intersetoriais. Na relação entre níveis de atenção, observaram-se apenas mecanismos de regulação de acesso a consultas e exames especializados sob gestão municipal, sem ampliação dos espaços de pactuação entre os níveis de gestão pela continuidade do cuidado em outros níveis de complexidades assistenciais.

No tocante ao processo de regulação assistencial no sentido da promoção do acesso equânime e integral aos serviços de saúde, considera-se que a implementação expressou a intenção dos gestores municipais com a melhoria do

acesso aos serviços de saúde, na formação de redes de saúde. No entanto, não se configurou, no transcorrer de seu desenvolvimento, uma prioridade de governo, apresentando fragilidades quanto à capacidade de governo e governabilidade para promover acesso com equidade e integralidade.

A SMS do Recife adotou a concepção de equidade vertical, quando pretendeu instituir outros parâmetros à programação assistencial da atenção especializada, mediante as necessidades colocadas pela atenção básica e ao estratificar risco no acesso regulado pela central de consultas e exames. Embora não tenha consolidado tais ações, face à fragilidade na estruturação e interação dos sistemas de informações e à ausência de protocolos clínicos. O acesso a outros níveis assistenciais careceu de efetiva pactuação com o governo estadual.

No que concerne ao Recife, tornou-se insustentável a premissa de que, com a regulação assistencial, poder-se-ia disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão. O município não investiu na regulação dos serviços especializados próprios, na produção do conhecimento da capacidade potencial desses serviços e na sua operacionalização. No que se refere à atenção básica, não houve qualificação sistemática do processo de trabalho, no sentido da ampliação dos níveis de resolutividade e redução da produção de uma demanda artificial por serviços especializados. Dessa forma, a possibilidade de maior acessibilidade organizacional, por meio da regulação assistencial, ficou reduzida a um processo de “adequação” da demanda à oferta da rede complementar do SUS Recife que, em alguns casos, foi definida pelos interesses próprios do setor privado, quando a regulação logrou reduzido poder de definição.

No processo parcial de contratualização desenvolvido a partir do segundo governo petista (2005-2008), a SMS do Recife dispôs de reduzido poder político para direcionar o uso dos recursos públicos de forma equânime, ou seja, de acordo com as necessidades assistenciais da população recifense pela dificuldade de submeter os interesses do setor privado à regulação pública. Tampouco privilegiou o fortalecimento dos mecanismos de controle público, indispensáveis a qualquer processo de contratualização.

A direcionalidade dada pela SMS do Recife ao processo de contratualização e a fragilidade, no estado de Pernambuco, dos arranjos organizacionais propostos pelo Pacto pela Saúde, que visa à resolução dos conflitos interfederativos,

distanciaram esse processo da formação de redes de atenção e, portanto, da perspectiva de influir na construção de um sistema equânime e integral.

Foram suficientes as evidências que o processo de contratualização na cidade do Recife manteve a tendência nacional (e histórica) de privatização do SUS, privilegiando os hospitais privados filantrópicos. A SMS, ao não acumular suficiente poder político, não alcançou consenso e governabilidade para enfrentar os interesses privados lucrativos, do que resultou o não fortalecimento da rede pública própria. De resto, deixou de cumprir pontos programáticos importantes, tais como a regulamentação dos processos licitatórios.

E por fim, concluiu-se que a SMS do Recife adotou a concepção de equidade vertical ao incluir diversos grupos sociais com necessidades distintas, porém apresenta dificuldades em atendê-las na perspectiva da equidade e da integralidade da atenção. O processo de regulação assistencial, na esfera dos municípios, dificilmente promoverá acesso com a necessária equidade e integralidade, enquanto atuar em parte dos serviços sob gestão municipal. Como também, intervir sem a formação de redes de atenção regionais, de pactos efetivos entre entes públicos, e não subordinar os interesses privados que perpassam o sistema de saúde às necessidades assistenciais da população. Os propósitos de governo no processo de contratualização não estiveram voltados para a mudança, mas sim, para a continuidade da situação pré-existente, atuaram no sentido da manutenção do *status quo* pela persistência de interesses privados operando à margem da regulação pública.

A complexidade da problemática que envolve o tema indica a importância de novas investigações que possam envolver não somente o ponto de vista de gestores, mas também dos usuários e/ou grupos sociais e profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 173-200.

AGLIETTA, M. **Regulación y crisis del capitalismo**. México, DF: Siglo Veintiuno, 1979.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Consolidando a gestão participativa e o controle social na cidade do Recife, 2001-2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 48-51.

ALBUQUERQUE, M. S. V. **Comunicação e passivização**: um estudo sobre a participação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde na gestão da política de saúde no Estado de Pernambuco. 2000. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

ALMEIDA, C. et al. **A Reforma Sanitária Brasileira**: Em Busca da Equidade. Washington, DC: OPAS, 1999. (Research in Public Health, Technical Papers, 17).

ALVES, S. V.; LUDEMIR, A. B.; RIBEIRO, C. **Diagnóstico da contracepção de emergência na rede municipal de saúde do Recife**. Recife: Grupo Curumim; 2004.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

AMMANN, S. **Ideologia de desenvolvimento de comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 36, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 27-34, 2008.

ARAÚJO, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.

ARAÚJO, M.; SANCHEZ, O. A. A Corrupção e os Controles Internos do Estado, **Lua Nova**, São Paulo, v. 65, p.137-173, 2005.

AREAL, R. A igualdade complexa de Michael Walser. **Revista Diacrítica**, Braga, v. 20, n. 2, p. 229-250, 2006.

ASSIS, E., et al. Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.1, p. 17-21, 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8 n.3, p. 815-823, 2003.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 753-762, 2009.

BAHIA, L. A démarche Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 123-185.



BAHIA, L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework. **The American Political Science Review**, Los Angeles, v. 57, n. 3 p. 632-642, .1963.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEDONE A J; FAÚNDES A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23 n. 2, 465-469, 2007.

BEHRING, E. ; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BELLAMY, Richard. **Liberalismo e Sociedade Moderna**. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1994.

BERLINGUER, G. Equidade, seletividade e assistência à saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 47, p. 73-103, 1999.

BOYER, R. **A teoria da regulação: uma análise crítica**. São Paulo: Nobel, 1990.

BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em :<[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm). Acesso em: 20 set. 2008.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1990. Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm). Acesso em : 20 set.2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de

assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, de 2006c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102194-3277.html>>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Recife: Companhia Editorial de Pernambuco, 1989.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656cosol.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656cosol.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2000/9961.htm>>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/12101-%5B2585-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Departamento nacional de auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle e auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, nº 1.559 de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 01 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso: 5 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 junho de 2002.** Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, DF, 12 jun. 2002. Disponível em :<<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em:16 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.203 - Norma Operacional Básica 01/96, de 5 de novembro de 1996.** Redefine o modelo de gestão do SUS. Brasília, DF, 5 de Nov. 1996. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.htm)>. Acesso em:16 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 545 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde– SUS 01/93, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília, DF, 20 de mai. 1993. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf). Acesso em: 28 de Nov de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010.** Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. Brasília, DF, 21 de jan. 2010a. Disponível:<<http://www.saude.al.gov.br/federal/legislacao/portarian161de21dejaneirode2010>>. Acesso: 13 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.034/2010, de 18 de maio de 2010:** Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 18 de maio de 2010b. Disponível:<[http://conselho.saude.gov.br/informativo/2010/30/informe\\_30.htm](http://conselho.saude.gov.br/informativo/2010/30/informe_30.htm)>. Acesso: 13 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 21 set. 2005. Disponível em: [http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap\\_suvisa/arquivos/gerados/port\\_1721\\_set\\_2005.pdf](http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/port_1721_set_2005.pdf)>. Acesso 03 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção I, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de atenção básica. **Histórico de cobertura da saúde da família.** Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em : 12 dez .2009.

BRASIL. **Resolução INAMPS nº 273.** Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº. 01/91, de 7 de janeiro de 1991. Trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273\\_17\\_07\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf). Acesso em: 20 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/RENAST no Sistema Único de Saúde. Brasília/DF, 07 de dez 2005. Disponível em:<[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-do-trabalhador/portaria\\_1068.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-do-trabalhador/portaria_1068.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 5.** Brasília, DF, 2008. Disponível em:< [http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/2008\\_SMD\\_05.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/2008_SMD_05.pdf)>. Acesso: 07 jun. 2010.

CAMPOS, G. W. S. o público e o privado na Saúde. **Le Monde Diplomatique.** São Paulo, p. 28-29, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, p. 23-33, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al.(Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006(a). p.53-92.

CAMPOS G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, E. Por um pacto pela saúde pública. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 nov. 2010. Tendências/Debates, p. 1-3.

CARDOSO, F. G. **Organizações das classes subalternas**: um desafio para o serviço social. São Paulo: Cortez, 1995.

CARDOSO, F. H. **O modelo político brasileiro e outros ensaios**. 2. ed. São Paulo: Difusão Européia, 1973

CARNEIRO JÚNIOR, N.; EDUARDO ELIAS, P. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93- 112.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTRO, J. D. Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 113-126.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CLAD. **La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana**. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

COHEN-CARNEIRO, F. et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1827-1838, 2009.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde, In: TRINDADE, N. et al. **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 385-406.

CORREA, M.V. C. Controle Social em Saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.

CORREA, M. V. C. Que controle social na política de Assistência Social? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 23, n. 72, p. 119-144, 2002.

CORREA, M. V. C. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento**. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças na relação entre Estado e sociedade. In: FLEURY S.; LOBATO. L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-28.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.47-55, 2006.

COSTA, N. R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

COTTA, R. A. M. M., CAZAL, M. M., MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F. & ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. & DESLANDES, S.F. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 195-226.

DIAS E C; HOEFEL M G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10 n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, E. F. Sobre a leitura dos textos gramscianos: usos e abusos. In: DIAS, E. Fernandes et al. (Org.) **O outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996. p.105-22.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University, 1973.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

DUARTE, Rosália. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o Trabalho de Campo. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p.139-154, 2002.

EL-WARRAK, L. O. **A Contratualização no Âmbito da Gestão Pública em Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

ENGLAND, R. **La contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud:** Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica. Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID). Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC), Londres, 2002.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, .v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, LOBATO, L. V. C. (Org). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 229-47.

ESCOVAL, A. M. S. **Evolução da administração pública de saúde:** o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português. Tese (Doutorado) – ISCTE, Lisboa, Portugal, 2003.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. No prelo.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.) **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas**. Brasília, DF: Organização Pan- Americana de Saúde, 1995. p. 177-184. (Unidade 3, texto de apoio da unidade 1).

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 33, p. 345-58, 2010.



FERRARI FILHO, F. **Teoria geral setenta anos depois: ensaios sobre Keynes e Teoria Keynesiana**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

FIANI, Ronaldo. Afinal, a quais interesses serve a regulação? **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 81-105, 2004.

FIGUERAS, J.; MUSGROVE, P.; CARRIN, G.; DIRÁN, A. Retos para los sistemas sanitários de latinoAmérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 6, n. 1, p. 5-17, 2002.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, F.; SANCHEZ, O. Controle da corrupção e reforma do Estado (o Governo Covas, 1995-2000). **Lua Nova**, São Paulo, v.52, p. 93-119. 2001.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211- 259, 2000.

FRY P. O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo brasileiro, 1995-2004. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.347-370, 2005.

GARÍGLIO, M. T. Regulação assistencial. In: TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção básica em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. p. 235-249.

GOBBI, B. et al. Politizando o conceito de redes organizacionais: uma reflexão teórica da governança como jogo de poder. **Cadernos EBAPE. BR (FGV)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 119-149, 2005.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GRAMSCI, A. **Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. (Cadernos do Cárcere, v. 3).

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (Campinas, SP). **Metodologia de análise de políticas públicas**. Campinas: GAPI, Unicamp, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

GURGEL, I. G. D. **A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 supl. 2, p. 331-336, 2004.

HEIMANN, L. S. et al. A Relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para gestão em saúde. In: SANTOS, N. R. S.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 220-243.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Policy cycles and policy subsystems. 2. ed. Ontário: Oxford University, 2003.

IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios. **Acesso e utilização dos serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

INOJOSA, R. M. Revisitando Redes. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 41, p.36-46, 2008.

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.19, p. 88-97, 1996.

INOJOSA, R. M. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.5, p.115-41, 1999.

JARDANIVISKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da equidade no setor Saúde. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p.38-51, 1993.

