

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

FERNANDA MARIA BEZERRA DE MELLO ANTUNES

**POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E
PARTICIPATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARTICIPASUS)
NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Recife
2018

FERNANDA MARIA BEZERRA DE MELLO ANTUNES

**POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARTICIPASUS) NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A636a Antunes, Fernanda Maria Bezerra de Mello.
Política nacional de gestão estratégica e participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco / Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes. - Recife: [s.n.], 2018.
165 p.: il., tab. ; 30 cm

Tese (doutorado em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho; coorientador: Petrônio José de Lima Martelli.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Controle Social. 3. Gestão Participativa. 4. Formulação de políticas. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Martelli, Petrônio José de Lima. III. Título.

CDU 614

FERNANDA MARIA BEZERRA DE MELLO ANTUNES

**POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARTICIPASUS) NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em
Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em 30 de Outubro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Co-orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dr. Sidney Feitosa Farias
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dr. José Eudes de Lorena Sobrinho
Universidade de Pernambuco

Dedico à

Maria Eduarda, minha filha, a estrela mais brilhante e soberana da minha vida.

Alessandro, meu marido amado e cúmplice.

Sem seu apoio, estímulo, carinho e atenção nada seria possível.

Aos meus pais, Ayrton e Nair, pelo incentivo e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus!

À minha filha Maria Eduarda, que cresceu junto com esse trabalho. Pela sua paciência e compreensão em todos os momentos.

Ao meu Marido Alessandro, que apoiou as minhas escolhas e sempre se fez presente inclusive nos momentos em que estive ausente.

Aos meus pais Ayrton e Nair pelo apoio e incentivo dados irrestritamente.

À orientação tranquila e generosa do Prof. Eduardo Maia Freese de Carvalho, pela atenção e paciência desprendidas.

À co-orientação do Prof. Petrônio José de Lima Martelli, por toda a confiança e apoio nos momentos que eu mais precisei, minha profunda gratidão.

Aos Docentes do Curso de Mestrado em Saúde Pública do CPqAM, responsáveis pela construção dos alicerces da minha prática profissional em Saúde Coletiva.

Às minhas amigas da Residência, onde tudo começou desde a paixão pela Saúde Coletiva ao despertar pelo meu objeto de estudos.

Aos colegas da turma do doutorado por terem sido parceiros de aprendizagem, com valorosos momentos de trocas de conhecimento ao longo dessa trajetória e incentivo emocional.

À equipe do Arquivo pelo apoio e gentileza, sempre. Especialmente a: Alessandro do apoio ao NESC; Mácia, Mégine e Adagilson da Biblioteca; e Glauco da SEAC.

Aos membros da banca de avaliação, pelo apoio, disponibilidade e contribuições.

A todos que participaram da coleta de dados e permitiram a realização deste trabalho.

ANTUNES, Fernanda Maria Bezerra de Mello **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco.** 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco. Buscou-se compreender o contexto do surgimento, o processo de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação, que atores o influenciaram e o conteúdo propositivo da Política. O estudo foi qualitativo, com onze entrevistas semi-estruturadas, utilizando matriz de condensação de significados e triangulação metodológica. As exigências éticas foram seguidas. Os resultados trazem achados sobre o contexto, conteúdo, atores e processo. Sobre o contexto destaca-se: a eleição presidencial de Lula que tinha uma agenda política com foco na inclusão social, a qual compunha o Programa de Aceleração do Crescimento, que no setor saúde recebeu o nome de Programa Mais Saúde, tendo um de seus eixos a participação e o controle social. Vale salientar que a Política de Saúde no governo Lula foi caracterizada com um misto de continuidade e mudança, com medidas de caráter incremental no processo contínuo de implementação do SUS, onde a ParticipaSUS se enquadra neste cenário. Quanto ao conteúdo, é marcado por mudanças em sua estrutura, onde foram acrescentados outros eixos no incentivo financeiro destinado à ParticipaSUS. Além da descentralização dos seus componentes, a política incluiu alguns eixos prioritários como a promoção da equidade em saúde, a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais e do Sistema de Planejamento do SUS, e por último a formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde. Quanto ao processo de implementação ressalta o incentivo financeiro e técnico do Ministério da Saúde e a governabilidade da equipe da Secretaria Estadual de Saúde para a descentralização das ações da ParticipaSUS. A avaliação da política é imprescindível para a sua sustentabilidade diante das mudanças nas prioridades de gestão.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. Controle Social. Gestão Participativa. Formulação de políticas.

ANTUNES, Fernanda Maria Bezerra de Mello **National Policy for Strategic and Participatory Management of the Unified Health System (ParticipaSUS) in the State of Pernambuco.** 2018. Thesis (Doctorate in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the National Policy of Strategic and Participatory Management of SUS (ParticipaSUS) in the State of Pernambuco. It was sought to understand the context of the emergence, the process of elaboration, implementation, monitoring and evaluation, which actors influenced it and the proposed content of the Program. The study was qualitative, with eleven semi-structured interviews, using matrix of condensation of meanings and methodological triangulation. Ethical requirements were followed. The results bring findings about the context, content, actors and process. Regarding the context, the following stand out: Lula's presidential election, which had a political agenda focused on social inclusion, which comprised the Growth Acceleration Program, which in the health sector was called More Health Program, one of its axes being the participation and social control. It is worth mentioning that the Health Policy in the Lula government was characterized by a mix of continuity and change, with incremental measures in the continuous process of SUS implementation, where ParticipaSUS fits into this scenario. As for content, it is marked by changes in its structure, where other axes have been added in the financial incentive for ParticipaSUS. In addition to the decentralization of its components, the policy included some priority axes such as the promotion of equity in health, the implementation and strengthening of the Regional Inter-agency Commissions and the SUS Planning System, and finally the formalization of the Public Health Action Organizational Contract. The implementation process underscores the financial and technical incentive of the Ministry of Health and the governance of the staff of the State Health Department for the decentralization of the shares of ParticipaSUS. The evaluation of the policy is essential for its sustainability in the face of changes in management priorities.

Keywords: Public Health Policies. Social Control. Participatory Management. Policy formulation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de condensação de significados para análise das entrevistas	59
Quadro 2- Resumo das fontes de dados – Análise do ParticipaSUS, Pernambuco	61
Quadro 3 – Categoria de Análise do contexto e suas subcategorias operacionais	64
Quadro 4 – Categoria de análise do conteúdo da política	65
Quadro 5 – Categorias de análise das características dos atores envolvidos na ParticipaSUS	66
Quadro 6 – Categorias de análise do processo do ParticipaSUS.	69
Quadro 7 – Síntese da categoria contexto da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco	87
Quadro 8 – Mobilização dos atores envolvidos na implementação da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco	105
Quadro 9 – Características dos atores envolvidos na implantação e implementação da ParticipaSUS em Pernambuco	106
Quadro 10 – Síntese da categoria atores no ParticipaSUS em Pernambuco	107
Quadro 11 – Síntese da categoria processo no ParticipaSUS em Pernambuco	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AD Diper - Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestoras Regionais

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

DEMAGS - Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde

FIAT - Fábrica Italiana Automobili Torino

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GERES – Gerência Regional de Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LOS – Lei Orçamentária em Saúde

MARE – Ministro da Administração Federal e Reforma de Estado

MS – Ministério da Saúde

NAP – Nova Administração Pública

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSS – Organizações Sociais de Saúde

OuvidorSUS – Ouvidorias do Sistema Único de Saúde

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

ParticipaSUS – Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde

PDE - Plano de Desenvolvimento da Educação

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PFL - Partido Frente Liberal

PIB – Produto Interno Bruto

PlanejaSUS - Sistemas de Planejamento do Sistema Único de Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PRODEPE - Programa de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PT - Partido dos Trabalhadores
RAG - Relatório Anual de Gestão
RSB- Reforma Sanitária Brasileira
SANAR - Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas
SARG-SUS - Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SEAUD – Serviço de Auditoria
SELIC - Sistema Especial de Liquidação e Custódia
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGP - Secretaria de Gestão Participativa
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SPE - Secretaria de Política Econômica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCG - Termo de Compromisso de Gestão
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPAE - Unidades Pernambucanas de Atenção Especialidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	17
2 OBJETIVO	19
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	20
3.1 O CONTROLE SOCIAL COMO INSTRUMENTO DEMOCRÁTICO E FERRAMENTA GERENCIAL	20
3.1.1 Democracia Participativa	20
3.1.2 Boa Governança e Administração Pública	22
3.1.3 Conceito de Controle Social e Participação Popular	24
3.1.4 Participação Social na história da política brasileira	25
3.1.5 Institucionalização do espaço da participação social	28
3.1.6 A participação popular na gestão da saúde	30
3.1.7 A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	35
3.1.7.1 <i>Componente da Gestão Participativa e o Controle Social no SUS</i>	37
3.1.7.2 <i>Componente Avaliação e Monitoramento da Gestão do SUS</i>	38
3.1.7.3 <i>Componente Ouvidoria do SUS</i>	39
3.1.7.4 <i>Componente Auditoria do SUS</i>	40
3.2 ANÁLISE DE POLÍTICA PÚBLICA.	41
3.2.1 Conceito de Políticas Públicas	41
3.2.2 A Análise das Políticas Públicas	42
3.2.3 O Contexto da Política	45
3.2.4 Os Atores	46
3.2.5 Conteúdo da Política	47
3.2.6 Processo de Formulação e Desenvolvimento	48
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 ÁREA DE ESTUDO	51
4.1 ESTRATÉGIA DE COLETA	51

4.3.1 As Entrevistas	52
4.3.2 A pesquisa documental	55
4.4 O PLANO DE ANÁLISE	57
4.4.1 Análise de Contexto	57
4.4.2 Análise de Conteúdo da Política	59
4.4.3 Análise dos Atores	60
4.4.4 Análise de Processo	61
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 CONTEXTO	65
5.1.1 O Macro Contexto	65
5.1.1.1 <i>Âmbito Político Setorial</i>	65
5.1.1.2 <i>Esfera Econômica</i>	68
5.1.1.3 <i>Esfera Social</i>	71
5.1.2 O Micro Contexto	73
5.1.2.1 <i>Políticas Setoriais</i>	73
5.1.2.2 <i>Financiamento Setorial</i>	76
5.1.2.3 <i>Panorama de saúde</i>	77
5.1 CONTEÚDO DA PARTICIPASUS.	81
5.2.1 Apresentando a ParticipaSUS	81
5.3 OS ATORES E A PARTICIPASUS	95
5.3.1 Identificação dos diferentes atores envolvidos com a ParticipaSUS	95
5.3.2 Descrição da mobilização dos atores	97
5.3.3 Estabelecimento das relações de poder de cada ator	98
5.4 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PARTICIPASUS	100
5.4.1 A definição de agenda e formulação	100
5.4.2 Implementação	103
5.4.2.1 <i>Ouvidoria do SUS</i>	104
5.4.2.2 <i>Auditoria do SUS.</i>	106
5.4.2.3 <i>Controle Social do SUS</i>	108
5.4.2.4 <i>Monitoramento e Avaliação</i>	110
5.4.2.5 <i>Comitê da Promoção da Equidade</i>	114
5.4.2.5.1 <u><i>População Negra</i></u>	115

<i>5.4.2.5.2 População LGBT</i>	118
<i>5.4.2.6 Espaços Intergestores</i>	120
5.4.3 Monitoramento e Avaliação	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	146
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	148
ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPQAM/FIOCRUZ	150

1 INTRODUÇÃO

A definição de participação está permeado de contradições, isso se deve, especialmente à sua amplitude conceitual. Nem sempre são claras as diferenças entre participação cidadã, participação social, participação comunitária e participação popular (JACOBI, 2000). O conceito assumiu significados variados, conforme o contexto que operou a concepção vigente do processo saúde-doença e, principalmente, as relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade (CARVALHO *et al.*, 2001).

Muitos pesquisadores estudaram o tema da participação, permitindo a construção de um quadro teórico (OLIVEIRA, 2003).

Arouca (1987) define a participação popular como uma prática social com suposta participação das classes sociais, em especial a dos trabalhadores do campo e da cidade, em todos os níveis de organização da sociedade, devendo envolver associações, comitês, fóruns, conselhos, sindicatos, partidos, movimentos e organizações, dentre outros mecanismos, nos diferentes níveis de organização do Estado e nas diferentes áreas de atuação.

Para Demo (1998), a participação é um processo de conquista, em constante vir-a-ser e inacabada. O autor relata ainda que não é dádiva nem concessão, nem é preexistente. O processo de participação envolve disputa por poder, mostra-se como outra forma de poder.

Uma nova forma de participação foi trazida para o cenário nacional na década de 80, que passou a ser praticada através de gestões colegiadas e representativas e a ser vista como direito de cidadania (CARVALHO *et al.*, 2001).

A institucionalização desta participação produziu militantes que desenharam um sistema único e descentralizado de saúde garantindo espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde (OLIVEIRA, 2003).

Na saúde, a participação ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) e complementar pela Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b), que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por conferências e conselhos de saúde, configurando uma nova representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais, especialmente as de saúde (WESPHAL, 1992).

O controle social em saúde é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço e o canal de manifestação da participação social de maneira regulada e institucionalizada. O mesmo torna-se uma ferramenta para consecução da Gestão Participativa, que consiste no ato

democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do controle social a partir do planejamento de programas e serviços de saúde (OLIVEIRA, 2003).

Em 2006, foi instituído um novo regulamento, a Portaria nº 339/06 (BRASIL, 2006), que assume a participação e o controle social como diretrizes para a gestão estratégica do SUS e interpreta o controle social como movimento de repolitização da saúde para além dos limites institucionais do SUS, para que os papéis dos diferentes atores sejam plenamente exercidos (OLIVEIRA, 2003).

A democratização do SUS aponta a gestão participativa como componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização, como a descentralização, a regionalização e a mudança de cultura de gestão. No entanto, um dos desafios para a sua consolidação vem sendo o aperfeiçoamento e o fortalecimento do processo de controle social – entendido como uma das principais estratégias para a promoção da gestão participativa nas distintas esferas de governo (BRASIL, 2007).

Sobre gestão participativa, entende-se como uma estratégia transversal presente no processo cotidiano da gestão do SUS, que possibilita a formulação e deliberação a partir da inclusão de novos atores e da escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, efetivando desta forma o controle social. Além disso, faz-se necessário, mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população, processos participativos de gestão, intersetorialidade e mecanismos de mobilização social (BEZERRA *et al.*, 2012).

Para Cordeiro e Ribeiro (2006), a gestão participativa é o modelo de gestão que mais se adapta ao novo homem da sociedade do conhecimento, indivíduo este que tem como característica marcante o inconformismo diante de respostas vagas e atitudes sem sentido.

Segundo Misoczky (2003), esse tipo de gestão permite: a construção de ações planejadas por executores e usuários; trabalhar com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; proporcionar aos atores o exercício da aprendizagem; entender que a responsabilidade, para ser solidária, deve ser assimilada, compreendida e internalizada.

Considerando o processo participativo, o Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, tem desenvolvido várias iniciativas na busca da implementação e da integração de processos com esse objetivo, que convergiram em 2007 para a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, conhecida como ParticipaSUS, divulgada por meio da Portaria nº 3.027 (BRASIL, 2007). É importante ressaltar que a criação dessa secretaria revela uma opção política de grande relevância no Governo Federal.

Os componentes do ParticipaSUS constituem-se em um conjunto de atividades, podendo chamar de intervenções, voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o Apoio ao Controle Social (a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade), o Monitoramento e a Avaliação da Gestão, a Ouvidoria, a Auditoria e a Gestão da Ética nos serviços públicos de saúde. Entre as suas diretrizes, destacam-se: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS; a integração e a interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social; a ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS; a articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS; a articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com os diversos setores, governamentais e não governamentais; e o fortalecimento das formas coletivas de participação e de solução de demandas (BRASIL, 2009).

Para tanto, as atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, e municipais, no âmbito da ParticipaSUS, são definidas tendo como base o Pacto pela Saúde, sendo o efeito mais esperado desse processo, a agilidade e o aperfeiçoamento na implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS (BEZERRA, 2012). A ParticipaSUS implantada no Estado de Pernambuco contém elementos relevantes para análise enquanto política pública no âmbito do SUS.

Para Frey (2000), a pesquisa sobre políticas públicas não pode se eximir da investigação da vida interna dos processos políticos-administrativos, pois os arranjos institucionais, as atitudes e os objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas são importantes elementos explicativos sobre a gênese e o percurso dos programas políticos.

Assim sendo, conhecer fatores relacionados à implantação da Política pode ser fundamental para o sucesso de sua implementação e sustentabilidade.

A partir desta inquietação, foi definido o tema desta tese: a análise da Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco. Esta se constitui como um dos requisitos exigidos pelo Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Nesse sentido, a tese foi norteada pelas seguintes questões:

- 1) Que aspectos contextuais favoreceram o surgimento do ParticipaSUS em Pernambuco?
- 2) Qual o conteúdo propositivo do ParticipaSUS?
- 3) Que atores estiveram envolvidos com o processo de formulação do ParticipaSUS?
- 4) Como se deu o processo político que gerou a definição, elaboração e decisão pela implantação do ParticipaSUS em 2008?

Para responder essas questões, a tese foi subdividida em seis capítulos, além da presente introdução.

O segundo capítulo apresenta os objetivos geral e específicos da presente tese.

O terceiro capítulo será apresentado o marco teórico conceitual.

O quarto capítulo serão explicitado os procedimentos metodológicos adotados, justificando-se cada opção. É nesse capítulo que os aspectos éticos que envolvem pesquisas serão abordados.

No quinto capítulo serão apresentados os resultados e discussões. A primeira parte, focada nos aspectos conceituais e que influenciaram a definição da agenda, a formulação da ParticipaSUS e a decisão em implementá-la. A segunda parte é contemplada pelo conteúdo propositivo da política e seu diálogo com a participação social e equidade em saúde. Aspectos relativos aos atores que estiveram envolvidos com a ParticipaSUS serão abordados na terceira parte do capítulo. A quarta parte é voltada para a compreensão do processo político. Por fim, a última parte dos resultados é direcionada para o momento da implementação da ParticipaSUS.

No último capítulo as respostas às perguntas serão sintetizadas, além disso algumas considerações e novos problemas serão levantados, abrindo-se assim a possibilidade de uma agenda para aprofundamento de questões identificadas como relevantes.

1.1 JUSTIFICATIVA

Levando-se em consideração: A relevância da implantação de processos participativos de gestão para a consolidação do SUS; A necessidade de qualificação dos processos e dos instrumentos de gestão em saúde; O pouco tempo de implantação da política; A necessidade de compreensão sobre as fortalezas e fragilidades da ParticipaSUS; A prioridade do tema na agenda pública da gestão em saúde. Torna-se oportuno realizar uma análise da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), compreendendo e buscando explicar o contexto, o conteúdo, atores e processos envolvidos na sua implantação.