KALCKMANN, S., et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

KEINERT, T. M. M. **Administração pública no Brasil**: crises e mudanças de paradigmas. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2000.

KLIKSBURG, B. Seis teses não convencionais sobre participação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 7-37, 1999.

KVALE, Steinar. **Intevriews, An**: Introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications, 1996.

LABRA, M. E. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesses do empresariado médico. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 193-225, 1993.

LACOSTE, Jean. **A filosofia no século XX**. — Campinas, São Paulo: Papirus, 1992.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 151-178.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LIMA, M. L. **Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2009. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, J. C. F. A política Nacional de Saúde nos anos 90 e 2000: na contramão da história. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p. 278-310.

LINDBLOM, C. **O processo de decisão política**. Brasília, DF: UNB; 1981.

LUKES, S. **O Poder: uma visão radical**. Brasília: Ed. UnB, 1980.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997.

MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MAGALHÃES JR., H. M. **Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).

MAJONE, G. **Regulating Europe**. London: Routledge, 1996.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p.433-444, 2004.

MARTINS, HF. Cultura de resultados e avaliação institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. **Revista Eletrônica Sobre a Reforma do Estado**. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/rere.asp> 2007>. Acesso em: 25 ago. 2010.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviço de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 629-643, 2003.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p. 47-61.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco; 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA; tomo I, 1993.  
MELO, M. A. Governança e reforma do Estado: o paradigma agente X principal. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, ano 47, v. 120, n. 1, p. 67-82, 1996.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, C.S; REIS, A.T; MORAES, J.C (Org). **A Política de Regulação no Brasil**. Brasília: OPAS: MS, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, n. 12).

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão de redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ: Cepesq, 2006. p. 97-109.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MIQUELUTTI, M A. et al. Posição vertical durante o trabalho de parto: dor e satisfação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, 393-398, 2009.

MISOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27. n. 65, p. 336-47, 2003.

MORAIS, H. M. M. **Uma análise da assistência médico hospitalar privada: o pólo médico da cidade do Recife na travessia do século XX para o XXI**. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

NASCIMENTO, V. B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Hucitec; Santo André: Cesco, 2007.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-476.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. F. **(Im) previdência Social: 60 anos de história**. Petrópolis: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, M. D.; MAGONE, J. M.; PEREIRA, J. A. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Duke, v. 30, n. 1-2, p.211-230, 2005.

PAIM JS. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS: ISC, 2002.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: GUIMARÃES R.; ANGULO-TUESTA, A. **Saúde no Brasil: contribuições para agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PENCHANSKY, R; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, Philadelphia, n.19, p.127-140, 1981.

PEREIRA, B. L. C. Da administração Pública burocrática à gerencial. In: \_\_\_\_\_. **Reforma do Estado e Administração pública Gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 237-270.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. **Demonstrativo de Adesão ao Pacto segundo Geres**. Recife, 2010.

PERROT, J. **The Role of Contracting in Improving Health Systems Performance**. Geneva: OMS, 2004. (Discussion Paper, n. 1).

PÓ, M. V. Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R. S.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 220-243.

PORTELLA, A. P. Caracterização dos homicídios de mulheres em Pernambuco, 2002-2007. **Boletim Dados e Análise**, Recife, v. 7, n. 2, p. 6-38, 2008.

PORTO, S. M. **Equidade na Distribuição geográfica de Recursos em Saúde: Uma contribuição para o caso brasileiro**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agente x principal*. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. K (Org.). **Reforma do Estado e administração pública**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998.

QUEIROZ, M. I. P. de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RAWLS, J. **Uma teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador. **Relatório de Gestão: 2006-2008**. Recife, 2008a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Recife, 2008b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Saúde mental. **Demonstrativo do número de usuários internados em regime de longa permanência**. Recife, 2008 c.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Redução de Danos. **Relatório de atividades 2008**. Recife, 2008d

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerencia de atenção à saúde da mulher. **Relatório das ações 2001-2008**. Recife, 2008e.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. **Perfil Epidemiológico da criança e do adolescente 2001-2007**. Recife, 2008f.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Diretoria geral de Regulação do Sistema. **Relatório de gestão 2006**. Recife, 2006b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância á Saúde. **Situação do registro da variável raça-cor**. Recife, 2007.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife: 2002-2005**. Recife, 2002.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife: 2006-2009**. Recife, 2005.

RECIFE. Prefeitura da Cidade do Recife. **Atlas de desenvolvimento humano de Recife**. Recife: PNUD, 2005a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Recife, 2009.



RECIFE. Secretaria de Saúde. **Política municipal de atenção integral à saúde da população negra**. Recife, 2006a.

REIS A. T. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

REPULLO Jr., R. **A municipalização das ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RIBEIRO, J. M. Preços e contratos: em busca da regulação pertinente. In: NEGRI, B; DI GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, São Paulo: Unicamp, 2001.

RIBEIRO, P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 292-296, 2005.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1992. P. 151-76.

SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**. Colorado: Davis Westview Press, 1999.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. **Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach**. Oxford: Westview, 1993.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do CEREST nas Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Setor Canavieiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl.1, p. 37-43, 2009.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. In: PEREIRA, L. C. B.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). **Sociedade e Estado em Transformação**. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, I. S.; Ugá, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V.O N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, São Paulo v.13, supl.1, p. 615-26, 2009.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-69, 2007.

SCATENA, L. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.3, p. 389-397, 2009.

SEN, A. K. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.11, n. 5/6, p. 302-309, 2002.

SEN, A. K. Igualdade de quê? In: SEM, A. K. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record; 2001.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SOLLA, J, S, P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “pacto de gestão” **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão Municipal do SUS**: avaliação de implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65-86.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield, B (Org.). **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.30. n. 73/74, p.141-144, 2006.

SUGIYAMA, N. B. Theories of policy diffusion: social sector reform in Brazil. **Comparative Political Studies**, Washington, v. 4, p. 193-216, 2007.

TEIXEIRA, F. J. S. Modernidade e crise: reestruturação capitalista ou fim do capitalismo? In: TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. de (Org). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998. p. 15-74.

TEIXEIRA, S. F., MENDONÇA, M. H. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 193-232.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n.5/6, p. 365-373, 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 215-246.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

TRIVIÑOS, A. M. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no Planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, S. Paulo, v.24, n.6, p. 445-452, 1990.

VAN PARIJS, P. **O que é uma sociedade justa?** Introdução à prática da filosofia política. São Paulo: Ática, 1997.

VIANA, A L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo 2003, v.17, n.1, p. 58-68, 2003.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Política de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M,; ALMEIDA, N. F. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2009; v.25, (Sup 2), p. 217-226, 2009.

WALSER, M. **Esferas da Justiça**: uma defesa do pluralismo e da igualdade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WALT, G.; GILSON, L. Review article: Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**. Oxford, v.9, n.4, p.353-370, 1994.

WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services** ; v. 22, n.3, p. 429-45, 1992.

WINDHOFF-HÉRITIER, A. **policy-Analyse**: eine Einführung. Frankfurt am Main/New York: Campus, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. “**Strengthening health systems in developing countries**. The role of contractual arrangements in improving health systems performance”. Fifty-Sixth World Health Assembly of World Health Organization. Geneva, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. 3ª. edição – Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAGO M. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: HAMANN, E.; TAUIL, P. (Org.). **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população afro–descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 13–35.

## APÊNDICE A - Protocolo de Coleta de Dados

### PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

#### 1. Visão geral do projeto de pesquisa

A pesquisa tem como objetivo geral:

- Analisar a promoção da equidade na Política de Saúde do Recife (2001-2008) na perspectiva da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e do processo de contratualização dos serviços.

Específicos:

- a) Analisar a operacionalização do princípio da equidade no reconhecimento e atendimento de necessidades de grupos sociais na cidade do Recife;
- b) Analisar o processo de regulação assistencial no sentido da promoção do acesso equânime aos serviços de saúde;
- c) Analisar a operacionalização do princípio da equidade no processo de contratualização de saúde na cidade do Recife.

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Pernambuco/FACEPE, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e Ministério da Saúde (processo PP-SUS nº APQ-0045-4.06/07).

O referencial teórico deverá ser retomado antes da ida a campo e revisto na análise dos resultados. Inicialmente deverá ser levantada uma base teórica sobre concepções de equidade, integralidade, regulação da atenção à Saúde (regulação assistencial e contratualização).

## 2. Procedimentos de campo

- Apresentar em todos os locais de coleta de dados o Termo de anuência da SMS do Recife e o Parecer do Comitê de Ética do Aggeu Magalhães e explicar os objetivos do estudo;
- Obter com a diretoria de planejamento os relatórios de gestão de 2001-2008 os planos municipais de 2002-2005 e de 2005-2009 para leitura preliminar
- Obter com gabinete do secretário e/ou diretoria de planejamento da SMS do Recife os telefones para contatos com os coordenadores de políticas específicas e dos gestores e gerentes da regulação da atenção no Recife, tanto do âmbito central, quanto distrital que estiveram presentes durante os dois períodos de governo (2001-2004/2005-2008);
- Manter inicialmente contato telefônico para agendar entrevista com 70% dos sujeitos da pesquisa, considerando que pelo critério de saturação, nem todas as entrevistas previstas precisam necessariamente ser realizadas. No final, caso necessite, agendar entrevista com os 30% restante dos sujeitos da pesquisa.
- Iniciar as entrevistas com os sujeitos relacionados com as políticas destinadas a grupos sociais, somente depois iniciar com os entrevistados relacionados à regulação da atenção, uma vez que desse primeiro bloco de coleta podem surgir questões a serem incorporadas no roteiro do tema da regulação da atenção;
- Ao fim de cada entrevista, solicitar aos entrevistados outros documentos institucionais relevantes que ainda não se tenha tido acesso.

### 3. Objetivos específicos, questões/variáveis, fontes de informações

O quadro a seguir apresenta, para cada objetivo específico, a síntese de questões/variáveis, com suas fontes potenciais de informações a que o pesquisador deverá ficar atento na coleta de dados:

Objetivos	Questões/variáveis	Potenciais fontes de informações
<p>I Analisar a operacionalização do princípio da equidade no reconhecimento e atendimento de necessidades de grupos sociais na cidade do Recife;</p>	<p>1. <b>GRUPO SOCIAL:</b> População residente em áreas de pobreza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Localização da ação no leque de prioridades da SMS do Recife;</li> <li>○ Racionalidades presentes no processo decisório na distribuição espacial da rede de atenção básica</li> <li>○ Série histórica de cobertura.</li> <li>○ Diferenciais de cobertura entre distritos sanitários;</li> <li>○ Mecanismos de articulação com outros níveis de atenção</li> <li>○ Principais dificuldades de acesso/apreensão das necessidades dos usuários.</li> </ul> <p>2. <b>GRUPO SOCIAL:</b> Trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mecanismos de participação social;</li> <li>○ Contexto de implantação da política;</li> <li>○ Identificação dos eixos de atuação da política;</li> <li>○ Tipos de ações implantadas;</li> <li>○ Evolução do número de atendimento no CEST (2002-2008);</li> <li>○ Principais categorias profissionais atendidas;</li> <li>○ Interação do CEST/CEREST com a rede de serviços de saúde (referência e contrarreferência);</li> <li>○ Principais avanços e dificuldades na incorporação das necessidades da população trabalhadora.</li> </ul> <p>3. <b>GRUPO SOCIAL:</b> Mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mecanismos de participação social</li> <li>○ Contexto de implantação da política</li> <li>○ Identificação dos eixos da política;</li> <li>○ Identificação e problematização das ações referentes à atenção à mulher no pré-natal, parto, puerpério e abortamento; aos direitos sexuais e reprodutivos e a atenção à mulher vítima de violência sexual e doméstica.</li> <li>○ Principais avanços e dificuldades na incorporação das necessidades das mulheres na política de saúde do Recife.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planos municipais de saúde 2002-2005/2006-2009;</li> <li>○ Relatórios de gestão: 2001-2008;</li> <li>○ Dados do S I A SUS e SIH/SUS;</li> <li>○ Relatórios específicos das gerências: atenção básica; saúde do trabalhador, mulher, população negra, saúde mental e álcool e outras drogas;</li> <li>○ Entrevistas com informantes chaves (sujeitos envolvidos com as políticas específicas no âmbito central e distrital).</li> </ul>