Ao final considera que a tese permitiu uma reflexão sobre o desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia no Estado de Pernambuco e fornecer informações úteis para revisão/ajustes das ações desenvolvidas.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) no estado de Pernambuco.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender e explicar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação da ParticipaSUS no estado de Pernambuco;
- b) Analisar o conteúdo da ParticipaSUS no estado de Pernambuco;
- c) Descrever e analisar a importância dos atores envolvidos no processo político de formulação da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco;
- d) Caracterizar o processo de implantação da ParticipaSUS em Pernambuco.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 O CONTROLE SOCIAL COMO INSTRUMENTO DEMOCRÁTICO E FERRAMENTA GERENCIAL

Neste capítulo trabalha-se a democracia participativa dentro do Estado Democrático de Direito, que deve aliar os modelos de administração gerencial e o da administração societal a fim de se promover o desenvolvimento humano e efetivar o interesse público.

São realizadas ainda considerações sobre mecanismos de participação popular, em especial o controle social, na gestão pública e também condutor da emancipação social, já que alimenta a cidadania plena, caminhando para a construção de uma sociedade civil mais justa e igualitária.

3.1.1 Democracia Participativa

Segundo Dahl (2001), a democracia pode ser reinventada em qualquer época, necessitando apenas de igualdade para existir. Apesar de seu valor central ser igualdade de todos para todos, a exclusão sociopolítica se faz presente mesmo em regimes democráticos, principalmente em comunidades civis periféricas e semiperiféricas em que há indivíduos não cidadãos.

Com o intuito de transformar essa realidade, Touraine (1996) diz que a democracia deve edificar a soberania popular e garantir a liberdade do debate político, sendo assim a substância e procedimento. Em relação à substância, Dahl (2001) afirma que a igualdade deve ser qualificada pela participação efetiva na tomada de decisões em prol do bem comum. Com isso evita-se a tirania, confere direitos essenciais e protege as pessoas.

Dessa forma, a democracia substancial eleva o indivíduo à condição de cidadão, sendo assim um agente proativo frente à efetivação do interesse público (DAHL, 2001).

No que se refere à democracia procedimental, pode-se dizer que seu núcleo centra-se nas regras do jogo para a elaboração e implementação das políticas públicas (ALVES, 2013).

Para Santos (2002), a democracia enquanto processo é um método político, ou seja, um certo tipo de arranjo institucional para a tomada de decisões políticas e administrativas. Sendo assim, a preocupação procedimental limita-se à regras para a tomada de decisão. Para melhor visualização, Bobbio (1979) fez do procedimentalismo regras para a formação do governo representativo, sendo a democracia “um conjunto de regras para a formação de

maiorias”, destacando o “peso igual dos votos e a ausência de distinções econômicas, sociais, religiosas e étnicas na formação do eleitorado”.

Por outro lado, segundo o autor acima, a democracia restringe-se ao processo eleitoral como legitimação do governo representante da maioria. Esse ponto de vista não é suficiente para que ocorra igualdade de direitos em um Estado. Portanto, faz-se necessário superar a representação e aliar as novas formas de governança.

Segundo Alves (2013), a democracia hegemônica ou representativa já não é mais suficiente para legitimar o processo de decisão em uma sociedade pluralista e em que se reconhece como legítima detentora de direitos. No caso, a saída para governar em prol do cidadão é repensar a democracia sob um novo paradigma procedimental-participativa.

Pensando na democratização da democracia representativa, Alves (2013) propõe o experimento de práticas que proporcionem o equilíbrio entre o Estado e a sociedade. Neste contexto surgem, em todo o mundo, iniciativas práticas e organizações que lutam contra a hegemonia do capitalismo neoliberal, visando reduzir as assimetrias sociais (SANTOS, 2002).

Para que haja a construção da democracia contra-hegemônica é necessário que seja feita coletivamente, ‘de baixo para cima’, associando o local com o global, pois esse tipo de democracia está associado estritamente à participação popular, ao multiculturalismo emancipatório, à justiça e à cidadania culturais, à biodiversidade e aos conhecimentos rivais e ao novo internacionalismo operário, de forma que o cidadão assume um papel de agente dentro da Administração Pública (SANTOS, 2002).

A democracia participativa é entendida como um processo para a emancipação e a emancipação como um processo para participação. Dessa forma, a emancipação social juntamente com o exercício da cidadania redirecionam as políticas públicas para a coletividade em prol da construção de uma sociedade plural e igualitária (SANTOS, 2002).

Vale salientar que segundo Alves (2013), quando o cidadão fica no centro de atuação do Estado, este passa a ser visto como Democrático e de Direito, devendo garantir e assegurar o exercício dos direitos individuais e sociais a todos os seus cidadãos.

No caso do Brasil, apesar de ter sido considerado um Estado Democrático de Direito conforme a Constituição Federal de 1988, com três níveis de poder, não é a descentralização político-administrativa, legislativa ou judiciária a única responsável pelo funcionamento da democracia participativa. Para tal, se faz necessária a complementação por outros fatores como a boa administração e seus mecanismos de controle (MAGALHÃES, 1997).

3.1.2 Boa Governança e Administração Pública

Na área do direito administrativo, o conceito de boa administração está relacionado diretamente com a moralidade administrativa, cuja característica principal é a vinculação do gestor à um conjunto de regras de conduta interna da administração pública, sejam elas implícitas ou expressas (SANTIN, 2012).

Contudo, no modelo gerencial atual, o direito à boa administração vai além das exigências da moralidade administrativa, é preciso ser também eficiente, prestar conta da sua atuação e assumir responsabilidade por seus atos, sendo então um direito fundamental (SANTIN, 2012).

Alves (2013), aponta a ineficácia do Estado do bem-estar social e da administração pública verticalizada como precursora do descrédito do Estado e das Instituições públicas. Como alternativa para credibilizar novamente o Estado e a administração pública, surge a Nova Administração Pública (NAP), que importou técnicas do setor privado para o setor público e para a administração pública.

Após a redemocratização do Brasil, o Estado se viu ineficiente e para ajustar a máquina administrativa ao novo regime político foi necessário mudar o paradigma administrativo burocrático. É nesse cenário que surgem dois projetos políticos de modelos de gestão pública: administração pública gerencial e administração pública societal (ALVES, 2013).

O modelo gerencialista brasileiro foi implantado no Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, protagonizada pelo Ministro de Administração Federal e Reforma de Estado (MARE) Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira. O ápice da reforma deu-se com a EC nº 19 de 1998. A referida emenda deu novos contornos à Administração Pública ao tratar da reforma administrativa do Estado, introduzindo o princípio da eficiência, além de preconizar a participação do usuário na administração pública direta e indireta (MACAGNAN *et al.*, 2009; ALVES, 2013).

Segundo Bresser (2007), a reforma da gestão pública foi um processo de descentralização, a medida em que houve a delegação de poder para níveis inferiores e fortalecendo o núcleo estratégico, a partir do momento em que os mecanismos de responsabilização social tornam-se mais eficazes. Por outro lado, a reforma da gestão pública manteve-se com característica centralizadora no que se refere à formulação de políticas.

Com o passar do tempo este modelo mostrou-se ineficiente porque apesar da descentralização de atribuições, os recursos e as competências mantiveram-se centralizados.

A princípio, a NAP qualificaria prestações sociais em virtude da responsabilização que reinvidica uma atuação mais transparente da administração e uma atuação mais participativa da sociedade. Contudo, sob o manto da eficiência, há o principal viés deste modelo, que é o neoliberalismo (ALVES, 2013).

A administração gerencial concretizou a política Neoliberal, pois mesmo com propostas democráticas, a mesma objetivou o fortalecimento do capitalismo. Ou seja, a exigência da participação social ativa e propositiva, prevista na Constituição de 1988, serviu apenas para legitimar a atuação do Estado.

O Estado Democrático de Direito brasileiro, gerido pelo modelo gerencial, não foi capaz de consolidar a democratização no país. A sociedade brasileira ainda vive refém da democracia representativa, isso se deve pela não concretização dos inúmeros instrumentos para efetivação de uma democracia responsável e participativa (ALVES, 2013). Apesar do Brasil viver num momento democrático, mas ainda não houve o despertar. Hoje, no país, há grandes desigualdades, apatia cívica e o poder restrito a uma classe dominante. A participação popular se encerra no voto e o governo, divergindo do preconizado pela constituição, atendendo muitas vezes a interesses privados, agraciando indivíduos com ‘dávivas sociais’ quando na realidade são os reais detentores de direitos.

Logo, o modelo gerencial vem se mostrando ineficiente no que se refere à concretização da democracia participativa e como meio de superá-la, a sociedade vem buscando cada vez mais os seus direitos frente ao estado, ganhando destaque a administração societal (ALVES 2013).

Esse tipo de administração teve como disparador os movimentos sociais iniciados na década de 60, voltada especialmente para a qualidade de vida individual e coletiva. Esta articulação deu origem ao “movimentalista brasileiro”, com o intuito de inserir a participação popular na gestão pública (PAULA, 2005).

Para Salm e Menegasso (2006), na democracia participativa, no modelo societal coloca o cidadão no centro da gestão pública, fomentando a cidadania ao valorizar o indivíduo quanto ser político e a sociedade civil articulada como participante na construção do interesse público.

Apesar da primazia da participação popular, o modelo societal reflete dicotomia entre política e administração pública e não tem propostas acabadas para as áreas econômica-financeira e institucional-administrativo (PAULA, 2005).

Numa sociedade plural, a prática administrativa pública requer múltiplas práticas e modelos. Sua eficiência viria da combinação de modelos gerencial e societal, tendo como

ponto de partida uma sociedade emancipada e, por isso, politicamente articulada e atuante (ALVES, 2013).

Araújo (2007), relata que para a administração pública moderna atinja o bem estar social é necessário formar uma rede de ligações verticais e horizontais entre as organizações públicas, privadas e voluntárias, onde os cidadãos participam de diversas maneiras, em vários pontos e em momentos diferentes.

3.1.3 Conceito de Controle Social e Participação Popular

Apesar das relações estreitas do controle social e da participação popular, eles distinguem-se no que se refere à tomada de decisão frente as políticas públicas.

Para Siraque (2009), o controle social ocorre na análise jurídica da norma estabelecida pela Administração Pública, na compatibilidade de outras normas e na fiscalização da execução dessas normas jurídicas com o caso real. Já a participação popular é vista como partilha do poder político entre representantes e representados, podendo ocorrer antes e durando o processo decisório na administração pública.

Dessa maneira, o momento de atuação do controle social é após a tomada de decisão da Administração Pública, é quando a sociedade verifica as conformidades das atuações dos agentes públicos em relação ao que foi estabelecido nas normas, ou se está compatível com o ordenamento jurídico vigente. Por outro lado, a participação popular é a parcela da sociedade agindo em conjunto com o Estado em prol dos interesses da coletividade, o bem comum (ALVES, 2013).

É importante ressaltar que, tanto o controle social, quanto a participação popular são direitos fundamentais do ser humano e ao mesmo tempo limitantes do poder público, cujos fundamentos jurídicos às vezes são confundidos, mas em ambas as essências estão os valores de cidadania, soberania popular e o princípio republicano (SIRAQUE, 2009).

Apesar de ambas inspirarem o Estado Democrático de Direito, a diferença primordial está na tomada de decisões. No caso da participação popular, ocorre a deliberação política enquanto que no controle social, a participação consiste na fiscalização da atuação do agente público (ALVES, 2013).

Vale salientar que ambas foram contempladas na Constituição Federal de 1988. No caso da participação popular, esta foi expressa e assegurada no parágrafo único do artigo 1º, que diz: “Todo poder emana do povo, que exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos dessa constituição” (BRASIL, 1988).

Para a Constituição, o exercício do poder em sociedade de massa é inviável para a democracia direta, de modo que não pode e nem deve abrir mão do modelo representativo. Logo, nessas sociedades os modelos representativos e participativos devem se complementar rumo a uma gestão mais eficiente, respeitando as peculiaridades e locais de maneira a contribuir para o desenvolvimento nacional.

Em relação ao controle social, a Constituição prevê sua efetivação a partir de participação ativa dos cidadãos individual e coletivamente na gestão pública. Neste caso, somente uma sociedade com educação política e emancipada socialmente ocorre a participação popular e, por conseguinte, o controle social estatal (ALVES, 2013).

É importante ressaltar que em diferentes etapas do desenvolvimento sócio-político dos países, a participação é reconhecida como um passo importante a ser fomentado, diante da construção democrática, sendo muitas vezes importante reforçar quem deve compor o espaço participativo e influenciar nas decisões (FLORESTA *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, novas formas participativas vêm se proliferando a partir de pressões por mais participação de organizações da sociedade civil que se mobilizam afim de inserir, na agenda pública, propostas e demandas relacionados a mais variados temas tais como direitos humanos, questões ambientais, direitos de grupos étnicos, de pessoas com diversas orientações sexuais, dentre outras (CÔRTEZ, 2010).

3.1.4 Participação Social na história da política brasileira

As análises históricas e culturais apontam que a participação social sempre existiu no Brasil. Rocha (2005) descreve em seus estudos que a história política do país é repleta de exemplos de manifestações populares que demonstram a capacidade do povo brasileiro se organizar e lutar por seus direitos. Vale salientar que a forma e a intensidade de luta variam de acordo com os usos e costumes de cada época, com a experiência histórica e política de cada um dos movimentos sociais e com a abertura ao diálogo e à negociação com os governantes da vez.

Para melhor exemplificar, Carvalho (1996) aponta em seus estudos o processo de distanciamento entre o mundo político e a sociedade civil vivenciado nos primeiros anos da República no Brasil. Para ele, o entrosamento entre o novo regime político teoricamente democrático e o povo foi mínimo, ou seja, não houve praticamente nenhuma interação entre representantes e representados. Isso demonstra um real desprezo à elite governante por parte daqueles que foram obrigados a se adaptar a uma forma de governo, a um projeto político que

sequer foram consultados.

Com o intuito de defender seu argumento, o autor acima chama a atenção para o episódio da revolta da vacina, onde a população tomou as ruas da cidade e demonstrou sua insatisfação participando do “quebra-quebra”. Por outro lado, do ponto de vista da política “formal”, não havia interesse no envolvimento pelas classes populares já que a “República” era considerada como algo estranho à cultura. Esse estranhamento talvez se deva ao fato de que a população não tinha tomado parte de sua construção e a entendiam como um processo imposto de cima para baixo. Ou seja, as manifestações populares não se davam por meio dos canais oficiais, como os mecanismos eleitorais e sim por rituais religiosos e grandes festas populares étnicas que refletiam a cultura local.

No que se refere a esse episódio da história brasileira, percebe-se que os repertórios de ação dos movimentos populares são construídos historicamente e os movimentos sociais desenvolvem, com o passar do tempo, em uma diversidade de formas de protestos (ROCHA, 2005). Por esse motivo, não se deve desqualificar as diferentes estratégias de protestos utilizadas ao longo da história política brasileira e afirmar que o povo brasileiro não tem uma cultura participativa.

A história política brasileira mostra que até o início da década de 60 se multiplicavam as manifestações populares, merecendo destaque os movimentos da reforma agrária, pela casa própria, pela redução de tarifas dos transportes públicos, dentre outros. Com o golpe militar, a conjuntura política e social foi radicalmente transformada, onde passou a predominar um cotidiano de violência que impediu todo e qualquer tipo de mobilização política da sociedade. Com isso, os canais formais de manifestação e diálogo foram fechados, fazendo com que os movimentos populares e organizados da sociedade ficassem sem alternativas de canalização de suas insatisfações e demandas ao estado (ROCHA, 2005).

Segundo Fagnani (2005), a estratégia para as políticas sociais adotadas nessa época potencializou a capacidade de intervenção do Estado, ampliando o alcance da gestão governamental. Vale salientar que o regime militar foi marcado por um beneficiamento das classes médias e altas em relação às camadas mais pobres da população, acentuando a desigualdade social.

No período militar, as mudanças ocorridas na forma de gestão e controle das políticas públicas não contemplavam estratégias de participação popular, na medida em que todos os mecanismos de controle público foram eliminados. Por outro lado, o marco mais importante da luta pela participação popular, na esfera pública, originou-se no auge da resistência contra a ditadura militar, a partir dos anos 70 e ao longo dos anos 80, dado a organização de novos

movimentos populares e da classe média em prol das reivindicações urbanas como educação saúde, moradia, saneamento e transporte coletivo (ROCHA, 2005).

Nesse período a efervescência política começa a tomar proporções irreversíveis. Com a transição democrática e o surgimento de novos atores sociais, os movimentos sociais se disseminaram no País, assim como novas formas de pensar a política (AMORIM, 2015).

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que novos partidos entravam na política nacional, um amplo debate perpassou por toda a sociedade, no qual a possibilidade de reverter extremas desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas que se centraram na redefinição das políticas sociais (MACEDO, 2005).

Neste contexto, as discussões em torno do processo de reformulação do setor da saúde no Brasil, juntamente com a necessária participação popular, deu origem ao movimento da Reforma Sanitária. Wendhausen (2002) relata que para a consolidação da Reforma Sanitária foi necessário o envolvimento de três pilares de atores sociais: o movimento popular em saúde, inclusive movimentos sindicais e de partidos políticos; o movimento médico; e o movimento dos intelectuais da área de saúde representados pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A participação dessas entidades foram responsáveis pelo contorno institucional ao movimento além de influenciar decisivamente no processo de reforma do setor de saúde no Brasil (CARVALHO, 1995).

Em 1982, vários governadores de oposição foram eleitos em pleitos diretos, assim como também vários participantes do movimento sanitário passaram a fazer parte dos quadros das secretarias de saúde do País. O mesmo ocorreu em 1983, com a entrada de novos prefeitos simpatizantes com a ideia de descentralização. A instalação da Nova República levou para dentro das instituições federais mais relevantes, em postos políticos de importância estratégica, profissionais oriundos do movimento sanitário, institucionalizando o projeto da reforma sanitária (MACEDO, 2005).

Essa conjuntura política do país favoreceu o crescimento do movimento sanitário, que tornou possível a realização da VIII Conferência nacional de Saúde, com característica participativa completamente diferente das conferências anteriores. Esta contou com cerca de cinco mil participantes dos mais diversos segmentos sociais e políticos, marcando o início da participação institucional com representações da sociedade civil (WENDHAUSEN, 2002, p. 119).

Em relação aos espaços acadêmicos, em especial na área da saúde, houve discussões a respeito do contexto político e social em que se encontravam o país e propostas que

consideravam o ser humano como sujeitos de direito. A ideia de participação social foi difundida e defendida nestes setores da sociedade, em especial nos espaços acadêmicos, que passou a ser o principal reduto de contestação ao regime autoritário (WENDHAUSEN, 2002).

Apesar das restrições e controle da liberdade de expressão e de associação de indivíduos e de grupos políticos e sociais que criticassem o regime político autoritário, existia algum espaço de mobilização e de debate na base da sociedade brasileira (CICONELLO, 2008).

Esse espaço foi estrategicamente identificado e utilizado por milhares de organizações – formais e informais -, militantes, religiosos, intelectuais e movimentos sociais inspirados, principalmente por referenciais teóricos e morais, como a Teologia da Libertação e o movimento pedagógico criado pelo brasileiro Paulo Freire, chamado Educação Popular. A atuação era baseado em processos educativos junto a grupos populares com a finalidade de gerar emancipação e consciência cidadã. Educar a população para a transformação social era o objetivo (CICONELLO 2008, p. 2).

O período autoritário, com direitos sociais praticamente nulos, juntamente com o contexto social, econômico e político que o País atravessava, desencadeou o processo de mudança de atitudes em segmentos da sociedade, que passou a orientar a população quanto às mudanças pelas quais o país necessitava passar (AMORIM, 2015).

Nesse momento surge “um cenário carregado de esperanças quanto à possibilidade de a cidadania plena tornar-se realidade, aí incluído o direito a participar da formulação de políticas públicas capazes de assegurar o acesso a uma assistência médica suficiente, equitativa e digna” (LABRA, 2005, p. 359).

3.1.5 Institucionalização do espaço de participação social

As reivindicações por mais participação popular geraram uma carta com propostas de garantia de iniciativa popular no Regimento Interno Constituinte com mais de quatrocentas mil assinaturas. Esta carta foi encaminhada à Assembleia Constituinte para posterior apresentação e aceitação (ROCHA, 2005).

Essas emendas populares foram experiências pioneiras no campo da institucionalização da participação da sociedade no âmbito da política nacional, e foi a partir dessas emendas populares que a sociedade pôde participar ativamente do processo de elaboração da Carta Magna, apresentando propostas ao texto constitucional. Isso resultou no alargamento do exercício da democracia brasileira em participativa, além de representativa durante a constituição de 1988 (ROCHA, 2005).

Grande parte das reivindicações presentes no movimento de “Participação Popular na Constituinte” acabou se institucionalizando na Constituição Brasileira através de várias formas de participação da sociedade na vida do Estado. Vale salientar que, a nova Carta Magna ficou conhecida como a “Constituição Cidadã” especialmente pelo fato de ter incluído em seu âmbito mecanismos de participação no processo decisório federal e local (ROCHA, 2005).

No que se refere à democracia participativa, foi estabelecido os Conselhos Gestores de Políticas públicas com representações do estado e da sociedade civil, nos níveis municipal, estadual e federal, indicando caráter democrático e descentralizado nas gestões das políticas da Seguridade Social, da educação e da criança e do adolescente (ROCHA, 2005).

Foram também elaborados constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios brasileiros, tendo como produto a criação de conselhos municipais de gestão e controle de políticas públicas, onde participam os atores governamentais e não governamentais. Vale salientar que, a partir do espaço surgido de participação da sociedade, houve uma aposta no potencial das novas institucionalidades com o intuito de mudar a cultura política do país, introduzindo novos valores democráticos e maior transparência e controle social na atuação do Estado no que se refere às políticas sociais (ROCHA, 2005).

Pode-se dizer que a Constituição Brasileira estabeleceu sistemas de gestão democrática em vários campos da administração pública e que, hoje, quase todas as políticas sociais brasileiras contam com espaços institucionalizados de participação social chamados de conselhos, que se configuram como órgãos colegiados com representantes da sociedade civil e do poder público. Muitas dessas políticas passaram a desenvolver também conferências nacionais, onde representantes do poder público e da sociedade discutem e apresentam propostas para o fortalecimento e a adequação de políticas públicas específicas. É importante salientar que algumas destas são regulamentadas por lei como é o caso das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde e da assistência social; outras são regulamentadas por decreto do poder executivo, e por fim há aquela que não são institucionalizadas (CORTEZ, 2003).

Após a constituição Federal de 1988, o Brasil passou a ser um Estado Democrático de direito, tendo como um de seus fundamentos a cidadania. Para tal foi instituído um conjunto de mecanismos que deu direito à participação na gestão pública. Dentre estes mecanismos estão: O artigo 193 trata dos princípios gerais da Seguridade Social, definindo as formas mais explícitas de participação, envolvendo os trabalhadores, empresários e aposentados; o artigo 198 trata das ações e dos serviços públicos de saúde, tendo como a diretriz geral “a

participação da comunidade”; o artigo 204 das ações governamentais da área de assistência social estabeleceu a participação da população por meio de organizações representativas na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis de gestão. A regulamentação desse princípio privilegiou a criação de conselhos de Estado (ROCHA, 2005).

Cada área referida acima estruturou seus conselhos de forma particular, ou seja os conselhos de seguridade, previdência, saúde e assistência tiveram diferentes destinos e sucesso variado como instrumento de participação devido às singularidades de cada área.

Segundo Côrtes (2010), a proliferação desses mecanismos de participação fez do Brasil um dos principais “laboratórios” de experiências e de análise da participação social na gestão pública. Dentre as diversas áreas, a saúde foi que mais se destacou devida à intensidade e precocidade presentes nos mecanismos de participação.

3.1.6 A participação popular na gestão da saúde

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) iniciada em 1970, trouxe a tona inúmeros debates em torno da saúde e da necessidade do acesso aos cidadãos brasileiros, que eclodiu com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986, onde foram propostas mudanças no setor saúde para que ele se configure como democrático, acessível, universal e socialmente equitativo (CESALTINA, 2005).

A VIII Conferência se diferencia das demais realizadas anteriormente por duas características, o caráter democrático e a participação social. A primeira se refere à presença de milhares de delegados representativas de quase todas as forças sociais da sociedade civil. A segunda característica mencionada trata-se da configuração como um processo social que começa com as conferências municipais e estaduais até chegar à nacional. Isso mostra que pela primeira vez foram programadas pré-conferências preparatórias para o evento nacional, dando origem ao caráter de participação, característico das sistemáticas das Conferências Nacionais (CESALTINA, 2005).

O projeto de Reforma Sanitária se baseou em um conceito de saúde ampliado, relacionado às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, lazer e educação. Neste caso, a saúde é definida como um direito do cidadão e um dever do Estado. Com isso, para que ocorresse a efetivação da reforma sanitária foram necessárias transformações nas políticas de saúde, surgindo assim as propostas de criação de um Sistema Único de Saúde predominando o setor público, descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde, participação e controle da população na

reorganização dos serviços de saúde e readequação financeira do setor (COHN, 1996).

Em outubro de 1988 foi aprovada a nova Constituição Federal. Essa Constituição contém cinco artigos referentes à saúde dentro do capítulo da Seguridade Social e estabeleceu princípios, diretrizes e organização para a criação do SUS, como: descentralização político-administrativa; participação da comunidade (controle social), muito presente pelos Conselhos de Saúde, hierarquização e regionalização; e a própria eficiência e eficácia, para produzir resultados com qualidade (MACAGNAN *et al.*, 2009).

O 1º artigo da Constituição Federal garante um Estado democrático de Direito, ou seja, além de garantir direitos humanos, liberdades fundamentais e igualdade política, carrega o princípio democrático. Mais adiante, no artigo 37 está a participação da sociedade na administração pública. Com isso, vai sendo trilhado um caminho para a participação da sociedade nas instituições públicas e decisões fossem traçadas (BRASIL, 1988).

A inserção dessa participação se deu com a Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990b), onde o Conselho de Saúde foi definido como instância colegiada, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que passou a atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

As Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990 estabeleceram o formato dos conselhos de saúde e regulamentam a participação social institucionalizando-a e ampliando a possibilidade de envolvimento dos usuários no SUS (BRASIL, 1990a, 1990b). Ressalta-se que esta participação não se dá somente através dos conselhos de saúde, mas também das conferências nos três níveis de governo: União, Estados e municípios.

Assim, a participação da sociedade através dos conselhos de saúde se constitui nas lutas para “transformar as desigualdades e iniquidades” (BRASIL, 2006, p. 20). “Os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade” (BRASIL, 2006, p. 20), pois no momento em que são formalizados grupos que se organizam para reivindicar direitos e transformações sociais, surgem os interesses coletivos. Assim os conselhos representam a institucionalização da “democracia participativa” que é a “manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação” (BRASIL, 2006, p. 20).

Os conselhos de saúde sofreram pressão do movimento da reforma sanitária e dos movimentos sociais para que passassem a ter um poder deliberativo nas agendas e nas

articulações afim de implementar as políticas públicas de saúde. Sendo assim, o controle social se torna pública, além de democratizar e criticar a relação do Estado com os interesses dominantes, promovendo o intercâmbio entre os movimentos sociais e a agenda do Estado (BRASIL, 2006).

Pode-se dizer que, hoje os conselhos de saúde estão presentes em todas as unidades da federação e todos os municípios do país e costumam se reunir pelo menos uma vez por mês, mobilizando aproximadamente cem mil pessoas (PEREIRA NETO, 2012). Apesar do aumento nos espaços formais para realização desse tipo de atividade, não há garantia de qualidade dessa participação.

Isso leva a questionar os reais objetivos desses espaços institucionais, ou seja, se vêm sendo utilizado para a tomada de decisão a favor dos interesses coletivos, de forma democrática, ou se surgiram apenas para representação de velhos interesses corporativistas e individuais (AMORIM, 2015).

No âmbito municipal, além do Conselho Municipal de Saúde (CMS), podem existir os Conselhos Locais de Saúde atuando junto às Unidades de Saúde, sendo considerada importante instância de participação popular (AMORIM, 2015).

Segundo Miranda e Guimarães (2013), tais instâncias contribuem fortemente para o fortalecimento e efetivação do controle social em qualquer município do Brasil, uma vez que aproxima a população com questões do SUS e contribuem com as ações do conselho municipal de saúde, visto que favorecem a participação popular de forma descentralizada.

Desta forma, os Conselhos de saúde são conquistas da sociedade e se constituem em espaços de materialização da proposta de controle social. Vale salientar que o controle social em questão é o mesmo que emerge das lutas sociais e vem sendo institucionalizado pela gestão pública, correspondendo a uma nova compreensão da relação Estado e sociedade, em que a sociedade estabelece práticas de vigilância e controle sobre o Estado (CARVALHO, 1995).

Nesse sentido, a sociedade tem a possibilidade de controlar as ações do Estado, podendo intervir na gestão pública a favor dos interesses das classes menos favorecidas para influenciar, defender e controlar os direitos já conquistados ou a conquistar (AMORIM, 2015).

Vale enfatizar que, desde que a legitimidade e a autonomia dos conselhos e conferências ficaram a cargo do poder legislativo, os aspectos relacionados a participação popular e controle social no SUS estiveram presentes em todas as Conferências Nacionais de Saúde, mesmo que a temática central não estivesse diretamente relacionada (FLORESTA *et*

al., 2014).

Sposati e Lobo (1992) destacaram que a legislação sanitária da época estava além do que praticava o sistema de saúde e desta forma seguimos caminhando a passos largos na discussão e aparato legal sem avançarmos proporcionalmente nas práticas participativas inclusivas para grande parte dos brasileiros.

Para melhor contextualização da participação e controle social nos espaços colegiados institucionalmente garantidos, abaixo foi descrito a evolução da discussão de sua temática.

O relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), que teve como tema central a “Municipalização é o caminho”, abordou um capítulo sobre o controle social. Neste conteve diversas deliberações envolvendo os conselhos de saúde, conferências de saúde, mecanismos de controle, acesso à informação e conselhos gestores

No relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) cujo tema central foi a “Construção de um modelo de atenção à saúde”, houve uma descrição do grande avanço relacionado à qualidade da participação e representatividade nessa instância. Também foram identificados deliberações, quanto ao controle social na saúde, o que refletiu na necessidade de consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos conselhos de saúde. Vale salientar que o relatório desta Conferência sintetizou os principais problemas e desafios elencados pelos conselheiros, a fim de fortalecer os conselhos e capacitar os representantes usuários, além de ter sinalizado a necessidade de criação de novas formas de controle social capazes de viabilizar a participação de usuários e de trabalhadores nas decisões tomadas pelos gestores das unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), abordou um capítulo destinado a “Avaliação do controle social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde”, no qual foi descrito um balanço de experiências do controle social, para além dos conselhos e conferências no SUS, incluindo a indicação da construção de novos arranjos que possibilitassem a participação dos usuários (FLORESTA *et al.*, 2014).

O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004), cuja título foi “Saúde um direito de todos e dever do Estado: Saúde que temos e o SUS que queremos”, apresentou um eixo temático a fim de discutir o controle social e a gestão participativa, enquanto fatores que auxiliavam a ampliação da cidadania e avanço no reconhecimento do usuário como membro da comunidade organizada. Neste relatório também foi identificado os obstáculos presentes nos espaços de participação já institucionalizados, dentre eles: o não exercício do caráter deliberativo, condições precárias operacionais dos conselhos, ausência de outras formas de

participação, dificuldade na difusão das informações e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros.

É importante destacar o foco presente no texto a respeito da necessidade de viabilizar a participação em outros espaços e de outras formas, evidenciando também uma reflexão acerca do fomento da participação em todas as esferas (FLORESTA *et al.*, 2014).

A discussão na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008), cuja temática foi “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, enfatizou a participação da sociedade na efetivação do direito à saúde, onde trouxe em comum algumas das discussões contidas nos textos dos relatórios anteriores e seus poucos avanços prático.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde (2012), cuja temática foi “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, em seu relatório final abordou um capítulo destinado à Gestão Participativa e Controle Social contendo diversas deliberações relacionadas ao fortalecimento da gestão participativa nas três esferas de governo contemplando todos os componentes do ParticipaSUS, à implementação de processos de participação popular em saúde; ao fortalecimento dos órgão de fiscalização, controle e auditoria do SUS; a garantia da transparência dos serviços prestados; e fazer cumprir pelos gestores a lei nº 8142/90, respeitando os conselhos de saúde como órgão fiscalizadores e deliberadores.

Mais recentemente, ocorreu a 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015), cujo tema foi “Saúde pública para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, no eixo de participação social, do seu relatório final, conta como deliberação o fortalecimento das instâncias de controle social e garantia do caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Diante do exposto, pode-se dizer que as dificuldades quanto à operacionalização da participação na saúde tem sido abordada nos relatórios das sete últimas Conferências Nacionais de Saúde, que contempla o período de 1992 á 2015. Nesses espaços foram discutidos os desafios que vão desde a baixa representatividade, o fato do espaço não ser realmente deliberativo, a falta de capacidade dos conselheiros até a falta de divulgação das informações (FLORESTA, 2014). Logo, apesar de existir os espaços de participação, o ato ou efeito de participar, ainda é cercado por desafios para sua efetiva operacionalização.

Apesar das lacunas nas práticas estabelecidas nestes espaços participativos descritos em quase todos os relatórios analisados, pode-se afirmar que houve um grande avanço no arcabouço legal e teórico.

3.1.7 A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

A partir das propostas advindas do Movimento de Reforma Sanitária, formalizadas na Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde, foi iniciada a construção do modelo de atenção à saúde baseado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como as regiões do país apresentam diversidades em função da dinâmica sócio-política e cultural e da amplitude geográfica, torna-se fundamental a descentralização afim de atingir as mais variadas demandas, necessidades e potencialidades (BRASIL, 2007; MACAGNAN *et al.*, 2009).

Com o intuito de garantir o enfrentamento das iniquidades com integralidade e racionalidade, foi proposto a regionalização cooperativa, no Pacto pela Saúde. Para tal, se faz necessário a realização de ações de educação em saúde que promovam a ampliação e a vocalização das necessidades e dos desejos da população, assim como também a escuta dos profissionais e serviços, para que o acolhimento e o cuidado passem a ter significado para ambos. Além disso, é possível tornar visível as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir das concepções das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento (NESPOLI *et al.*, 2014).

Com a finalidade de promover o encontro entre a necessidade e o desejo da população, as políticas estruturantes do SUS como a integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS possibilitam a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas (CAMPOS, 2005).

A formulação das políticas de saúde, para o fortalecimento do SUS, deve emergir dos espaços de aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento de atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. É importante ressaltar que, formular e deliberar representa um avanço para o controle social e um desafio para a gestão participativa, por ser imprescindível a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular, a partir da ampliação de espaços públicos e coletivos para o diálogo e a pactuação das diferenças (BRASIL, 2007).

Também se faz necessária a criação de estratégias eficientes de informação e de escuta do usuário e população em geral, reformulando desta forma o conceito e dinâmica de trabalho das ouvidorias, passando a ser uma fonte de informações com o intuito de fomentar a gestão do SUS em todas as esferas de governo. Para isso, é necessário incentivar o acesso e a

transparência no SUS através do aumento da divulgação das prestações de contas e do relatório de gestão (NESPOLI *et al.*, 2014).

Nessa lógica, a auditoria do SUS vem mudando seus conceitos, normas e procedimentos, trocando as antigas práticas voltadas para a assistência individual e focada nos erros pelo acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo (NESPOLI *et al.*, 2014).

Outra Meta sob responsabilidade do Ministério da Saúde é o “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS”, cujo foco é a qualificação da gestão do sistema, onde há necessidade de maior integração com as demais áreas da Gestão Estratégica e Participativa. Desta forma, pode-se dizer que a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, de maneira transversal (CUNHA; SILVA JÚNIOR, 2014).

Esse movimento resultou na criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que em 2007 publicou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) com o objetivo de orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS, nas respectivas esferas interfederativas de gestão. Vale salientar que esta política simboliza inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007; BRASIL. Presidência da República, 1990).

A ParticipaSUS é composta por quatro componentes: Apoio à Gestão Participativa, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Ouvidoria-Geral do SUS e Auditoria do SUS. Estes componentes têm funções complementares, devendo atuarem de forma integrada, racional e eficaz afim de evitar duplicidade de ações ou conflito de competências (NESPOLI *et al.*, 2014).

Vale salientar que, a ParticipaSUS compõe uma estratégia para consolidação do modelo de gestão democrática pensada para o SUS desde o Movimento de Reforma Sanitária. Enquanto Política Nacional, composta por quatro distintos e complexos componentes, traz o desafio de ser implementada de forma descentralizada e de responder de forma efetiva às diferentes demandas de saúde (MARINHO, 2015).

No que se refere ao seu papel junto à participação da sociedade, a ParticipaSUS induz diferentes formas de mobilização e participação da sociedade na construção, efetivação e

defesa do SUS e, ainda, compreende as complexas e dinâmicas formas de organização da participação da sociedade e seus reflexos no campo social, político e econômico.