Objetivos	Questões/variáveis	Potenciais fontes de informações
	<p>4. <b>GRUPO SOCIAL:</b> pop. Negra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contexto de implantação da política e mecanismos de participação social</li> <li>○ Estruturação das ações de atenção às doenças mais prevalentes na população negra/além da anemia falciforme;</li> <li>○ Estágio de formulação da política de atenção a população negra em 2008;</li> <li>○ Articulação com outras políticas de saúde e com outras Secretarias da prefeitura;</li> <li>○ Ações estruturadoras para identificação e enfrentamento das iniquidades raciais e étnicas;</li> <li>○ Ações de combate ao racismo institucional nas unidades de saúde;</li> <li>○ Principais avanços e dificuldades na incorporação das necessidades da pop negra na política de saúde do Recife.</li> </ul> <p>5 e 6. <b>GRUPO SOCIAL:</b> portador de sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contexto de implantação da política e mecanismos de participação social;</li> <li>○ Principais ações da política;</li> <li>○ Cobertura populacional dos CAPS e as residências terapêuticas em 2008;</li> <li>○ Situação do processo de desospitalização/população de longa permanência;</li> <li>○ Relação dos CAPS com a rede de serviços;</li> <li>○ Situação dos leitos psiquiátricos (2000/2008) e % de Redução;</li> <li>○ Gastos hospitalares versus extra hospitalares;</li> <li>○ Principais avanços e dificuldades na incorporação das necessidades dos portadores de sofrimento psíquico e usuários de drogas na política de saúde do Recife.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planos municipais de saúde 2002-2005/2006-2009;</li> <li>○ Relatórios de gestão: 2001-2008;</li> <li>○ Dados do S I A SUS e SIH/SUS;</li> <li>○ Relatórios específicos das gerências: atenção básica; saúde do trabalhador, mulher, população negra, saúde mental e álcool e outras drogas;</li> <li>○ Entrevistas com informantes chaves (sujeitos envolvidos com as políticas específicas no âmbito central e distrital).</li> </ul>
<p>II. Analisar o processo de regulação assistencial no sentido da promoção do acesso equânime aos serviços de saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contexto de formulação do projeto da regulação e conteúdo do projeto;</li> <li>○ Principais linhas de atuação;</li> <li>○ Parâmetros de programação assistencial adotados;</li> <li>○ Processo de incorporação das necessidades locais;</li> <li>○ Principais dificuldades na adequação da oferta às necessidades.</li> <li>○ Regulação da rede complementar;</li> <li>○ Ordenamento e discussão dos fluxos assistenciais com a rede municipal. Critérios de distribuição de cotas assistenciais para os distritos sanitários;</li> <li>○ Operacionalização da Programação pactuada Integrada/PPI</li> <li>○ Oferta de serviços municipais operacionalizadas pela central.</li> <li>○ Oferta de serviços municipais não operacionalizadas pela central;</li> <li>○ Administração da fila de espera e desenvolvimento da estratificação de risco.</li> <li>○ Insuficiência de oferta e estratégias de ampliação.</li> <li>○ Estabelecimento de estratégias para melhoria dos encaminhamentos à atenção especializada;</li> <li>○ Situação do referenciamento para os serviços sob gestão estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relatórios da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde do Recife;</li> <li>○ Planos municipais de saúde de 2002-2005 e de 2006-2009;</li> <li>○ Relatórios de gestão da Secretaria de Saúde do Recife (2006-2008);</li> <li>○ Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS); Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES;</li> <li>○ Entrevistas semiestruturadas com gestores e gerentes do âmbito central e distrital;</li> <li>○ Artigos de jornais, boletins</li> </ul>

Objetivos	Questões/variáveis	Potenciais fontes de informações
<p>III. Analisar a operacionalização do princípio da equidade no processo de contratualização de saúde na cidade do Recife.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situação da composição público privado na rede assistencial sob gestão municipal;</li> <li>○ Dados de produção versus valores pagos (destinação dos recursos públicos segundo tipo de prestador).</li> <li>○ Adequação da oferta às necessidades assistenciais (acesso com equidade);</li> <li>○ Processo de desenvolvimento da contratualização com a rede complementar e própria sob gestão municipal;</li> <li>○ Os mecanismos de controle públicos sobre as unidades contratualizadas;</li> <li>○ Avanços e limites da regulação na interface público privado no Recife;</li> <li>○ A contratualização na perspectiva de construção redes de atenção à saúde;</li> <li>○ Processo de contratualização entre entes públicos: avanços e dificuldades da relação entre gestor municipal e estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relatórios da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde do Recife;</li> <li>○ Relatórios de gestão da Secretaria de Saúde do Recife (2006-2008);</li> <li>○ Dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS); Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES;</li> <li>○ Entrevistas semiestruturadas com gestores e gerentes do âmbito central;</li> <li>○ Pronunciamento público dos gestores em artigos de jornais, boletins, dentre outros;</li> </ul>

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

### **Roteiro de entrevista semiestruturada sobre inclusão de grupos sociais com necessidades específicas na política de saúde do Recife**

**Sujeitos:** Gestores, gerentes e técnicos (âmbito central e distrital) envolvidos com políticas destinadas a grupos específicos

1. Em que contexto encontrava-se a Secretaria de Saúde do Recife quando incluiu na Política de Saúde as demandas e/ou necessidades do grupo populacional X?
2. Como se deu a participação social na formulação e implementação das políticas destinadas a tais grupos sociais?
3. Na sua avaliação, quais foram os determinantes dessa inclusão?
4. Como você avalia a incorporação das necessidades desses grupos sociais na política de saúde do Recife?
5. No decorrer do período estudado (2001-2008), quais foram os principais avanços e dificuldades no atendimento das necessidades de tal grupo populacional?

## APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

### Roteiro de entrevista semiestruturada sobre regulação assistencial de acesso

**Sujeitos:** Secretários municipais de saúde, Diretores, Gerentes e Técnicos da Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde, gerentes e/ou técnicos dos Distritos Sanitários

#### Roteiro: Secretários de Saúde

#### 1. Projeto

- 1.1. Qual a necessidade de implantação de um setor de regulação numa secretaria municipal?
- 1.2. Em que consiste a proposta de regulação do Recife, seus pressupostos e diretrizes? Quais as diferenças com o sistema de regulação anterior?
- 1.3. Na sua avaliação, após dois anos de implantação do complexo regulatório do Recife, que aspectos têm facilitado ou dificultado esse processo?
- 1.4. O que determinou que o município do Recife permanecesse no período 2001-2008 com gestão plena e duplo comando?
- 1.5. Essa situação teve algum grau desdobramento para a política municipal de saúde?