3.1.7.1 Componente da Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

Reforçando as conquistas populares no Brasil a partir da trajetória emblemática dos movimentos sociais em defesa ao direito da saúde, faz-se necessário pontuar a representatividade da década de 80 como momento de institucionalização de práticas inovadoras para o setor saúde e sua posterior consolidação, na década de 90, através das conferências e conselhos de saúde (AMORIM, 2015).

Após estes marcos históricos, as Conferências Nacionais de Saúde realizadas reafirmam como essencial a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes. Vale salientar que durante as realizações destas Conferências algumas propostas surgiram como desafios à consolidação e fortalecimento do controle social do SUS, como: Garantia de efetiva implantação dos Conselhos de Saúde, assegurando dotação orçamentária própria; Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, como composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito pelos seus membros; Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde; e aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, como também de mecanismos de escuta do cidadão (FLORESTA *et al.*, 2014).

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, através da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, respaldando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada pessoa. Sendo necessário estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício efetivo do Controle Social da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Assim, o componente da Gestão Participativa e do Controle Social no SUS envolve os mecanismos institucionalizados, inclusive os conselhos e as conferências de saúde, assim como os processos participativos de gestão estabelecidos nos três níveis federativos. Envolve, ainda, as instâncias de pactuação entre gestores e os mecanismos de mobilização social. Como mecanismos institucionalizados de participação social na política de saúde figuram os

conselhos e as conferências de saúde (NESPOLI *et al.*, 2014).

3.1.7.2 Componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

O componente da ParticipaSUS, Monitoramento e a Avaliação da Gestão do SUS, tem por base um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida e a necessidade de construir indicadores de monitoramento e avaliação, capazes de articular aspectos individuais e coletivos, os determinantes e condicionantes da saúde, o impacto das ações no desempenho do SUS e na saúde da população. As ações de monitoramento e avaliação possuem objetivos vinculados ao desafio de consolidar o SUS, pelo fato de suas intervenções aumentarem a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político e, desta forma, contribuir para a governabilidade do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2012; MARINHO 2015).

Vale salientar que este componente, parte da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa, é fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde que envolveu diversos órgãos, a partir do momento que foi detectado a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, como também outras esferas do SUS (CUNHA, SILVA JÚNIOR, 2014).

A história do Monitoramento e Avaliação apontou inquietações com as suas ações desde a criação do SUS visando estabelecimentos de conceitos, metodologias e práticas. Dessa forma, em 2000, essa área passou a ser alvo de publicação polêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) resultando em debates que fossem exaltados questões como dimensões sociais do processo saúde doença, a reorganização dos serviços e o direito à saúde (CUNHA; SILVA JÚNIOR, 2014).

No Brasil, surgiu como fruto das discussões o projeto PRO-ADESS no qual foram produzidas importantes contribuições metodológicas e conceituais, em parceria com a Abrasco, com o intuito de:

- a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a eficácia e a equidade no desempenho do SUS;
- b) melhorar a formulação das políticas;
- c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil;
- d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinado aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente [...] (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007, p. 20).

Também foi levantada a importância dos indicadores de estrutura, em especial a condução financeira, para a realização do monitoramento e avaliação de processos e resultados. Sendo assim, vem surgindo a necessidade de novos mecanismos de controle interno e externo que potencializem os mecanismos de controle social. Vale salientar que para a prestação de contas faz-se necessário o envolvimento de outros órgãos, reforçando a necessidade e importância desse componente para a realização das atividades de monitoramento e avaliação (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

A partir da necessidade de uma estrutura que assumisse a função de articular, apoiar e difundir as ações de monitoramento e avaliação das ações vigentes nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais esferas do SUS, foi incentivado a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Este tem o intuito de promover o acesso aos resultados dos indicadores do SUS, democratizando a informação ao torna-los públicos e transparentes as avaliações realizadas, facilitando o empoderamento e mobilização social em busca da equidade e qualidade em saúde (MARINHO, 2015).

3.1.7.3 Componente Ouvidoria do SUS

Com a finalidade de fortalecer a participação popular, por meio do Decreto n.º 4.726, em 9 de junho de 2003, foi criada a Ouvidoria Geral do SUS, cujo o objetivo é propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, através da criação de espaços de discussão para construção pactuada dessa política (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

As ouvidorias do SUS, componente da ParticipaSUS, são reconhecidas como estratégia para integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. São canais diretos de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, devendo ser criadas e implementadas nas três esferas de governo e fomentar o controle social e a gestão participativa (NESPOLI *et al.*, 2014).

Elas são canais democráticos, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluir reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações. É o papel da ouvidoria a busca da mediação de um equilíbrio entre os entes envolvidos através do encaminhamento, da orientação, do acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, afim de proporcionar uma resolução adequada aos problemas apresentados. Pode-se dizer que as ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações para a tomada de decisão (NESPOLI *et al.*, 2014).

Portanto, a Ouvidoria do SUS é um instrumento da democracia participativa, com vistas a contribuir para ampliar a participação e controle social, fortalecendo as estratégias da gestão participativa, levando em consideração as opiniões dos usuários do SUS.

3.1.7.4 Componente Auditoria do SUS

O quarto componente da ParticipaSUS, a auditoria do SUS, é um instrumento de gestão operacionalizado pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS, que contribui para a alocação e utilização adequada dos recursos públicos do SUS, a garantia do acesso e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos. A Auditoria é composta por um conjunto de técnicas que avalia a gestão pública de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a comparação entre uma situação encontrada e um critério técnico, operacional ou legal (NESPONELI *et al.*, 2014).

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) tem se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em função aos seus princípios e diretrizes do SUS, alterando a lógica da produção ou faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, onde passa a ser incorporado a preocupação com o acompanhamento das ações e análises dos resultados (NESPONELI *et al.*, 2014).

A auditoria, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, através de verificação de sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para a partir daí medir sua adequação aos critérios e parâmetros esperados de eficiência, eficácia e efetividade, assim como também, realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados (CUNHA, SILVA JUNIOR, 2014).

Por fim, o Sistema Nacional de Auditoria deve agir, também, orientado pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas, pelos indicadores de avaliação, nos postos relevantes e fatores de risco evidenciados por auditorias anteriores, por demandas originadas dos Conselhos de Saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Desta forma as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e transparência,

estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados de suas ações, consolidando assim a auditoria como instrumento de gestão.

3.2 ANÁLISE DE POLÍTICA PÚBLICA

Neste campo serão discutidos conceitos essenciais para a presente tese. Será apresentado o que se compreende por políticas públicas e análise de políticas, bem como serão apresentadas as principais vertentes analíticas em seu estudo. Esta temática será discutida a partir de suas bases teóricas que servem de inspiração para os diversos tipos de Análises de Políticas Públicas.

Ainda serão discutidos importantes mudanças ocorridas nos modelos para as análises de políticas públicas e suas fragilidades, em especial a definição de categorias analíticas como modo de superar a lacuna do modelo abrangente, a fim de tornar operacional a análise dos 4 aspectos mencionados por Walt e Gilson.

3.2.1 Conceitos de Políticas Públicas

A expressão Políticas Públicas tem sido trabalhada frequentemente no contexto de áreas e setores políticos específicos. Entretanto, é possível a sua compreensão enquanto conceito amplo e abrangente, de maneira a desvincular das inúmeras áreas podendo ser aplicável, compreendendo-as como ações públicas que tentam regular problemas públicos, ou seja, problemas que surgem no bojo de uma sociedade e que têm relevância social (TEXEIRA, 1997).

Ainda sobre a definição, pode-se afirmar que as políticas são públicas devido a seus interesses públicos e fins públicos, podendo ou não ser subsidiadas ou implementadas pelo poder estatal. Contudo, suas ações devem ser reguladas pelo Estado e estar a serviço de seus objetivos quanto ao bem estar coletivo (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Apesar da tentativa de apaziguar as tensões, as políticas públicas não conseguem eliminar os conflitos sociais, pois caso o fizesse viveríamos em uma sociedade utópica. O conflito existe, e dele se mantém a dinâmica social. Daí a importância da contínua negociação de interesse dos diversos segmentos sociais, e conseqüentemente, do controle social e da participação e organização da sociedade civil (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Segundo Viana (1996), as políticas públicas constituem-se em um processo dinâmico onde interagem uma diversidade de atores e intenções, jogos de poder, recursos financeiros,

estruturas políticas e sociais, não sendo apenas resultados de definições, restritas ao campo político e administrativo. São ações públicas que se encontram contextualizadas nos diferentes problemas que visam responder.

Para Teixeira (1997), quando o Estado assume uma demanda social, este define sua área de atuação para a partir daí montar estratégias mais ou menos estruturadas, desde ações pontuais até programas, delegando responsáveis e disponibilizando equipamentos, instrumentos e outros recursos.

Diante o exposto, pode-se afirmar que há várias formas de se analisar teoricamente as políticas públicas. Este trabalho seguirá a proposta de análise compreensiva de política pública de Araújo, que caracteriza as mesmas como uma categoria de estudo, com metodologias próprias e que deve ser claramente definida, pois reflete uma forma específica de compreender as políticas públicas e seu estudo (ARAÚJO, 2000).

3.2.2 A Análise das Políticas Públicas

Com o intuito de facilitar o entendimento do que está sendo estudado, buscou-se compreender as principais vertentes analíticas no estudo de políticas públicas, o que apontou um grande número e relevante diversidade de técnicas e enquadramentos teóricos.

Para o estudo das políticas públicas, as abordagens das ciências políticas giram em torno de três questões: Qual o melhor Estado? Como se dá a interação das forças políticas? e que resultados o sistema político produz? No caso da policy analysis, esta se enquadra na última pergunta e tem o intuito de analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política com o arcabouço das questões tradicionais da ciência política (FREI, 2000).

Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013), as formulações teóricas sobre políticas públicas partem sempre dos estudos das inter-relações entre os atores, as instituições e as idéias, alegando que a teoria das políticas públicas sempre colocou o foco nessas três dimensões, mesmo levando-se em consideração que, em várias ocasiões, diferentes teorias tenham tendido a dar ênfase a algum desses elementos em detrimento de outros.

As bases teóricas que servem de inspiração para a análise de políticas públicas são as análises centradas no Estado (estruturalismo) e as análises centradas na sociedade (pluralismo). As variações e combinações destes tipos de análises deram o embasamento teórico das abordagens de Análises de Políticas Públicas em várias escolas, incluindo as análises com enfoques multicausais (VIANA; BATISTA, 2008).

Ainda sobre as abordagens originadas nas Análises de Política Pública, pode-se alegar que algumas focaram o nível micro, referente ao comportamento humano e à psicologia dos atores envolvidos, e outras focaram o nível macro, das culturas e sociedades nacionais, ou da natureza dos sistemas políticos nacionais e global. Vale ressaltar que a maioria delas foi abandonada após ter tido suas limitações criticadas (HOWLETT; RAMESH, 2003).

A abordagem que permaneceu foi a *Policy Science* por ter seu foco no que os governos estão fazendo, mais especificamente, nas políticas públicas e na formulação de políticas. Segundo Lasswell, este tipo de abordagem se diferencia das demais pelo enfoque multidisciplinar, por se basear em resolução de problemas e ser explicitamente normativa (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Após um tempo essas características, da *policy Science*, sofreram mudanças. No tocante da multidisciplinaridade, tomou a dimensão de uma disciplina, com uma agenda própria e seus próprios conceitos e terminologias. Em relação à resolução de problemas, pode-se dizer que houve um enfraquecimento a partir do momento em que ocorreu um baixo impacto sobre os governos. E sobre as características normativas, também houve um enfraquecimento devido a impossibilidade de prescrever soluções sobre determinados problemas, até mesmo porque boa parte das análises de *Policy Science* concentram-se nas análises de execução, como eficiência e efetividade das políticas, ou pelo debate da coerência entre as atividades de governo diante dos objetivos declarados (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Sobre os modelos importantes para as análises de políticas públicas, Frei (2000) menciona as três categorias importantes: *policy network*, *policy arena* e *policy cycle*. O primeiro se refere a rede de interações entre várias instituições e grupos da sociedade e do Estado na conformação e implementação de uma determinada política específica. O modelo de *policy arena* se refere aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, diferenciando-se de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo. Por fim, o modelo *policy cycle* caracteriza-se por apresentar uma abordagem de “simplificação” da análise de política a partir de sua decomposição de um ciclo dinâmico de etapas, sendo atualmente utilizada apenas cinco das sete propostas: percepção e definição da agenda; elaboração de programa; decisão; implementação de políticas; avaliação e ajustes de políticas.

Segundo Howlett e Ramesh (2003), as fragilidades dos modelos de análises de políticas demonstram a complexidade do processo político e da necessidade de buscar as melhores ferramentas teóricas. Para eles, para que haja o modelo ideal é preciso detalhar os

atores e instituições envolvidas, identificar os instrumentos disponíveis aos formuladores e apontar os fatores que levam mais a alguns resultados que a outros. A grande quantidade de estudos e abordagens originadas de diferentes escolas e opções teóricas, muitas vezes, leva a conclusões conflitivas, o que tem valorizado a proposição de modelos e enquadramentos teóricos com o intuito de dar maior robustez e coerência às análises realizadas.

Trazendo a discussão para as formas de analisar e avaliar as políticas de saúde, Walt e Gilson (1994) alegam que este tipo de política erra ao centrar o foco de sua atenção no conteúdo da reforma, negligenciando os atores envolvidos na política de reforma, o processo relacionado desenvolvimento e implementação das mudanças, e o contexto de desenvolvimento das políticas. A desvantagem em focar no conteúdo da política é que acaba desviando a atenção da compreensão dos processos que explicam porque os resultados esperados da política fracassam ao acontecer. É importante ressaltar que, para este modelo é imprescindível que estas categorias não sejam aceitas como independentes, fazendo-se necessário observar suas inter-relações e influências mútuas.

Apesar da influência da economia na análise de política pública, Walt e Gilson (1994) relatam a necessidade de incorporar ferramentas conceituais de disciplinas como as ciências políticas, sociologia, administração pública e história, cabendo ao analista sensibilidade e cautela para não expor seus próprios valores e perspectivas na análise, enviesando as informações, já que a proposta é ampliação do corpo teórico de análise das quatro categorias mencionadas acima.

Araújo Júnior (2000) relatou sobre a utilização de modelos abrangentes, em especial a de Walt e Gilson, ao invés dos modelos parciais que, apesar de apresentarem uma análise mais detalhada, fragilizam-se pela parcialidade irreal da análise. Por conta disto, foi definida as categorias analíticas que suprem a lacuna do modelo abrangente e operacionalizam a análise dos quatro aspectos mencionados por Walt e Gilson, possibilitando dessa forma a sistematicidade e replicabilidade destas análises em diferentes casos, e, minimizando a subjetividade das análises.

Para isso, foi desenvolvido um modelo que retira o papel central dos atores e a coloca na política em análise, fazendo com que o tamanho do enfoque de cada um dos quatro aspectos dependerá das características da política e do recorte utilizado pelo analista (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) discorrem sobre a importância de acrescentar o corpo teórico das análises públicas, especialmente as análises de políticas de saúde, considerando os principais debates sobre as reformas nos sistemas de saúde. Em seus estudos,

eles confrontam as análises com enfoques micro e macro, conhecidas como Análise Parcial versus Análise Ampliada ou compreensiva, ou abrangente.

A análise abrangente faz recomendação na análise a quatro aspectos inter-relacionados: Contexto, Conteúdo, Atores e Processo. Vale salientar que, o ponto chave consiste na não aceitação dos quatro aspectos como separados e independentes, levando em consideração as suas influências mútuas (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Pensando em tornar operacional cada aspecto, Araújo Júnior (2000), propôs subdivisões, categorizações e tipologias. Na dimensão do contexto, a proposta foi dividir em duas sub dimensões: macro contexto, que envolve a visão integral da sociedade e aborda as esferas política, social e econômica; e o micro contexto, que envolve a visão do setor saúde e contempla as políticas e as finanças setoriais, além da situação do sistema de saúde.

Sobre a dimensão do conteúdo, o autor mencionado faz referência à Carlos Matus para discutir como um conjunto de medidas combinadas em sequência particular pode transformar a situação real em situação desejada, levando-se em consideração os recursos necessários para efetivação da proposta, incluindo os recursos políticos e capacidade técnica. Para isso, faz-se necessário realizar uma análise de coerência entre estes recursos e as ações propostas com objetivo final.

No caso dos atores, ainda baseando-se em Matus, Araújo Júnior (2000) considerou como ator pessoas ou grupos, ou instituições, ou entidades que possam influenciar nos eventos. Para a realização de sua análise é necessário identificar os principais atores envolvidos como também a posição política de cada um e conhecer o nível de mobilização e poder de cada ator em relação aos demais e conhecer as possibilidades de alianças entre eles e a viabilidade política diante seus posicionamentos.

Em relação ao processo, suas categorias procuram identificar quem decide a política e como ocorre a decisão, natureza, extensão e tipo da política, assim também como sua lógica (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

3.2.3 O Contexto da Política

Levando-se em consideração a natureza política das políticas públicas e sua formulação multifacetada, faz-se necessário a análise de contexto para a análise de políticas de saúde. Para Araújo Júnior (2000), essa análise facilita o entendimento das complexas características de cada política e também pode avaliar a coerência da política, ou seja, se tem chance de impactar positivamente ou não no contexto, sua adequação e se é realmente

necessária e suficiente para produzir o efeito desejado.

Desta forma, é importante discutir o clima institucional em que uma política surge. Para tal, Howlett, Ramesh e Perl (2013) referem que se faz necessário discutir o capitalismo e a democracia, ou melhor dizendo, “as estruturas nas quais se desenvolvem os processos de políticas públicas na maioria das sociedades modernas”.

Trazendo a reflexão para o capitalismo, pode-se dizer que há sempre uma busca dos setores privados de influenciar as decisões dos agentes do Estado, inclusive nos sistemas democráticos em que os processos eleitorais costumam definir a diretriz política de quem ocupa cargos públicos, que influenciam a estrutura estatal ou sobre os setores da sociedade que estudam e formulam sobre determinada questão (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p. 60).

Seguindo esta linha de raciocínio, é de fundamental importância discutir o impacto do neoliberalismo sobre as políticas públicas nas últimas décadas. Este termo se refere ao movimento moderno do capitalismo em busca da redução do Estado, desta forma inclui a privatização, a desregulação do mercado e a minimização das políticas sociais, dentre elas as da saúde. Apesar desta visão simplória do neoliberalismo, Galvão (2008) afirma a existência de um impacto mais profundo sobre a sociedade, referente à imposição do Estado e redução da democracia.

Nessa lógica, Howlett, Ramesh e Perl (2013) mencionam a influência que o contexto internacional também exerce sobre as ações de políticas econômicas e sociais, ocorrendo através da pressão de financiadores ou como espelho, ou mesmo parceiro, para implementação de políticas exitosas.

3.2.4 Os Atores

Para Souza (1984), a categoria ator social é quando um determinado indivíduo representa algo para a sociedade, ou seja, corresponde a indivíduos ou grupos, ou mesmo a instituições, que atuam em uma determinada conjuntura, com a intencionalidade de alterar ou manter determinados cenários.

Araújo Júnior (2000), em seu trabalho faz menção às teorias de Carlos Matus que reconhece como ator qualquer pessoa, instituição ou movimento social capaz de produzir eventos ou fatos que alterem de alguma forma, um determinado cenário, e que possuem algum tipo de poder.

No modelo proposto pelas autoras Walt e Gilson (1994), de Análise de Política

Pública, a análise das ações dos atores é central. Isso se deve ao papel dos atores no processo da política tanto no que se refere a sua influência sobre os valores da política e as escolhas das políticas específicas no decorrer do processo, como também na influência exercida pelo contexto da política, seja ela histórico, político, econômico e sociocultural.

Ainda sobre o conteúdo da política, as autoras acima alegam que as decisões sobre o conteúdo da política refletem o que é politicamente factível no momento da escolha sobre ou da política em questão. Em suma, essas decisões não são simplesmente técnicas.

Diferentemente do modelo de análise proposta acima, Araújo Junior (2000) em sua tese de doutoramento propõe que os atores deixem de ser centrais e sim um componente de análise, cuja discussão de participação de cada ator seja imprescindível para a análise de política. Nesta proposta, os atores são indivíduos, grupos e instituições que podem interferir em qualquer etapa da política, desde a definição do problema até a avaliação da implementação.

Seguindo essa lógica, os atores serão os gestores, planejadores, movimentos sociais, legisladores, organismos internacionais, partidos políticos, dentre outros. Ou seja, trata-se de um grupo capaz de gerar discursos e ideais, podendo ser experts que podem gerar soluções e sugerir problemas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

3.2.5 Conteúdo da Política

Segundo Brito (2007), o conteúdo da política representa o corpo da política, ou seja, se refere às diretrizes estratégicas e operacionais da política, seus programas, projetos, ações, alvos e recursos necessários, contemplando desta forma o marco normativo e a base legal da política em questão.

Com o intuito de analisar a coerência das soluções pensadas e resultados alcançados, Araújo Junior (2000) sugere realizar a análise de conteúdo da política através da identificação do problema sobre a qual a política pretende intervir, geralmente iniciado na análise de contexto, e em seguida analisar o desdobramento de sua formulação, assim como suas propostas, objetivos e metas. Além disso, sugere analisar a coerência interna e externa da política, assim como os recursos necessários para as implementações, sejam elas matérias, operacionais, ou políticos, e por fim a perspectiva da política em relação à intervenção social.

3.2.6 Processo de Formulação e Desenvolvimento

Segundo a visão de Kingdon (2011), as abordagens mais comuns para se discutir processo são a busca das origens da iniciativa, o racionalismo e o incrementalismo.

Para o autor acima, a primeira abordagem tem menos influência para a formulação da agenda, pois não é a fonte das idéias que explica a proeminência de um item na agenda e sim a receptividade das idéias no governo.

No que se refere a abordagem racionalista, a tomada de decisão é baseada na busca de soluções maximizadoras da relação custo/benefício e estritamente técnica. Em relação ao modelo incremental, há uma sobreposição de outras formas de barganha e negociação em busca de superações, através de sucessivas comparações limitadas a decisões anteriores, cuja familiaridade seja maior (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Pensando em contemplar os dois modelos, Walt (1994) cria uma proposta de modelo misto a fim de utilizar tanto o racional, com o cálculo de custo e benefício, quanto incremental, priorizando solução a partir do acúmulo de experiências dos formuladores/decisores. Vale ressaltar ainda que nesta nova proposta faz-se necessário também incluir uma visão estratégica das possíveis influências externas exercidas pelo contexto organizacional em que a proposta foi desenvolvida.

Levando-se em consideração que as influências do contexto organizacionais perpassam todas as etapas do ciclo da política, Araújo Júnior (2000) faz menção de duas visões sobre quem tem o poder de decidir e influenciar nas decisões. A primeira trata-se da visão pluralista, onde o poder é transmitido e distribuído entre os grupos, instituições e indivíduos dentro da sociedade, neste caso a decisão ou influência é resultado de um acúmulo histórico sobre a questão ou solução. A segunda visão conhecida como elitista trata-se de um pequeno grupo ou elite que se apropria do espaço governamental, centralizando assim o poder de decisão em suas redes de articulação.

Nesse sentido, no que se refere à implementação de uma política, Walt (2004) discorre sobre o modelo *Top-down* ou *Bottom-up*. No primeiro caso, a formulação costuma ocorrer no espaço do governo nacional, ou internacional entre organismos financiadores, sendo repassado a implementação pelas equipes técnicas ou entidades sub-nacionais. Por outro lado, o modelo *Bottom-up* tem como principal característica a participação ativa de implementadores na formulação, condução e reformulação na política, podendo a partir da interação prever situações de negociação e conflito.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Será apresentado o percurso que norteou os passos metodológicos necessários para a consecução dos objetivos propostos, cuja definição do tipo de estudo aconteceu a partir do objeto, justificando-se, inclusive, a abordagem metodológica empregada necessária à aproximação da realidade que se tentará captar.

Em seguida, serão discriminadas as estratégias de coleta de dados, explicando-se os porquês da utilização de entrevistas semi-estruturadas como principal instrumento de coleta de informações nesse estudo e, ainda, como a análise documental foi desencadeada de maneira que permitirá estabelecer importantes correlações entre o material teórico e documental explorado e o discurso dos atores entrevistados.

Por fim, para possibilitar o intercâmbio entre a teoria utilizada e os dados empíricos, apresentou-se o plano de análise, tomados como referência para esse estudo, bem como a proposta de operacionalização realizada e seu desenho.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório descritivo que busca realizar uma análise abrangente do ParticipaSUS, a partir do estudo de caso.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, ao invés de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2011).

Para Richardson (2011), os objetivos dos estudos que empregam uma metodologia qualitativa consiste em investigar situações complexas ou estritamente peculiares, possibilitando a análise de interação de variáveis, além de possibilitar a compreensão de processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo no processo de mudança de determinados grupos e possibilitando, em maior profundidade, compreender o comportamento do indivíduo.

A pesquisa qualitativa tem como características: o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser descritiva; os pesquisadores se preocupam com o processo e não apenas com os resultados e os produtos; a análise dos dados tende a ser indutiva; e o significado tem uma preocupação essencial na abordagem qualitativa (TRIVIÑOS, 2011).

Segundo Minayo (2010), esse tipo de abordagem consegue responder as questões muito particulares como intuições, explorações e subjetivismo, ou seja ela capta algo não perceptível, através de equações, média e estatística. Possibilita a aproximação com o objeto de estudo e constrói um conhecimento a partir da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 2001).

Outra característica da pesquisa qualitativa, é que esta não segue sequência tão rígida como as etapas fundamentais para o desenvolvimento de uma pesquisa quantitativa. Ou seja, suas etapas não são estanques, como é o caso da coleta e da análise de dados onde durante a interpretação pode surgir a necessidade de novas buscas de dados (TRIVIÑOS, 2011).

Para Tobar e Yalour (2001), a pesquisa qualitativa envolve o emprego da observação em primeira mão, das entrevistas com perguntas abertas, dos relatos, ao invés de números, tabelas e modelos estatísticos; há preocupação com a revelação do contexto e não tanto na justificação e/ou aplicação. Neste caso, enfoca-se mais os significados do que a frequência dos acontecimentos, existe a tendência de considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetitivos e claramente definidos, captando a informação de maneira mais flexível e menos estruturada.

Outro aspecto relevante é que tanto pesquisas quantitativas como qualitativas significam que o pesquisador tem importantes contribuições, e que ambos 'imaginam que sabem alguma coisa a respeito de algo que vale a pena contar para os outros' (DENZIN; LINCOLN, 2005), no entanto, empregam diferentes métodos para demonstrá-lo. Consideramos, assim como Haguette (2003), que o problema sob investigação é que dita o método mais adequado, se qualitativo ou quantitativo.

Considerando o objeto a ser estudado e os aspectos descritos acima a abordagem qualitativa é o mais adequado para atingir os objetivos propostos.

O presente estudo é um estudo de caso por permitir ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno contemporâneo e favorecer uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, possibilitando a explicação de situações particulares (YIN, 2005).

Segundo Yin (2005), os estudos de caso podem ser causais/exploratório ou descritivos.

O modelo de estudo de caso causais/exploratórios permite ao investigador elencar elementos que lhe permitam diagnosticar um caso com perspectivas de generalizações naturalísticas. Já o descritivo, possibilita ao investigador a descrição de fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto real.

Sobre os fundamentos lógicos para projetos de casos único, estes classificam-se como: caso decisivo; caso raro ou extremo; caso representativo ou típico; caso revelador e caso longitudinal (YIN, 2005).

Caso decisivo consiste em testar uma teoria bem formulada. O caso raro ou extremo é aquele em que a sua escolha é justificada pela raridade. O caso representativo ou típico tem por finalidade captar as circunstâncias e condições comuns, e as lições aprendidas com tais casos que podem fornecer importantes informações sobre as experiências das pessoas ou instituições estudadas. Caso revelador indica a oportunidade de observação de um fenômeno até então inacessível à investigação científica. Por fim, o caso longitudinal, se refere ao estudo em dois ou mais pontos diferentes no tempo.

Portanto, esta tese trata-se de um estudo de caso único descritivo e representativo.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Vale salientar que no âmbito da SES/PE os componentes da ParticipaSUS estão instituídos em coordenações distintas da Gerência de Gestão Estratégica e Participativa, ligada diretamente à Diretoria Geral de Planejamento. A ParticipaSUS encontra-se em fase de descentralização tendo sido implantado em alguns municípios variando de acordo com o componente em questão.

4.3 ESTRATÉGIA DE COLETA

Para a realização deste trabalho, tendo como missão o estudo de fenômenos sociais, faz-se necessário conhecer as suas raízes históricas, os seus significados culturais e suas vinculações com a macro-realidade social. Por isto, envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos, que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos, para tanto é proposta a triangulação de métodos, já na coleta dos dados.

Para Minayo (2005, p. 29), triangulação é um conceito resultante do interacionismo simbólico e foi inicialmente definido como a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista. Seria uma tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que

acompanham o trabalho da investigação e do seu uso e, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação.

Ainda sobre a triangulação metodológica, Neves (1996), recomenda a utilização de mais de uma técnica de coleta de dados que permita ao pesquisador reunir um maior número de informações, tanto no campo do discurso oficial da gestão, que implementa a política, quanto dos valores, crenças e representações dos atores envolvidos que, muitas vezes, não se explicita observando apenas uma única técnica de coleta.

Na triangulação de método, Triviños (1996) recomenda, em primeiro lugar, focar os processos e produtos elaborados pelo pesquisador; em segundo lugar, o enfoque deve ser direcionado para os elementos produzidos pelo meio institucional, técnico, social e está representado pelo registro nos documentos; e a terceira está voltada para os processos e produtos originados da estrutura socioeconômica e cultural do macro-contexto social, no qual o sujeito e o objeto a ser estudado estão inseridos de forma interdependente.

Seguindo a ideia dos três enfoques mencionados acima, a coleta de dados buscou informações divididas em três blocos: 1) Dados de percepção dos sujeitos: Entrevistas com informantes chave; 2) Dados de descrição/formulação da política: documentos oficiais, como Plano de Saúde e Relatório de Gestão; e 3) Dados contextuais: documentos oficiais, levantamento bibliográfico.

A partir das evidências levantadas, foi analisada a configuração do ParticipaSUS em âmbito estadual, no período de 2008 a 2015, identificando obstáculos e potencialidades relacionadas às diferenças contextuais, de atores envolvidos, de conteúdo proposto localmente e processuais, na consolidação da política e ferramentas de controle social.

4.3.1 As Entrevistas

A entrevista é o encontro entre duas pessoas para a coleta de dados por meio de uma conversação profissional, é um instrumento de excelência na pesquisa social (MARCONI; LANKATOS, 2006).

Pode ser classificada em: sondagem de opinião, quando é realizado a partir de um questionário totalmente estruturado, onde a seleção do entrevistado está relacionada a possibilidade de responder as perguntas formuladas pelo investigador; entrevista semi-estruturada, que consiste na combinação de perguntas fechadas e abertas, possibilitando o entrevistado de discorrer sobre a temática em questão; entrevista aberta ou em profundidade, onde o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do

entrevistador; entrevista focalizada, tem o intuito de esclarecer um determinado problema; entrevista projetiva, caracteriza-se pela utilização de dispositivos visuais, geralmente utilizada em assuntos difíceis de serem tratados (MINAYO, 2010).

A entrevista não estruturada, também conhecida como entrevista em profundidade, consiste em obter do entrevistado os aspectos mais relevantes de um determinado problema segundo suas percepções. Esta ocorre por meio de uma conversação guiada, cujo intuito é obter informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa (RICHARDSON *et al.*, 2011).

Segundo Minayo (2010), neste tipo o entrevistador se libera de formulações pré-fixadas para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visem aprofundar o nível de informação. Dessa forma, a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida, e sim pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto em questão.

No que se refere à entrevista semi-estruturada, esta segue um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, trata-se de um apoio claro nas sequências de questões, podendo assim facilitar a abordagem e assegurar aos pesquisadores que suas hipóteses sejam contempladas durante a conversa (MINAYO, 2010).

Segundo Richardson *et al.* (2011), este tipo de entrevista é utilizada para descobrir que aspectos de determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a elas. Neste caso, o pesquisador conhece os aspectos que deseja pesquisar antes mesmo de sua realização.

Para a realização desta pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas com informantes-chave que caracterizam como atores sociais, os quais são sujeitos sociais que possuem interesse na política em questão e que ocupam uma posição passível de tomar decisões sobre a mesma. A realização das entrevistas ocorreram por meio da construção de um roteiro específico (Apêndice A), contendo uma relação de perguntas relacionadas com os objetivos da pesquisa. O roteiro das entrevistas tem a intenção de demonstrar clareza por parte do pesquisador sobre seus objetivos e flexibilidade ao pesquisador e aos informantes para encontrar e ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Levando-se em consideração que a finalidade da análise de política pública é desenvolver explicações para as diferentes fases ou etapas da política, foram escolhidos como informantes chaves os atores envolvidos diretamente com a política e levando-se em consideração que os atores chaves são aqueles que têm o que falar a respeito do objeto de pesquisa: dois gerente da ParticipaSUS, sendo um de 2008 a 2011 e outro de 2011 aos dias atuais; dois coordenadores da ParticipaSUS, sendo um de 2008 a 2010 e outro de 2008 aos

dias atuais; Responsável pela Ouvidoria; Responsável pela Auditoria em Saúde do período de 2008 a 2016; Responsável pela condução do Conselho Estadual de Saúde, coordenadora e técnico da política da população negra, dois conselheiros, sendo um do segmento dos usuários e outro dos trabalhadores. A pesquisa contemplou ao todo onze atores-chave.

Vale salientar que a coordenadora e o técnico da população negra foram considerados como atores-chaves devido a ParticipaSUS, em momento posterior, ter sido marcada pelo foco dado na promoção da equidade em saúde, através da elaboração e implantação de comitês técnicos, induzindo a discussão de políticas para populações de vulnerabilidade.

Ainda durante a entrevista, para Kvale e Brinkmann (2009), inicia a análise das informações levantadas, quando o entrevistado verbaliza sua compreensão, por vezes construindo uma nova reflexão sobre o tema em questão, e quando o entrevistador tem a possibilidade de já apontar a condensação e interpretação de significados apresentados pelo entrevistado, com perguntas secundárias e questionamentos de confirmação da fala do entrevistado. As perguntas secundárias são bastante valorizadas pelos autores e estão relacionadas ao domínio do tema pelo entrevistador e à sua sensibilidade de direcionamento do diálogo de forma a privilegiar as abordagens que contribuam para a resposta das questões de pesquisa.

Para a etapa seguinte, de análise propriamente dita, as entrevistas foram analisadas segundo a análise de conteúdo proposta por Kvale (2009).

Este autor destaca cinco principais tipos de análises: a condensação de significado, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método ad hoc de geração de significados. O primeiro tipo de análise é reconhecida como a mais utilizada.

Na condensação de significado, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cortadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguindo abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo (Kvale, 2009).

Quadro 1 – Matriz de condensação de significados para análise das entrevistas

Entrevista 1- Questão de pesquisa 1-	
Como ocorreu a implantação da ParticipaSUS no estado de Pernambuco?	
Unidades Naturais (da entrevista)	Temas Centrais
1. Trecho do depoimento pertinente à pergunta de pesquisa	1. Análise do pesquisador sobre o discurso do entrevistado
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrições essenciais da questão de pesquisa n° 1	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado	

Fonte: Kvale (2009)

Para a organização e análise das entrevistas, foram seguidos os seguintes passos:

- 1) Todas as entrevistas foram lidas cuidadosamente com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- 2) A partir de cada pergunta condutora, as entrevistas foram novamente lidas e determinado as unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- 3) Cada unidade de significados naturais foi reescrita na coluna da esquerda;
- 4) A partir das unidades naturais, foi definido os temas centrais da maneira mais simples possível e reescrita na coluna da direita;
- 5) Foi realizado, no final da página, uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

4.3.2 A Pesquisa Documental

Para a realização de uma análise documental faz-se necessário o envolvimento de diferentes procedimentos de análise e de interpretação de dados, a partir do exame de documentos e registros relevantes para a realização de um estudo (SCHWANDT, 1997).

Vale salientar que é importante saber o objetivo para o qual o documento foi produzido, assim como também para quem ou que público o mesmo foi dirigido (ATKINSON; COFFEY, 1997).

As fontes documentais podem ser classificadas da seguinte forma: primárias, secundárias e terciárias. Os primários são produzidos e escritos por aqueles que realmente testemunharam os acontecimentos que descrevem, logo, são consideradas representações mais acuradas da realidade observada, devido à proximidade do fato, tanto em termos de tempo, como de espaço. Já as secundárias são produzidas após o evento estudado. Por fim, as terciárias são os documentos utilizados para darem suporte a um estudo, tais como artigos científicos, livros ou outros documentos identificados (MAY, 1998).

A análise documental buscou evidenciar em relação ao contexto e conteúdo da política, o discurso oficial sobre seu conteúdo e implantação e as estratégias propostas para esta implantação.