#### 2. Relação com o governo do estado

- 2.1. Como você avalia o funcionamento da PPI no estado de Pernambuco nos últimos 08 anos?
- 2.2. Como você avalia o desenvolvimento do Pacto de Gestão? E quais foram os desdobramentos na relação entre estado e município na saúde?
- 2.3. Que avaliação você faz da articulação entre a central de leitos sob gestão estadual e o sistema de regulação municipal?
- 2.4. Como você avalia o fluxo de referência e contrarreferência para média e alta complexidade da população recifense para unidades sob gestão estadual?

#### Sujeito: Diretores da Regulação do Sistema de Saúde do Recife

#### 1. Projeto

- 1.1. Qual a necessidade de implantação de um setor de regulação numa secretaria municipal?
- 1.2. Em que consiste a proposta de regulação do Recife, seus pressupostos e diretrizes? Quais as diferenças com o sistema de regulação anterior?

- 1.3. Na sua avaliação, após dois anos de implantação do complexo regulatório do Recife, que aspectos têm facilitado ou dificultado esse processo?
- 1.4. O que determinou que o município do Recife permanecesse no período 2001-2008 com gestão plena e duplo comando?
- 1.5. Essa situação teve algum grau desdobramento para a política municipal de saúde e para o processo de regulação assistencial?

## **2. Relação com o governo do estado**

- 2.1. Como você avalia o funcionamento da PPI no estado de Pernambuco nos últimos 08 anos?
- 2.2. Como você avalia o desenvolvimento do Pacto de Gestão? E quais foram os desdobramentos na relação entre estado e município na saúde?
- 2.3. Que avaliação você faz da articulação entre a central de leitos sob gestão estadual e o sistema de regulação municipal?
- 2.4. Como você avalia o fluxo de referência e contrarreferência para média e alta complexidade da população recifense para unidades sob gestão estadual?

## **3. Programação assistencial e fluxo assistencial**

- 3.1. Quais são os parâmetros utilizados pelo município na programação assistencial? E por quê?
- 3.2. Como a programação tem incorporado as necessidades assistenciais colocadas pela atenção básica?
- 3.3. Quais as principais dificuldades encontradas neste processo?
- 3.4. Como vem sendo trabalhado o plano de distribuição de cotas de exames e consultas com os distritos sanitários?
- 3.5. Que critérios têm sido usados para a distribuição e ajustes de cotas?
- 3.6. Como o município tem trabalhado a ordenação de fluxos assistenciais?
- 3.7. Como estes fluxos têm sido trabalhados com os profissionais da Rede básica e especializada?
- 3.8. Como a SMS vem tratando a questão da contra-referência?
- 3.9. A série histórica de consultas especializadas tem apresentado uma tendência de crescimento, mas, de forma geral, qual tem sido a demanda reprimida para atenção especializada?
- 3.10. Como você avalia o funcionamento da PPI no Estado de Pernambuco nos últimos 08 anos?
- 3.11. Como você avalia o referenciamento da população recifense para média e alta complexidade sob gestão estadual?

**Roteiro/Sujeito: Gerentes e/ou técnicos da Gerência de programação e fluxos assistenciais do âmbito central e gerentes e técnicos distritais responsáveis pela regulação de acesso**

**1. Programação assistencial e fluxo assistencial**

- 1.1. Quais são os parâmetros utilizados pelo município na programação assistencial? E por quê?
- 1.2. Como a programação tem incorporado as necessidades assistenciais colocadas pela atenção básica?
- 1.3. Quais as principais dificuldades encontradas neste processo?
- 1.4. Como vem sendo trabalhado o plano de distribuição de cotas de exames e consultas com os distritos sanitários?
- 1.5. Que critérios têm sido usados para a distribuição e ajustes de cotas? Qual tem sido a participação dos Distritos e das unidades de saúde nessa definição?
- 1.6. Como o município tem trabalhado a ordenação de fluxos assistenciais?
- 1.7. Como estes fluxos têm sido trabalhados com os profissionais da Rede básica e especializada?
- 1.8. Como a SMS vem tratando a questão da contra-referência?
- 1.9. A série histórica de consultas especializadas tem apresentado uma tendência de crescimento, mas, de forma geral, qual tem sido a demanda reprimida para atenção especializada?
- 1.10. Como você avalia o funcionamento da PPI no Estado de Pernambuco nos últimos 08 anos?
- 1.11. Como você avalia o referenciamento da população recifense para média e alta complexidade sob gestão estadual?

**Roteiro/Sujeito: Gerência da central de regulação de exames e consultas e gestores distritais**

**1. Funcionamento da Central de exames e consultas especializadas**

- 1.1. Qual tem sido o grau de funcionalidade da central de consulta e exames? Do total de consultas e exames realizados sob gestão municipal que % que passou pela central (2007-2008);
- 1.2. Qual tem sido o tempo médio de espera para consultas e exames (2007-2008);
- 1.3. Como se dá o monitoramento das filas de espera? Quais as estratégias de estratificação de risco?
- 1.4. Que mecanismo vem sendo adotado para a redução do tempo de espera?

- 1.5. A equipe da regulação tem avaliado o tipo de encaminhamento feito pela rede básica? Como têm sido trabalhadas as questões dos encaminhamentos desnecessários?
- 1.6. Como se dá o papel do âmbito distrital e local no processo de regulação de acesso?
- 1.7. Na sua avaliação, após dois anos de implantação do complexo regulatório do Recife, quais os nós críticos que têm, repetidas vezes, dificultado o processo de regulação assistencial do Recife?

## APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista

### Roteiro de entrevista semiestruturada sobre a contratualização da rede de serviços na perspectiva da equidade

**Sujeitos:** Secretários municipais de saúde, diretor geral da regulação, gerente de programação e fluxos assistenciais e gerente de controle e avaliação do âmbito central

#### Contratualização

1. Como você avalia a contratação de serviços feita pela SMS do Recife no período estudado?
2. Em que consiste a proposta de contratualização da rede de serviços, conduzida pela SMS do Recife, no segundo governo (2006/2008)?
3. Como efetivamente a SMS do Recife tem desenvolvido o processo de contratualização?
4. Na sua avaliação, o que determinou esse processo?
5. Quais as regras definidas pelo município para o processo de contratualização?
6. Quais são os serviços que foram contratualizados?
7. Como tem se dado a participação do Conselho de Municipal de Saúde processo de contratualização?
8. Como tem sido feito o controle e a avaliação dos serviços contratualizados?
9. Como você avalia o processo de contratualização desenvolvido na perspectiva da construção de um sistema de saúde equânime e integral?
10. Quais as principais dificuldades encontradas?
11. Como você avalia a contratualização entre entes públicos no Recife?





Ministério da Saúde

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TÍTULO DO PROJETO:

A equidade na política municipal de saúde do Recife, 2001-2008

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:** NESC/ CPqAM / FIOCRUZ

Eu, \_\_\_\_\_, Gestor (a) Municipal de Saúde no período estudado, declaro que estou participando voluntariamente do estudo, cujo título está acima referido, de modo que a assinatura deste termo, em duas vias, sendo uma via para mim e outra para a pesquisadora, formaliza meu aceite. Estou ciente de que este estudo tem por objetivo analisar como a política de saúde do Recife buscou promover equidade por meio da inclusão de grupos populacionais específicos, da regulação assistencial de acesso, das estratégias e das tecnologias do processo de trabalho nas USF no período de 2001-2008.

Estou ciente que para coleta dos dados participarei como entrevistado(a), permitindo que o diálogo seja gravado para posterior transcrição. Sei que os resultados deste estudo ao serem futuramente apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza não farão qualquer menção ao meu nome, mantendo-me no anonimato necessário para garantia deste tipo de estudo. E que os riscos decorrentes da não preservação do anonimato não ocorrerão, visto que será garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em qualquer momento poderei desistir de participar do estudo caso seja essa a minha vontade e sem que isso ocorra em qualquer tipo de prejuízo quanto a minha pessoa. Estou ciente de que os benefícios da pesquisa, para com as instituições e atores envolvidos, estão na possibilidade de contribuir com a consolidação da equidade na política de saúde do Recife.

Informaram-me ainda que caso eu necessite de qualquer esclarecimento adicional sobre a pesquisa, este será fornecido pela pesquisadora responsável por este projeto Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, situado à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 88639055 ou através do e.mail: soveloso@oi.com.br

Pesquisador: \_\_\_\_\_

—

Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009.

**FIOCRUZ**

Ministério da Saúde  
Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES

*Departamento de Saúde Coletiva - NESC*

Campus da UFPE: Av. Moraes Rego, s/n – Cx-Postal 7472 – Fone: 0XX81 2101 2500 – Fax: 0XX81 2101.2614  
CEP: 50670-420 - Recife-PE – Brasil e-mail: [nesc@cpqam.fiocruz.br](mailto:nesc@cpqam.fiocruz.br) - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

## APÊNDICE F

ALBUQUERQUE, M.S.V; COSTA, A.M; LIMA, L.P; MELO FILHO, D. A. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Vol 11 (1), Recife jan. / mar., 2011.

### Resumo

**Objetivos:** analisar a concepção e operacionalização do princípio da equidade no reconhecimento de necessidades de grupos sociais pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife entre 2001-2008. **Métodos:** estudo de caso com triangulação de técnicas (entrevistas semiestruturadas e análise documental). **Sujeitos:** gestores da SMS. Selecionaram-se quatro grupos sociais: trabalhadores, portadores de sofrimento psíquico, mulheres e pobres. Utilizou-se a análise temática de conteúdo para analisar as categorias: participação social, racionalidade técnica-política e integralidade. **Resultados:** a política de saúde da SMS incluiu diversos grupos sociais mais desassistidos, alocando recursos não restritos à atenção básica, porém com frágil articulação entre níveis de atenção, destacando-se limitações a superar: o Programa de Saúde da Família apresenta excesso de encaminhamentos à atenção especializada, indicando problemas na identificação/incorporação das necessidades dos usuários; a política de saúde do trabalhador não consolidou ações de vigilância em saúde; foi incipiente o processo de desospitalização/ desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico; foi além das ações relativas à gravidez/parto, mas enfrenta dificuldades para atender a diversidade de necessidades das mulheres; são pontuais as capacitações para os profissionais de saúde em gênero, raça, etnia e classe. **Conclusões:** a SMS do Recife adotou a concepção de equidade vertical ao incluir diversos grupos sociais com necessidades distintas, porém apresenta dificuldades em atendê-las na perspectiva de integralidade da atenção.

**Palavras-chave** Equidade, Política de saúde, Grupos populacionais

### Abstract

**Objectives:** to analyze the conception and operationalization of the principle of equity in the Municipal Health Secretary's recognition of the needs of social groups in Recife between 2001 and 2008. **Methods:** a case study involving semi-structured interviews and analysis of documents was carried out. The subjects were health service managers. Four social groups were selected: working people, people with psychiatric disorders, women, and people living in poverty. Thematic content analysis was used to investigate the following categories: social participation, technical and policy rationality, and integration. **Results:** the Health Secretary's health policy includes various underprivileged groups, allocating resources that are not restricted to basic care, although there is a lack of communication between the various levels of care. Limitations that especially need to be overcome include: the Family Health Program referring an excessive number of patients to specialized care, suggesting problems with the identification/incorporation of users' needs; occupational health policy having failed to consolidate health surveillance; failure to make progress in developing care in the community programs for people with psychiatric disorders; difficulty in meeting the diversity of needs of women, beyond pregnancy and childbirth; patchy training of health professionals in the areas of gender, race, ethnicity and class. **Conclusions:** Recife's health authorities have adopted a concept of vertical equity by including diverse social groups with diverse needs, although it has difficulty in attending these needs in an integrated fashion.

**Key words** Equity, Health policy, Population groups

## APÊNDICE G

ALBUQUERQUE, M.S.V; LIMA, L.P; COSTA, A.M; MELO FILHO, D. A. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso.