O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor (GIL, 2007). Os documentos foram advindos de leis e regulamentos (oficiais) e de discursos e de sites da internet (públicos). Os documentos considerados fundamentais para a realização do estudo estão listados no quadro abaixo:

O quadro 2 apresenta um resumo das fontes de dados consideradas básicas e fundamentais para a execução da pesquisa.

Quadro 2- Resumo das fontes de dados – Análise do ParticipaSUS, Pernambuco.

OBJETIVOS	FONTES DE DADOS	
	CATEGORIA DE ANÁLISE	DOCUMENTOS OFICIAIS/ARTIGOS CIENTÍFICOS
1. Compreender e explicar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação da ParticipaSUS no estado de Pernambuco	1.1 Macrocontexto 1.2 Microcontexto	-Plano Estadual de Saúde (2008-2011 e 2012-2015) -Plano Pluri Anual -Programação Anual de saúde -Relatório Anual de Saúde -Portarias Ministeriais: Portaria 2.979 de 15 de dezembro de 2011 Portaria 3.997 de 2010
2. Analisar o conteúdo da ParticipaSUS no estado de Pernambuco	2.1 Corpo da política 2.2 Fundamentos programáticos 2.3 Marco Normativo	Portaria 3160 de 2011 Portaria 2080 de 7 de dezembro de 2012 Portaria 2344 de 6 de outubro de 2009 Portaria 2588 de 30 de outubro de 2008
Analisar os atores envolvidos no processo político de formulação da ParticipaSUS no estado	3.1 Atores envolvidos 3.2 Formuladores, opositores e aliados 3.2 Estratégias (cooperação, cooptação e conflito)	-Brasil, 2007: A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS
Caracterizar o processo de implementação da Política em Pernambuco	4.1 Formulação 4.2 Tomada de Decisão 4.3 Implementação 4.4 Avaliação	

Fonte: autora.

Após o acesso aos referidos documentos, buscou-se desenvolver os passos da análise documental sugeridos por Patton (2000), a fim de contextualizar sua produção e seu conteúdo: compreender como e porque os documentos foram produzidos; determinar o nível de exatidão e fidelidade esperada para a informação presente nos documentos; analisar as informações documentais à luz das informações coletadas pelas entrevistadas; e, por fim, desconstruir e desmistificar os textos institucionais.

4.4 O PLANO DE ANÁLISE

As evidências documentais e as entrevistas semiestruturadas foram analisados seguindo o modelo de Análise Compreensiva das Políticas de Saúde, pois esta possibilita um olhar sobre o contexto, focalizando a análise no macro contexto em âmbito nacional, a partir das principais características do cenário nacional, como: a organização política e administrativa do governo e sua posição nos jogos de poder com outros atores internacionais. Já para o micro contexto, serão elencados os aspectos relevantes à compreensão da política local, objeto do presente estudo (ARAÚJO JÚNIOR, 2000). Desta forma, foram considerados os elementos existentes ou ausentes no cenário nacional necessários às diretrizes de uma Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS produzido no nível estadual.

4.4.1 A Análise de Contexto

Com o intuito de analisar o ambiente onde ocorrem as mudanças e onde ocorre a implantação da política e seus possíveis impactos, foi analisado o contexto do período de estudo, a fim de entender a importância e as características complexas da política para o estado de Pernambuco e as influências em âmbito nacional. No macro-contexto, para a política de Gestão Estratégica e Participativa no estado de Pernambuco, têm-se:

- a) Na esfera política – foram considerados tanto os aspectos relativos ao regime político, quanto às mudanças políticas do período estudado, em âmbito nacional, em relação à tensão entre políticas econômicas e sociais implementadas e ao panorama da globalização e as influências internacionais decisivas para este contexto político;
- b) Na esfera econômica - foi considerado como elemento de análise o direcionamento dos gastos públicos frente à realidade social existente;
- c) Na esfera social - foi abordado as desigualdades sociais, a qualidade de vida da população e os índices de pobreza e desenvolvimento humano.

No micro-contexto, para a política de Gestão Estratégica e Participativa, foram considerados os aspectos locais da política em questão, no âmbito do estado de Pernambuco:

- a) No âmbito político do estado –foram abordados as diretrizes e linhas de ação política do estado de Pernambuco
- b) No âmbito financeiro do estado - foram abordados as finanças do estado, os mecanismos de repasses financeiros, as fontes e os valores de recursos destinados aos programas prioritários do estado;
- c) No âmbito social, foram contemplados os principais problemas e os direcionamentos referentes aos programas instituídos, no período desta gestão.

Com o intuito de utilizar as categorias propostas por Araújo Júnior (2000) para análise de conjuntura, foi elaborado o quadro 1, aproximando-as da temática do ParticipaSUS. Dessa forma foi possível, desenhar o cenário de desenvolvimento da referida política no período de 2008 a 2015, no estado de Pernambuco. O ano de 2008 compreende a definição da agenda e a formulação e a decisão pela implementação, e os anos consecutivos a implementação da ParticipaSUS.

Quadro 3 – Categoria de Análise do contexto e suas subcategorias operacionais

(continua)

POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS		
CONTEXTO		
MACRO CONTEXTO		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
Inserção do ParticipaSUS nas políticas Nacionais;	Financiamento do SUS;	População alvo da política;
Debate nacional sobre as possibilidades, limites e perspectivas do ParticipaSUS;	Destinação de recursos Federais para o ParticipaSUS em relação ao orçamento da saúde e às demais políticas;	Características demográficas; situação de renda e nível de consumo;
Impacto dos debates internacionais sobre a política nacional	Financiamento Federal da política estadual	Desenvolvimento humano

Quadro 3 – Categoria de Análise do contexto e suas subcategorias operacionais

(conclusão)

POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO SUS		
CONTEXTO		
MICRO-CONTEXTO		
Âmbito Político Setorial	Financiamento Setorial	Panorama de Saúde
Inserção do ParticipaSUS na Política Estadual de Saúde;	Orçamento local da saúde e destinação para o ParticipaSUS;	Característica da situação de adoecimento e morte da população;
Debate local sobre as possibilidades limite e perspectivas do ParticipaSUS;	Custo do ParticipaSUS e sustentabilidade da política;	Programas prioritários instituídos
Situação do sistema de saúde estadual;	Suporte financeiro, técnico operacional por parte do governo federal	
Reflexo dos debates nacional sobre a política		

Fonte: Adaptado de Brito (2007) e Araújo Júnior (2001)

4.4.2 A Análise de Conteúdo da Política

Para operacionalizar a análise de conteúdo da política do ParticipaSUS, resolvemos seguir as recomendações de Araújo Júnior (2000) que faz referência a Matus (1997), cujo foco é voltado para o estudo do momento normativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Neste estudo, parte-se do pressuposto que uma política social e seus propósitos devem ser formulados em consonância com um problema ou grupo de problemas, identificados pelos autores que comandam o processo, e após isso a análise de conteúdo deverá ser concentrada no propósito, finalidade, metas, objetivos e alvos. O autor sugere também que sejam observados os recursos necessários à efetivação da política, sendo estes: recursos materiais (equipamentos e financeiros); recursos técnicos e organizacionais (conhecimento e capacidade gerencial) e recursos políticos (para poder viabilizar a política).

Neste tipo de análise, é necessário também contar com a observação da organização interna da proposta em termos de sequência das ações e sua coerência externa, caso o conteúdo se destine atacar o problema identificado na análise de contexto.

Desta forma, segundo Matus (1999), o conteúdo de uma política será visto enquanto

um jogo de medidas combinadas em uma sequência particular, com o intuito de transformar uma situação real em uma desejada, como é visualizado esquematicamente no quadro que segue (Quadro 2).

Quadro 4 – Categoria de análise do conteúdo da política

Conteúdo de uma Política		
Situação Real (explicada na análise do macro e micro-contexto)	Programas, Projetos, Ações, Objetivos, Metas.	Situação Final desejada ou indesejada (como resultado da implementação/processo)

Fonte: Araújo Júnior e Maciel Filho (2001)

4.4.3 Análise dos Atores

Segundo Araújo Júnior (2000), para que seja realizado a análise dos atores envolvidos na eleição, elaboração e implementação da política, é preciso identificar quem são os principais atores no contexto analisado, suas posições no que se refere à política, como eles se mobilizam, e a correlação de forças entre eles, incluindo as possibilidades de alianças e coalisões.

Neste sentido, Lyra (2009) em sua tese de doutoramento elencou características dos atores que consistiam na análise do envolvimento dos atores nas etapas das políticas, assim como também sua forma de participação, o nível de interesse, a possibilidade de influência sobre a política e o posicionamento de cada ator. Foi visto também como estas características podem alterar de acordo com o recorte realizado em determinada política, de acordo com o objeto ou magnitude do estudo.

Seguindo essa lógica, foi elaborado uma matriz de análise com características dos atores envolvidos no ParticipaSUS.

Quadro 5 – Categorias de análise das características dos atores envolvidos no ParticipaSUS

Principais atores	Características analisadas
Atores em âmbito nacional	Envolvimento; forma de participação; interesse; influência/poder; oposição.
Atores em âmbito estadual	

Fonte: Adaptado de Lyra (2009)

4.4.4 Análise do Processo

O modelo mais utilizado para análise do processo das políticas sugere quatro etapas de desenvolvimento da política, não podendo ocorrer a separação de cada uma de suas fases, a não ser para fins didáticos, sendo estas: 1-Identificação do problema; 2-formulação da política; 3-Implementação da política; e 4-Avaliação da política (ARAÚJO JÚNIOR, 2000). Contudo, serão considerados o segundo e o terceiro, já que o primeiro e o quarto já serão abordados na análise de conteúdo da política.

Segundo Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), para que seja realizado a análise de formulação de uma política, é necessário saber quem decide e quem influencia, lavando-se em consideração que existem basicamente dois grupos de opiniões sobre quem tem poder para tomar decisões e influenciar o processo de uma política, o que evidentemente contempla uma visão pluralista, que compreende o poder como difundido e distribuído entre grupos, instituições e indivíduos dentro da sociedade. Vale salientar que, embora o poder possa estar desigualmente distribuído, nunca há concentração ou monopólio do mesmo por parte de poucos.

Neste caso, é compreensível a adoção da via pluralista por aqueles os quais aceitam que os objetivos e resultados da política favoreçam os interesses públicos, por que direta ou indiretamente, através de representantes, a maioria de alguma forma influenciou e apoiou o processo político, podendo, neste caso, o governo ser suficientemente aberto para negociar com representantes de diferentes grupos sociais.

Por outro lado, a visão elitista e a que concebe a elite política, em qualquer sociedade, como concentração de poder, formando a rede dos mais poderosos, não apenas na política, mas também nos negócios, entre militares, burocratas. Neste processo, faz-se necessário lembrar que existe um conceito de classe dominante, no qual o Estado assume que seguirá as preferências da elite.

Em relação à análise de implementação, segundo Araújo Júnior (2000), faz-se necessário conhecer como são realizados os procedimentos de execução das políticas, as vantagens e obstáculos, que estratégias são lançadas para o enfrentamento dos referidos processos. Para isto, é necessário identificar as características do modo de implementação e dos níveis de governo.

Para o autor acima o modo de implementação pode ocorrer por via tradicionalista, onde é concebida de modo descendente sob forma mais autoritária, em que a implementação é feita por técnicos intermediários. E também pode ocorrer de maneira ascendente, onde os

implementadores passam a ser a peça chave da política, não havendo uma distinção clara entre a formulação e implementação da política.

Sobre os níveis de governo, o autor se refere à centralização e descentralização do poder, nacional e local. É importante salientar que mesmo com processo de descentralização, os níveis mais centrais mantêm algum tipo de controle orçamentário, normativo, legislativo ou regulatório.

No tocante das vantagens e dificuldades para implementar a política, pode-se dizer que é variável de acordo com o seu tipo, ou seja, se ela é mais sistêmica ou periférica, o número de atores envolvidos, as metas e objetivos da política, assim como também a consciência do público alvo e tempo de implementação.

Para o enfrentamento de possíveis dificuldades na implementação de uma política, Matus (1997) sugere três tipos de estratégias:

- a) Estratégias de cooperação com outros atores, ou seja negociação;
- b) Estratégia de cooptação desses atores, ou tentativa de atrair outros atores, levando-os a pensar que a sua é a mais correta, motivando a convencer ou desistir;
- c) Estratégia de conflito com outros atores com o objetivo de diminuir o poder do oponente.

Sobre os recursos fundamentais do processo político, Matus (1999) e Walt (1994) fazem referência aos recursos políticos, financeiros, gerenciais e técnicos. No caso dos recursos políticos, é importante que os formuladores tenham a capacidade de analisar e costurar para garantir sua implementação.

Pensando no processo de desenvolvimento de implementação de uma política, Walt menciona a existência de três modelos explicativos que envolve desde o primeiro estágio de identificação do problema até o último, que é o de avaliação da política:

- a) Modelo racional – modelo normativo que entre o período de identificação do problema até a avaliação, as melhores decisões técnicas podem ser tomadas como um modelo ideal, que contradiz a realidade por se tratar do mundo não é previsível e nem controlado;
- b) Modelo incremental - visão pragmática acerca do modo de desenvolvimento do processo político;
- c) Modelo misto – situa-se entre os dois modelos anteriores.

Ainda sobre estes tipos de modelos, Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) acrescentaram o modelo estratégico aos anteriores. Este tem como característica a centralidade em sua viabilização, com ênfase em pequenas mudanças que possam provocar grandes transformações.

Walt sugere também outra forma para classificar as políticas, a partir de seus principais resultados ou efeitos, podendo ser:

- a) Distributiva – é quando ocorre a distribuição de bens e serviços para alguns grupos na sociedade, tem baixo grau de conflito, e sem custos para os grupos;
- b) Redistributiva- consiste na transferência de recursos de alguns grupos para outros, interferindo no modelo de distribuição de renda na sociedade. Este tipo de política tende a ser fortemente contestada por desviar e deslocar recursos financeiros entre camadas ou grupos sociais, podendo ser de maneira progressiva ou regressivamente;
- c) Auto-regulatória- costuma introduzir medidas regulatórias
- d) Regulatória- envolvem a implementação de restrições regulatórias efetivadas pelas autoridades sanitárias. Este tipo de política costuma ser normativa, podendo distribuir custos e benefícios de forma igualitária ou a interesses particulares;
- e) Construtivista ou estruturadora- costumam determinar a regra do jogo no que se refere à esfera da política e suas instituições, assim como também sua criação ou modelação.

Para melhor visualização, segue abaixo o quadro de referências (Quadro 4) com o esquema da análise do processo da política, considerando os critérios e os tipos de políticas propostas por Araújo Júnior (2000).

Quadro 6 – Categorias de análise do processo do ParticipaSUS

CARACTERÍSTICAS	TIPO DE POLÍTICA
Quem decide a formulação e implementação	Pluralista ou elitista
Como implementa	Tradicional ou participativa
Extensão da política	Sistemática ou setorial
Tipo de política (resultados)	Distributiva, redistributiva, regulatória ou auto-regulatória
Relação entre níveis de governo	Bilateral Centralizada (controle orçamentário, normativo ou regulatório)
Estratégia de enfrentamentos e obstáculos	Cooperação com os atores Cooptação de atores Conflito
Disponibilidade de recursos para a implementação	Recursos políticos Recursos financeiros Recursos administrativos Recursos técnicos
Concepção de políticas públicas	Racional Incrementalista Modelo misto Abordagem estratégica

Fonte: Adaptado de Araújo Júnior (2000)

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o cumprimento das normas, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e aprovado sob o parecer 1.669.848/2016, conforme anexo.

O Estado de Pernambuco também anuiu com a pesquisa através de carta de anuência. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram verbalmente informados de seu conteúdo. Ao longo da análise, houve o cuidado com a preservação do anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste espaço apresentaremos e discutiremos os resultados da pesquisa. Desta forma, serão descritos os principais aspectos referidos pelos entrevistados em relação ao contexto de implantação da ParticipaSUS, ao processo que envolveu a elaboração do mesmo, sobre os principais atores envolvidos nessa etapa e relativos ao conteúdo da política.

Em cada uma dessas abordagens serão apresentados os achados das entrevistas e documentos analisados, que serão discutidos a luz dos referenciais utilizados. Desta forma, serão apontadas as principais características que marcaram o contexto, as peculiaridades do processo, atores e conteúdo.

5.1 CONTEXTO

O contexto traz elementos importantes para compreender a gênese da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) no Estado de Pernambuco, que possuem relevantes iniciativas da participação social em expansão. Para a identificação dos aspectos relacionados ao macro-contexto e ao micro-contexto, foi utilizado a adaptação da categoria de Brito (2007) e Araújo Júnior (2001).

Abaixo serão discutidos os achados do macro e micro contextos.

5.1.1 O Macro Contexto

Para a esfera política do macro contexto, o estudo considerou, no âmbito nacional e estadual, os aspectos relativos à conjuntura política com suas mudanças, as influências nacionais e estaduais do período estudado que interferiram para o surgimento da ParticipaSUS em Pernambuco.

Na esfera econômica foi considerado o direcionamento dos gastos públicos diante a realidade social. Em relação à esfera social foram considerados as desigualdades sociais, qualidade de vida da população, condições de pobreza e desenvolvimento humano.

5.1.1.1 Esfera Política

Apesar da análise da ParticipaSUS levar em consideração o período de 2008 à 2015, o macro contexto político nacional iniciou-se em 2002, a partir de uma marcante eleição

presidencial brasileira. Pois só após três tentativas, Luíz Inácio Lula da Silva (LULA), do Partido dos Trabalhadores (PT), conseguiu eleger-se presidente.

Após sua eleição, criou-se grande expectativa visto que a imagem de Lula estava associada ao comprometimento com a reforma social. Isso se deve ao fato de ter sido aprovado, ainda em 2002, uma ampla aliança que teve por base um programa de governo para resgatar dívidas sociais que o país tinha com a maioria da população brasileira (CASTRO, 2009).

Essa aliança representou um marco de mudanças para as elites governantes do país, pois foi a primeira experiência de gestão do Estado capitalista brasileiro por forças consideradas de esquerda (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Em 2006, Lula foi reeleito, sendo o seu segundo governo estruturado em um regime político democrático. Neste segundo mandato, teve como característica o empenho em fazer o maior número possível de coligações, com o intuito de garantir sua governabilidade e a priorização de seus projetos de governo (FREITAS, 2007).

Para Sousa Neto (2011), os dois mandatos de Lula na presidência do País forneceram um legado para a diplomacia brasileira que se projeta para além dos 8 anos de gestão. Após esse período, em 2010 houve novas eleições presidenciais e quem foi eleita pelo povo brasileiro foi a candidata do PT Dilma Rousseff. Foi empossada em 1º de janeiro de 2011, tendo sido considerado um marco histórico por representar a primeira vez que uma mulher assumiu o poder no posto mais importante do país (ELEIÇÃO..., 2013).

Sobre o governo Lula, na área das políticas públicas, o Programa Fome Zero ocupou o primeiro espaço da política social, resgatando assim o movimento de combate à fome, comandado pelo PT e pela sociedade civil desde o início da década de noventa (CASTRO, 2009). Este programa surgiu como proposta do Instituto de Cidadania de São Paulo no ano de 2001, no qual Lula era conselheiro na época, levando esta demanda como prioridade de governo em 2003 (BELIK; DEL GROSSI, 2003).

A prioridade dada às políticas de redução da pobreza interferiu para a redução da desigual de renda no país, segundo a comparação da aferição do coeficiente de Gini no primeiro e último ano do primeiro período do governo de Lula (MACHADO; BATISTA; NOGUEIRA, 2011).

Sobre as prioridades políticas do primeiro mandato do governo, foi identificado que houve uma agenda social com foco na inclusão social. Além disso, foi observada a organização de ações em três grandes eixos: Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que prevê crescimento de cunho econômico; agenda social, com ênfase nas transferências

condicionadas de renda, associadas às ações complementares de fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos, da cultura e da segurança pública; e Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) (MENICUCCI, 2011).

O PAC teve como objetivo a expansão do investimento em infraestrutura, cujas metas foram: a eliminação dos impasses para o crescimento da economia; o aumento da produtividade; a busca de superação dos desequilíbrios regionais e das desigualdades sociais; o planejamento estratégico de médios e longos prazos; o fortalecimento da regulação e da competitividade; os instrumentos financeiros adequados ao investimento de longo prazo; as parcerias entre público e privado; e a articulação entre os entes federativos (CAMPOS; GUIZARD, 2014).

Dentre as propostas do PAC estava a de aumentar a oferta de empregos no país e melhorar as condições de vida da população brasileira. No caso do setor saúde recebeu o nome de Programa Mais Saúde, tendo como um de seus eixos a participação e o controle social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007c).

Este eixo teve como diretriz o fortalecimento da participação e do controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde. Para tal, teve como objetivos: Dotar os conselhos de saúde de infra estrutura e apoio logístico para exercer seu papel no controle social; apoiar processos educativos e de mobilização de sujeitos sociais para o desenvolvimento da gestão participativa; Implantar o sistema nacional de ouvidoria do SUS; expandir a carta de direitos dos usuários do SUS; e implantar o portal de direitos dos usuários da saúde e implantar o portal dos direitos do usuário dos serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007c).

Diante do compromisso exposto, com a inclusão e a participação social na saúde, esse processo ficou evidente na reformulação no interior do Ministério da Saúde (MS), a partir do momento em que foram abertos espaços de troca e negociação com movimentos sociais, dando à discussão da gestão participativa um lugar diferenciado, com a criação da Secretaria de Gestão Participativa (LOPES; MATTA, 2014).

Eu acredito que a gestão do Governo Federal na época, era uma Gestão muito voltada para participação popular, viu a necessidade dessa implementação tanto que um dos focos dessa política era o controle social, inclusive tinha representantes dos conselhos participando das reuniões, acredito que veio mais dessa visão da participação popular e sendo auditoria um meio de controle de recursos, acredito que ela foi englobada como um dos eixos por conta disso, dessa visão da participação popular [E 3].

Ademais, destaca-se que o governo Lula tentou afinar as ações do governo Federal com os outros níveis de governo, no caso, a esfera estadual, a partir do elenco da ParticipaSUS como prioridade para sua ampliação no país. Uma linearidade da atuação da ParticipaSUS no âmbito das relações intergovernamentais foi esperada a partir do momento vivenciado:

Na época nós tínhamos o PT que era o governo federal, e o PSB que era o estadual, eram aliados, e acredito que isso facilitou muito a chegada desses recursos aqui, e havia sim uma participação popular mais direta, havia uma ligação muito boa de Pernambuco com Brasília [E3].

Os achados de Menicucci (2011), que analisa a Política de Saúde no governo Lula, apontam que no setor saúde houve um misto de continuidade e mudança. Foram adotadas medidas de caráter incremental no processo contínuo de implementação do SUS. A ParticipaSUS se enquadra neste cenário.

Num esforço de compreender outras questões relacionadas com o surgimento da ParticipaSUS, no tópico a seguir também é detalhado aspectos relacionados à política econômica do período estudado.

5.1.1.2 Esfera Econômica

Para realizar a contextualização da esfera econômica é importante analisar o comportamento da economia brasileira no período de 2003 à 2016, assim como também as políticas econômicas adotadas nesse período. Ao longo dos anos 2000 a economia brasileira tem mantido seu comportamento de alternância de pequenos ciclos de crescimento com desaceleração econômica, muitas vezes abrupta.

O mandato de Lula, 2003 à 2006, caracterizou-se pela continuidade do chamado tripé da política macroeconômica constituído pelo regime de metas de inflação, metas de superávit primário e regime de câmbio flutuante. Nesse contexto, tanto a política monetária quanto a política fiscal foram caracterizadas por uma alta taxa de juros decrescente e um amplo superávit primário (PAULA; PIRES, 2017).

É importante enfatizar que a recuperação econômica ocorrida a partir de 2004 foi resultante inicialmente pelo *boom* de *commodities* e, depois, pelo aumento do consumo das famílias, resultante do estímulo ao crédito bancário e ao aumento da renda real das famílias. Além disso, os enormes influxos de capitais externos e do superávit comercial contribuíram para a redução de inflação. Ao mesmo tempo, a dívida externa pública foi reestruturada pelo Tesouro e o Banco Central acumulou reservas, com isso o setor público deixou de ser um

devedor líquido de US\$ 57,8 bilhões no final de 2002 para assumir uma posição credora líquida de US\$ 95,9 bilhões no final de 2007, viabilizando um maior “*policy space*” para políticas anticíclicas (PAULA; PIRES, 2017).

A partir de setembro de 2008, houve influência da crise do Lehman Brother sobre a economia brasileira, quando houve a saída de capitais estrangeiros aplicados em bolsas, diminuição de crédito externo para bancos e firmas, aumento dos lucros e dividendos por parte de subsidiárias de empresas multinacionais, retração do mercado de crédito doméstico e aumento de liquidez no mercado interbancário (BARBOSA FILHO, 2010).

Nessa época, o governo Lula respondeu com uma grande variedade de medidas, como as medidas de reforço à liquidez do setor bancário, linha temporária de crédito para as exportações, intervenções do Banco Central do Brasil no mercado cambial, estímulo à expansão de crédito por parte dos bancos públicos, diminuição do IPI dos automóveis, eletrodomésticos e produtos de construção, aumento do período de concessão do seguro-desemprego, e criação de um programa de construção de moradia popular conhecido como “Minha Casa, Minha Vida” (BARBOSA FILHO, 2010).

Desta forma, o governo brasileiro conseguiu evitar uma deterioração mais drástica das expectativas, tendo bons resultados na recuperação econômica a partir do final de 2009. Vale salientar que esta rápida recuperação da economia foi decorrente do crescimento do capital fixo e do consumo. Em consequência à restauração da confiança e à ampliação da utilização da capacidade instalada da indústria, houve um crescimento do PIB de 17% para 20,5% referente ao período do 1º trimestre de 2009 ao 3º trimestre de 2010 respectivamente (BARBOSA FILHO, 2010).

Neste contexto, o Brasil voltou a enfrentar enormes fluxos de capitais de curto prazo impulsionados por um alto diferencial entre as taxas de juros internas e externas, valorizando a moeda brasileira a ponto de ser considerada a mais forte entre os países emergentes em 2009 (PAULA; PIRES, 2017).

Em meados de 2010 foram reforçados os controles de capitais e implementado, por parte do governo brasileiro, políticas macroprudenciais. No início do mandato de Dilma foi uma política econômica mais contracionista com o intuito de reduzir a demanda agregada e conter a inflação a partir do aumento das taxas de juros e a definição de metas fiscais. Desta forma, o superávit primário passou de 2,8% do PIB, em dezembro de 2010, para 3,7% em agosto de 2011 (PAULA; PIRES, 2017).

O governo Dilma teve como característica a gradual piora da crise internacional resultante da crise do Euro, da fraca recuperação norte-americana e da desaceleração dos

países emergentes. Desta forma, para estimular o setor industrial a principal estratégia adotada foi a isenção fiscal, incluindo a redução do IPI sobre bens de capital e a desoneração da folha de pagamento de setores intensivos em mão de obra, permitindo a mudança na contribuição previdenciária de 20% sobre o salário por taxas de 1 à 2 % sobre os lucros das firmas. Em 2012 foram acrescentadas medidas no “Plano Brasil Maior” como a ampliação da desoneração da folha de pagamento para outros setores, a redução do IPI para bens duráveis, alterações no recolhimento do PIS/Confins, redução do IOF na redução de crédito para pessoas físicas. Em 2013 foram mantidas algumas medidas de incentivos fiscais apesar do governo ter realizado um ligeiro ajuste fiscal e o BCB voltou a elevar a Selic, fechando o ano em 10%. Em 2014 houve uma tendência de deterioração fiscal em função das desonerações fiscais, redução do PIB e do impacto dos juros sobre a dívida pública (PAULA; PIRES, 2017).

Diante o exposto, observou-se que entre 2010 e 2014 o governo apostou tanto na mudança no *mix* de política econômica, redução da Selic e desvalorização cambial, quanto nas isenções fiscais que impulsionariam conjuntamente a oferta e a demanda agregada de bens. Quando foi visto que não era o caso, foi implementado medidas para estimular o crescimento como aumentar a desoneração da folha de pagamento para mais setores. Tal medida não foi bem coordenada, pois houve um privilégio das isenções fiscais ao invés de investimentos públicos. No período de 2013 a 2014, para compensar a restrição financeira, o governo continuou a expandir os gastos públicos e com isso houve uma diminuição no PIB que saiu de 1,7% em 2013 para -0,6% em 2014 (PAULA; PIRES, 2017).

Em 2015 e 2016 ocorreu uma nova reversão na trajetória econômica, onde alguns fatores contribuíram para reduzir ainda mais o crescimento econômico, dentre eles: a deterioração dos termos de troca, o ajuste fiscal, a crise hídrica, a desvalorização da moeda, o aumento da taxa de juros Selic. Essa desaceleração ocorreu de maneira acentuada em média de -3,6 % no período mencionado. Vale ressaltar que outros fatores secundários também aprofundaram a recessão como o aumento da taxa de juros, aumento do desemprego, a queda de renda, a contração do mercado de crédito e a redução dos investimentos públicos. Essa desaceleração da oferta de crédito causada pela combinação de recessão com o aumento das taxas de juros resultou no “*credit crunch*”, dificultando ainda mais a recuperação da economia (PIRES, 2016).

De acordo com os dados da Secretaria de Política Econômica (SPE) (2016), após a reeleição de Dilma Rousseff, a política fiscal foi marcado por uma contração significativa sobre o crescimento da economia devido aos vários choques de um ambiente político que se

acirrava e dificultava a aprovação de medidas importantes. Em 2016 o grande desafio do governo era criar uma estratégia de consolidação fiscal que revertesse o crescimento continuado nos gastos públicos que comprometia a implementação de políticas públicas do governo no decorrer do tempo. Vale salientar que esta crise política praticamente paralisou as ações do governo no que se refere à agenda econômica.

5.1.1.3 Esfera Social

A população brasileira vem sofrendo transformações desde a segunda metade do século XX. As mudanças iniciaram com a queda das taxas de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer, no qual resultaram nas taxas de crescimento populacional mais elevada na história do país (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Brasil, essa transição demográfica, foi marcada por fases: a primeira houve pouco impacto na estrutura etária, onde a população além de ser muito jovem, havia uma razão de dependência elevada, alcançando seu valor máximo (90%) em 1960, e com uma pequena proporção de idosos (4,0 a 5,0%); a segunda iniciou-se no final da década de 1960 onde foi observada uma ligeira diminuição dos indicadores das taxas de natalidade e fecundidade (5,8 filhos por mulher), queda dos níveis de mortalidade e início do processo de envelhecimento populacional; a partir de 1970 ocorreu a verdadeira revolução demográfica, quando os indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade apresentaram reduções drásticas em 1980, especialmente no que se refere à queda da taxa de mortalidade infantil que reduziu mais de 70%, entre 1980 e 2010. Vale salientar que paralelamente ocorreu uma drástica queda dos níveis de fecundidade, apresentando níveis reduzidos abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher. (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Portanto, pode-se observar que o país passou por uma transformação total em seu perfil demográfico. Esta população deixou de ser majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas com alto risco de mortalidade infantil, e passou a assumir um perfil de sociedade predominantemente urbana, com risco de morte infantil reduzido e arranjos familiares diversos (LEONE *et al.*, 2010).

Ainda sobre esse processo de transição, é importante enfatizar a redução das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônico- degenerativas, ganhando destaque nas agendas públicas. Essa mudança no perfil das doenças é devido à associação de seus fatores de risco com as condições de vida nas grandes áreas urbanas, com maior acesso da população a redes gerais de água e esgotamento sanitário, maior acesso à atenção à saúde,

campanhas de vacina, entre outras ações da Saúde Pública que influenciaram na redução de mortalidade no país, e conseqüentemente no envelhecimento populacional (AZAMBUJA *et al.*, 2011).

Sobre as mudanças nas taxas de fecundidade, pode-se afirmar que os fatores que influenciaram fortemente a rápida redução foi a escolarização das mulheres, assim como também sua inserção profissional, especialmente na área urbana (PINHEIRO *et al.*, 2009).

É evidenciado que as regiões brasileiras vivem momentos diferentes dessas transições, ou seja, as variações nas tendências de crescimento dos seguimentos da população jovem, adulta e idosa, em resposta aos diferentes níveis e ritmos de queda dos indicadores de mortalidade e fecundidade estão vinculadas ao processo histórico de desenvolvimento, industrialização e urbanização de cada região. Todavia, essas variabilidades de situações apontam para o não equilíbrio demográfico devido as diferenças socioeconômicas. A persistência da mortalidade infantil diante as desigualdades regionais, assim como a prematuridade e outras afecções perinatais apontam para a necessidade que o Brasil ainda tem de avançar para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde no período pré-natal e no parto (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Esses novos desafios decorrentes da transição, juntamente com o processo de envelhecimento populacional, devem ser levados em consideração na hora da construção e fortalecimento de políticas públicas para as áreas sociais, especialmente para a área da saúde.

No que se refere à qualidade de vida e desenvolvimento, observou-se um aumento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil de 0,715 em 2010 para 0,718 em 2011, elevando a posição no ranking global. Desta forma, o Brasil saiu da 85ª para a 84ª posição, permanecendo no grupo dos países de alto desenvolvimento humano (NAÇÕES UNIDAS, 2011).

Apesar desta melhora, a desigualdade brasileira está entre as 12 mais altas do mundo (IPEA, 2011), apesar de ter sido observado um processo sistemático de redução de desigualdade, com o índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar *per capita* caindo de 0,594 para 0,539, se aproximando ao máximo do mínimo da desigualdade, entre 2001 e 2009 (HOFFMANN, 2010).

Diante da manutenção do crescimento com redução da desigualdade, a pobreza manteve uma contínua trajetória decrescente. A renda dos 10% mais pobres cresceu de 2001 a 2009 a um ritmo anual de 7,2%, enquanto que a dos 10% mais ricos apenas 1,4%. O crescimento da classe C, uma classe média considerada popular, com rendimento entre R\$ 1.115,00 a R\$ 4.807,03, chegou a representar 50,5% da população, que totaliza 93 milhões de

pessoas, cujo poder de compra supera as classes A e B (IPEA, 2012).

Com o intuito de combater as desigualdades sociais, foram implementadas políticas de inclusão social, com expressões concretas nas áreas sociais. Na saúde tem-se referido ao longo desta tese que um dos compromissos no Plano de Governo de Lula foi o fortalecimento da gestão do SUS, pública e democrática, com o controle social como instrumento de identificação das necessidades da população de maneira a atender o interesse público e combater a corrupção e a exclusão social.

5.1.2 O Micro Contexto

De acordo com o modelo de Walt e Gilson (1994) modificado utilizado neste estudo, o micro contexto é composto por políticas setoriais, financiamento do setor e o panorama sanitário, epidemiológico e da organização dos serviços, destacando alguns desafios da saúde.

5.1.2.1 *Âmbito Político Setorial*

Segundo Menicucci (2011), as políticas de saúde de um governo não podem ser avaliadas apenas setorialmente, ou seja, pelas ações exclusivas voltadas para o funcionamento do sistema de serviços de saúde; há que se examinar traços e produtos do governo que tenham repercussões na saúde da população e na organização do sistema de serviços.

A política do Governo do Estado de Pernambuco foi influenciada por grandes mudanças no contexto político nacional ocorridas a entre 2008 e 2015 (KHAN; HEUVEL, 2006). Essas alterações no contexto político refletem as relações de poder entre diversos setores, atores e interessados, além de influenciar a construção de agenda, formulação de políticas, implementação e avaliação; e alocação de recursos.

Esse período teve como característica as duas eleições presidenciais, a primeira marcada pela vitória do presidente Luíz Inácio Lula da Silva que permaneceu por dois mandatos, de 2003 à 2010 e a segunda tendo eleita a presidenta Dilma Vana Rousseff, em 2011.

Ao mesmo tempo, no Estado de Pernambuco houve dois mandatos do Governo Eduardo Campos, (2007 a 2010) e (2011 a 2013), e em seguida (2014) foi iniciado o governo de Paulo Henrique Saraiva Câmara. No caso do governo de Eduardo, houve uma priorização na remodelação dos serviços de saúde pública com a construção de 04 novos Hospitais de grande porte, além da implantação de 14 UPAS e 09 UPAE todas gerenciadas pelas

Organizações Sociais de Saúde (OSS), também houve a mudança de gestão de 05 hospitais que passaram a ser gerenciados pelas OSS (SANTANA, 2015).

Para a compreensão do cenário político do Estado de Pernambuco nas eleições para governador em 2006, é fundamental considerarmos a atuação do Governo Lula (2003-2006) na região Nordeste. Para compreender o realinhamento político do eleitorado da região é importante considerar as bases materiais que constituíram o fenômeno do lulismo assim como as repercussões sociais e ideológicas (SINGER, 2009).

A partir do primeiro mandato do Governo Lula houve uma dinamização dos seguimentos produtivos na região Nordeste que tiveram como fundamentos os investimentos em infraestrutura que impulsionaram a geração de emprego formal, fortalecendo a economia. Vale ressaltar que as ações dos investimentos que visavam a integração nacional contribuíram para um novo ciclo de desenvolvimento devido às mudanças estratégicas do Governo do presidente Lula da Silva em relação aos governos anteriores. (ARAÚJO, 2010).