### Resumo

A pesquisa analisou como se desenvolveu a regulação assistencial na perspectiva do acesso com equidade e integralidade na Gestão Municipal de Saúde do Recife, entre 2001 e 2008. Trata-se de um estudo de caso com triangulação de dados, tendo como sujeitos os gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Utilizou-se a análise de conteúdo, na tipologia temática, a partir dos conceitos de triângulo de governo, acessibilidade e rede. Verificou-se que o município implantou arranjos organizacionais de regulação assistencial, mas não investiu na regulação dos serviços especializados próprios e não aprimorou a análise da capacidade potencial desses serviços. Outrossim, pouco investiu no processo de trabalho da atenção básica, num processo de cogestão, para ampliar os níveis de resolubilidade e diminuir a possível demanda artificial por serviços especializados. A Central de Regulação de consultas e exames especializados absorveu apenas 9,5% dos procedimentos de média complexidade sob gestão municipal. A possibilidade de maior acessibilidade organizacional, pela regulação assistencial, ficou reduzida a um processo “adequação” da demanda à oferta da rede complementar SUS Recife, que, em alguns casos, foi definida pelos interesses do próprio setor privado, em que a regulação teve reduzido poder de definição. Conclui-se que o processo de regulação assistencial, na esfera dos municípios, dificilmente promoverá acesso equânime e integral, enquanto atuar somente sobre uma parcela dos serviços sob gestão municipal, ou intervir sem a formação de redes de atenção regionais, ou agir sem subordinar os interesses privados às necessidades assistenciais da população.

**Palavras-chaves:** acesso aos serviços de saúde; planejamento em saúde; regulação e fiscalização em saúde

### Abstract

The research analyzed how the care regulation was developed in perspective of the access with equity and integrity in the Health Municipal Management in Recife, between 2001 to 2008 period. A case study was conducted with data triangulation, having the SMS managers from Recife as subjects. Content analysis was used, the thematic typology, from the concepts of government triangle, accessibility and network. It was not seen that municipal district has implemented organizational arrangements for care regulation, but has neither invested in the regulation of its own specialized services, nor improved the analysis of the potential capacity of these services. Likewise, it has little invested in the work process of primary care in a co-management process to increase the levels of resolution and decrease the possible artificial demand for specialized services. The Central of consultation regulatory and specialized exams absorbed only 9.5% of the procedures of medium complexity under municipal management. The possibility of greater organizational accessibility, through the assistance regulation, was reduced to an "appropriateness" process of demand to supply SUS Recife additional network, in some cases, was defined by the interests of their own private sector, in which the regulation had reduced power setting. We conclude that the assistance regulatory process in the realm of the cities will hardly promote a fair and full access, while either working on the parts of services under municipal administration, or intervening without the formation of regional networks of care, or acting without subordinating private interests to the welfare needs of the population.

**Keywords:** access to health services, health planning, regulation and supervision in health

## APÊNDICE H

ALBUQUERQUE, M. S. V; LIMA, L.P; MORAIS, H. M; COSTA, A. M. Contratualização em saúde: um retorno ao dilema dos interesses público-privado e público-público.

### RESUMO

A pesquisa analisou o processo de contratualização desenvolvido no sistema de saúde da cidade do Recife (2001-2008) na perspectiva de assegurar a equidade e integralidade da atenção. Trata-se de um estudo de caso com triangulação de dados, tendo como sujeitos os secretários e diretores da SMS do Recife. Utilizou-se a análise de conteúdo na tipologia temática, à luz dos conceitos de fundo público, constituição de redes e controle público. Verificou-se que a SMS do Recife buscou investir na estruturação da regulação, embora não tenha conseguido alterar efetivamente as práticas de “adequação” da demanda à oferta da rede complementar. O setor privado continuou capturando parte considerável do volume de recursos públicos, sem a correspondente adequação às necessidades assistenciais da população recifense. A SMS do Recife restringiu a contratualização a unidades filantrópicas, não regulamentou os processos licitatórios. Como também não atuou na direção de fortalecer os serviços próprios na formação de redes de atenção e na implementação dos mecanismos de controle público, tão necessários a um processo de contratualização. A tendência de continuidade da concentração dos recursos assistenciais e do processo decisório na gestão estadual de saúde dificultou a contratualização entre essas esferas de governo. Conclui-se que a direcionalidade dada pela SMS do Recife ao processo de contratualização e a fragilidade, no estado de Pernambuco, dos arranjos organizacionais propostos pelo Pacto, distanciaram a contratualização do processo da formação de redes de atenção e, portanto, da perspectiva de influir na construção de um sistema equânime e integral.

**PALAVRAS CHAVES:** equidade; regulação e fiscalização em saúde; Contratos; fundo público; controle público.

### ABSTRACT

Contracting in health: a return to the dilemma of public-private interests and public-public.

The research examined the contracting process developed in the health system in Recife (2001-2008) aiming to ensure equity and comprehensive care. This is a case study with data triangulation, having as subjects the secretaries and directors of SMS in Recife. We used the content analysis in the thematic typology in the light of the concepts of public fund, networking and public control. It was found that the SMS-Recife sought to invest in the structure of regulation, but could not actually change the practices of "appropriateness" of demand to the supply of complementary network. The private sector continued to capture considerable part of the volume of public resources, without a corresponding adjustment to the care needs of the population of Recife. The SMS-Recife restricted the contracts to philanthropic units, not regulating the bidding process. Nor worked toward strengthening its own services in the formation of networks of care and implementation of mechanisms of public control, so necessary to a contracting process. The trend of continuing concentration of aid resources and decision making in the health state managing impaired the contracts between these spheres of government. We conclude that the directionality given by SMS-Recife to the contracting process and the fragility, in the state of Pernambuco, of the organizational arrangements proposed by the Covenant, distanced the contracting process from the formation of networks of care and therefore from the prospect of influencing the building of an equitable and comprehensive system.

**KEY-WORDS:** equity; regulation and supervision in health ; contracts, public fund, public control.

**ANEXO A**  
**Parecer nº 21/2009**



Comitê de Ética  
em Pesquisa

**Título do Projeto:** A equidade da política municipal de saúde do Recife, 2001-2008.

**Pesquisador responsável:** Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 27/05/09

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 15/09

**Registro no CAAE:** 0013.0.095.000-09

**PARECER Nº 21/2009**

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de julho de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de julho de 2009.



Giselle Campos da Gouveia  
Farmacêutica  
Coordenadora  
Mat. SIAPE: 0463370  
CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/07/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