Estudos apontam que os resultados da eleição nacional de 2006 aproximou as relações do Governo do Estado de Pernambuco com o Governo Federal. Diante disto, houve um grande fortalecimento do Partido Socialista Brasileiro (PSB), que sob a liderança de Arraes, esteve quase sempre em condições políticas adversas (BARRETO, 2006; SANTANA, 2015).

Neste contexto político, vale destacar a importância geopolítica que o governo PSB de Pernambuco passou a ter a partir de 2006. Isso se deve por dois motivos: porque o partido passou a ter representação em três dos nove estados Nordestinos, tendo sido importante para a base política de sustentação do Governo Lula; e também pela posse de Eduardo Campos na presidência nacional do partido, em 2005 após o falecimento de Miguel Arraes, e em seguida (2007), como governador do Estado de Pernambuco, tornou-se a ser a maior liderança do partido político. Desta forma, o seu modelo de gestão passou a ser vitrine nacional, ganhando visibilidade no tocante de fortalecimento do partido (SILVA, 2013).

Assim o PSB construiu uma referência política na gestão pública. Essa nova forma política foi estruturada, na primeira Gestão Estadual de Eduardo Campos (2007-2010), a partir do modelo de gestão “Todos por Pernambuco” (SILVA, 2013).

Na visão dos entrevistados, o governo de Eduardo Campos apresentou características progressistas e populistas. No qual, dentre as prioridades estavam a educação, segurança pública e saúde pública. Foi relatado também que havia uma atenção especial voltada para inclusão social de grandes camadas da população, que por muitas vezes tiveram dificuldades de acesso para bens, educação, serviço e emprego.

Pernambuco estava muito bem na fita, foi na época em que SUAPE estava

bombando, agente estava recebendo muito gente de fora para vir morar aqui, especialmente Ipojuca e os municípios no entorno, Cabo de Santo Agostinho por exemplo, então foi uma época muito boa, por que o PIB de Pernambuco estava em alta e ai a gente estava atraindo esse pessoal e vinha gente de fora até gente de outros países vieram por conta de SUAPE, então o contexto econômico foi bem favorável naquela época [E2].

O novo modelo de gestão adotado ganhou visibilidade por parte das entidades do empresariado nacional e organismos internacionais comprometidos com a formação e consolidação do neoliberal e a sustentabilidade de seu projeto hegemônico. O governo recebeu, dentre outros prêmios: o modelo de gestão todos por Pernambuco, o Programa Chapéu de Palha e o Programa Mãe Coruja (SANTANA, 2015).

No programa de governo de Eduardo Campos o objetivo principal consistiu em contemplar a necessidade de um novo ciclo de crescimento econômico sustentável, acompanhado da melhoria dos indicadores sociais no estado de Pernambuco. Vale salientar que, os serviços públicos devem ocorrer em virtude de serem instrumentos para o bem-estar social, apresentando papel estratégico na superação da pobreza e na conquista da dignidade cidadão (SILVA, 2013).

A proposta era que esse desenvolvimento assegurasse o aumento da qualidade de vida dos cidadãos, tendo sido usado como justificativa para a urgente modernização do sistema de gestão pública, como consta no plano de governo (2007-2010) “Um novo olhar Pernambuco” (SILVA, 2013).

Porém, “[...] essa suposta harmonia entre privado e o público, em prol de um desenvolvimento com justiça social é identificada como o pressuposto teórico e a perspectiva política presentes no plano e no programa do governo Campos” (SANTANA, 2015).

Por fim, a gestão de Eduardo Campos, inserido no contexto Nacional de combate a iniquidade e desigualdades sociais, foi considerado fundamental para o fomento da participação popular e fortalecimento de uma gestão estratégica e participativa, facilitando a implantação da ParticipaSUS, no bojo de um conjunto de propostas inovadoras no âmbito estadual, assim como também o incentivo financeiro Federal para o surgimento da ParticipaSUS.

Vale salienta que durante a realização das entrevistas muitos alegaram a interferência da aliança política como fundamental no surgimento na da política em questão no Estado de Pernambuco.

[...] a secretaria de saúde estava uma efervescência de mudanças, concepções do trabalho, de novo direcionamento das atividades, e aí existia dos funcionários antigos um luto (tristeza) pela perda e dos novatos essa gana pela mudança, eu lembro que tem essa visão bem holística, então esse novo grupo de trabalho era

um grupo que tinha uma nova cara, inclusive dentro do grupo de trabalho tinha os almas que eram artistas, escritores, poetas, tintores e que vinham para trazer essa visão, cosmovisão para o ambiente de trabalho, porque estava muito pesado e o governador queria mudança, queria uma nova cara inclusive a gente começou a discutir a ciranda da saúde, então o que marcava essa nova gestão era a ciranda em saúde, e aí a gente foi desenvolvendo esse trabalho [E4].

Nessa lógica, o Governador de Pernambuco nomeou, Frederico da Costa Amâncio, como Secretário Executivo de Coordenação Geral de Saúde. Essa escolha, juntamente com a do Diretor de Planejamento foi relevante no apoio e adesão de alguns técnicos da Secretaria de Saúde às novas políticas. Além disso, outro aspecto que influenciou de maneira favorável foi apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, nos primeiros anos de funcionamento da ParticipaSUS.

5.1.2.2 Financiamento Setorial

A partir de 2005, o Estado de Pernambuco vivenciou um período de transição de um cenário de estagnação para um ciclo de desenvolvimento econômico (ARAÚJO, 2010). Essa transição foi impulsionada tanto pelos investimentos públicos em infraestrutura quanto pelas políticas de incremento à renda do governo Federal (SINGER, 2009).

Além disso, em meados dos anos 2000, houve uma dinamização da economia com a ampliação de investimentos em empresas privadas, devido a oportunidades que surgiram com a implantação ou reestruturação das novas cadeias produtivas de petróleo, gás, indústria naval e logística (MONTEIRO, 2012).

Essa dinamização da economia, também ficou conhecida como novo ciclo econômico de Pernambuco. Essa denominação se deve ao fato histórico de oscilações entre ciclos de expansão e retração da economia pernambucana, observada desde o período colonial (MONTEIRO, 2012).

Essas oscilações no período de estudo deste trabalho apontam para um incremento decorrentes da Política de atração de investimentos, e no aumento da dinâmica local a partir do ano 2000. As atividades envolvidas foram: a expansão da fruticultura; a expansão do polo têxtil de Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe; a recuperação do setor sucroalcooleiro; o incremento no turismo; e por fim, os investimentos realizados no o complexo industrial e portuário de SUAPE (LIMA; SICSÚ; PADILHA, 2007).

A partir de 2007 ocorre uma estabilidade na economia pernambucana com a realização de importantes investimentos públicos que fortaleceu a atração de empreendimentos privados, que funcionaram como âncora para o Estado. Dentre estes investimentos estão: a duplicação

da BR 101, novas adutoras, ampliação da rede de gasoduto, a transposição do rio São Francisco e a ferrovia Transnordestina (MONTEIRO, 2012).

Porém, esse processo de redefinição na matriz produtiva aponta para restrições ao desenvolvimento, sendo: o crescimento da violência, indicação de desagregação social, além das limitações tanto na escolaridade quanto na qualificação de recursos humanos (SILVA, 2013).

Diante as dificuldades apontadas acima, foram implantadas as seguintes ações: combate à violência com o intuito de diminuir a desagregação social; implantação de um programa de aceleração abrangente de qualificação da mão de obra para inserção social; e a reestruturação e reforço da educação de jovens e adolescentes (CONSELHO ESTADUAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2007; SANTANA 2015).

Em 2014 foi observado que o Produto Interno Bruto (PIB) pernambucano havia crescido 4% em relação ao trimestre anterior, crescimento bem acima do país que atingiu um acréscimo de 0,2% no mesmo período. Vale salientar que, esse crescimento foi resultante dos investimentos ocorridos no estado. Para isso, foi visto que Pernambuco recebeu mais de 20 milhões do governo federal e com isso atraiu empresas privadas como a Fábrica Italiana Automobili Torino (FIAT) (PINTO, 2014).

O período de estudo deste trabalho, 2008 a 2015, foi caracterizado como o novo ciclo da industrialização para Pernambuco, constituindo-se numa janela de oportunidade para investimentos em setores diversos e oriundos de várias partes do mundo. Nesses primeiros anos (2007 à 2013) houve o acréscimo de 41% de empreendimentos, gerando 28,5% de novos empregos. Nesse ritmo, nos primeiros meses de 2015 diversas empresas procuraram a Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco (AD Diper) com interesse em se instalar no Estado com o incentivo do Programa de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco (PRODEPE), que concedia crédito sobre o saldo devedor do ICMS. Desta forma, é reforçado o bom momento vivido pelo Estado, mesmo imerso no difícil ano que acomete o país (PANORAMA PERNAMBUCO, 2015).

5.1.2.3 Panorama de saúde

A população pernambucana apresenta, segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2010 pelo IBGE, a terceira menor expectativa de vida da Região Nordeste (69,1 anos), sendo maior apenas que os estados do Maranhão e de Alagoas, apesar de ter apresentado um aumento superior (4,1%) ao observado na Região Nordeste (3,6%) e no Brasil (3,1%), comparando-se

os anos de 1999 e 2009 (IBGE, 2010).

No que se refere ao envelhecimento da população, o Estado de Pernambuco, assim como a Região Nordeste e o Brasil, encontra-se em estágio avançado na transição demográfica, variando de 28,6% para 41,6% na década de 2000. É importante ressaltar que o envelhecimento se materializa quando a participação da população idosa se torna considerável em relação à população jovem. Esse processo acontece por dois movimentos demográficos demonstrados nas pirâmides populacionais: diminuição da população jovem, fruto da queda da fecundidade (envelhecimento pela base) e pelo aumento da população idosa devido à queda da mortalidade (envelhecimento pelo topo) (MOREIRA, 2002). Nesse cenário, torna-se um desafio a construção de soluções para o acolhimento e promoção da saúde do idoso.

Por volta de 2010, boa parte das doenças reincidentes estavam sendo controladas pelo trabalho das vigilâncias em saúde, como foi com a dengue, que apesar de possuir características sazonais, havia um estímulo forte do governo federal juntamente com o trabalho das vigilâncias estaduais e municipais, especialmente a cidade do Recife. Na época não estava ocorrendo surto que apontasse evidências nas agendas públicas, exceto as doenças negligenciadas que ganharam destaque na agenda do Estado com a criação do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR).

No que se refere aos agravos, a partir de 2014 e com graves consequências em 2015, foi identificado a emergência de novas patologias vinculadas ao *aedes aegypti*, a chikungunya e a zika, com a ocorrência de microcefalia e outros danos em investigação, tornando-se necessária e ao mesmo tempo desafiadora a realização de ações articuladas de maneira a envolver a educação, saúde e estrutura urbana, em prol do combate ao mosquito (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

Sobre o perfil epidemiológico, foi identificado avanços no combate às doenças negligenciadas, a partir do Programa SANAR, mas ainda há um grande esforço a ser feito, sobretudo em relação à esquistossomose, tuberculose e hanseníase. Vale ressaltar que a dengue juntamente com a chikungunya e a zika, continuam sendo um desafio. Além disso, a sífilis na gestação e a congênita, relacionados ao parto e ao puerpério também persistem como questões que necessitam serem priorizadas na intervenção do Governo do Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

No campo das doenças crônicas não transmissíveis, ressalta-se o crescimento das internações por neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Destaca-se ainda, o crescimento da internação por causas externas nos últimos anos, que também é a principal causa de óbitos. Além disso, a mortalidade materna e a mortalidade por doenças cardiovasculares continuam

apresentando um forte impacto na mortalidade geral do estado (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

A rede estadual de saúde de Pernambuco é formada por 33 hospitais administrados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, sendo que destes 05 passaram a ser gerenciados por OSS, e 4 hospitais recém construídos também passaram a ser gerenciados pelas OSS (Hospital Metropolitano Miguel Arraes, Hospital Metropolitano Dom Helder, Hospital Metropolitano Pelópidas da Silveira, e Hospital Metropolitano Mestre Vitalino). Vale salientar que também houve uma expansão de Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) com a inauguração de 14 UPAs ao longo do Estado, no período compreendido entre 2010 a 2014 (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

No que se refere à média complexidade, também houve expansão de sua cobertura com a inauguração de 09 Unidades Pernambucanas de Atenção Especialidades (UPAEs) para atender as demandas de consultas e exames especializados. Em relação aos leitos, pode-se dizer que houve uma ampliação em mais de 200% ao comparar o total de leitos de 2014 com os de 2007, e no caso dos leitos de terapia intensiva o incremento foi de 400% em todas as regiões do Estado. Também houve investimento na rede de urgência e emergência, com o incremento no quantitativo de ambulâncias do SAMU, tanto nas ambulâncias de suporte básico e avançadas (equipadas como UTI), quanto de motolâncias (PERNAMBUCO. Secretara Estadual de Saúde, 2013a).

Com o intuito de sintetizar o contexto da mudança para o surgimento de uma Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS em Pernambuco, segue o quadro resumo das principais questões presentes nesta categoria e seus componentes analíticos:

Quadro 7 – Síntese da categoria contexto da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco.

CONTEXTO		
Macro Contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
Dois Presidentes de mesmo partido, sendo que um deles assumiu dois mandatos presidenciais	Crescimento econômico desde 2003 com base na distribuição de renda;	Transição demográfica acelerada;
Regime político democrático;	Política de incentivo à economia intensa e rápida;	Mudança no perfil de adoecimento
Destaque para a criação de uma agenda política social com foco na democracia participativa e inclusão social	No final do período do estudo ocorreu uma redução do crescimento econômico resultando em redução de investimento público	Redução da desigualdade, com diminuição da pobreza
Crise política	Paralisação das ações do governo no que se refere à agenda econômica	Implementação de políticas de inclusão social, dentre outras, na saúde houve o fortalecimento da Gestão do SUS, com o controle social.
Micro Contexto		
Âmbito Político Setorial	Financiamento Setorial	Panorama de Saúde
Aproximação do Governo de Pernambuco com o Governo Federal. Fortalecimento do PSB.	Período de transição de um cenário de estagnação para um ciclo de desenvolvimento econômico	Envelhecimento da população
Repercussões sociais e ideológicas do governo Lula na Região Nordeste	Importantes investimentos públicos que fortaleceu a atração de empreendimentos privados para o estado	Emergência de novas patologias vinculadas ao aedes aegypti, a chikungunya e a zika, com a ocorrência de microcefalia e outros danos
Dois mandatos do Governo Eduardo Campos e início do Governo Paulo Câmara	Janela de oportunidade para investimentos em setores diversos e oriundos de várias partes do mundo	Avanços no combate às doenças negligenciadas, a partir do Programa SANAR, e persistência da esquistossomose, tuberculose e hanseníase
Novo modelo de gestão-Remodelação dos serviços de saúde com a implantação serviços gerenciados pelas OSSs		Ampliação da rede de serviços de saúde, sendo uma parte gerenciado por OSSs
Crescimento econômico sustentável, acompanhou a melhoria dos indicadores sociais		

Fonte: Elaborado pela autora

5.2 CONTEÚDO DA PARTICIPASUS

O conteúdo é o corpo de uma política, expresso a partir dos seus componentes, tais como: objetivos, metas, projetos e atividades previstas (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001). Portanto, neste tópico será apresentado a partir das entrevistas e dos documentos analisados, o corpo da ParticipaSUS, seus objetivos, sua estrutura programática, e, sobretudo, os seus princípios.

As entrevistas apontaram basicamente dois grandes eixos. O primeiro que se refere ao arcabouço legal do ParticipaSUS e de seus componentes e o segundo que se refere às mudanças em sua estrutura, onde foram acrescentados outros eixos no incentivo financeiro destinado à ParticipaSUS.

Para sua análise, além de todo o exame dos objetivos, diretrizes, parâmetros, metas e recursos da ParticipaSUS, foi possível apreciar aspectos referentes ao seu conteúdo por meio de materiais diversos, dentre os quais alguns artigos relacionados à política, portarias e textos normativos da mesma. A partir desta análise, a Política em questão será classificada segundo sua perspectiva política e social.

5.2.1 Apresentando a ParticipaSUS

O conteúdo propositivo foi discutido tendo por base as entrevistas realizadas e os documentos consultados, à luz dos princípios do SUS e da participação social em saúde.

A ParticipaSUS é apontada por alguns textos como um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o Apoio ao Controle Social, o Monitoramento e a Avaliação da Gestão, a Ouvidoria, a Auditoria e a Gestão da Ética nos serviços públicos de saúde. Em relação às suas diretrizes, foram enfatizadas: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS; a integração e a interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social; a ampliação dos espaços de escuta da sociedade em relação ao SUS; a articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS; a articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com os diversos setores, governamentais e não governamentais; e o fortalecimento das formas coletivas de

participação e de solução de demandas (BRASIL, 2007; CARVALHO *et al.*, 2012; BEZERRA, 2012; MARINHO, 2015).

A implementação da ParticipaSUS vem sendo considerado um grande desafio que delega atribuições e responsabilidades aos gestores dos três níveis federativos. Desta forma, é esperado a agilidade e o aperfeiçoamento na implementação das ações de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do Sistema de Saúde e o impacto destas práticas na qualidade das ações de saúde e no cumprimento dos objetivos e diretrizes do SUS (MARINHO, 2015).

Segundo Bezerra (2012), quando se adota o conceito ampliado de saúde, a participação social torna-se condição *sine qua non* para seu exercício pleno, pois não pode ser considerada saudável uma população que não participa do processo de decisão sobre os rumos da saúde pública. Neste contexto surge a gestão participativa como ferramenta estratégica para estruturação de um novo ciclo democrático do SUS, capaz de influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização, como a descentralização, a regionalização e a mudança da cultura de gestão.

Em 2005 foi criada a primeira versão da ParticipaSUS, onde passa a desenvolver uma série de ações para a inserção da população no controle social tanto nas proposições, através das conferências de saúde, quanto no acompanhamento da implantação dessas políticas nos processos cotidianos de gestão do SUS. Além disso, a ParticipaSUS também propõe ampliar a participação popular buscando trazer para a gestão do sistema o olhar das populações vulneráveis: quilombolas, lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e travestis, população do campo, moradores de ruas e povos da floresta. Nesse sentido, o Ministério da Saúde amplia seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Para esta primeira versão da ParticipaSUS, os espaços de escuta do cidadão são considerados importantes fontes de informação privilegiadas para a gestão do SUS, onde o governo e a sociedade começou a assumir a corresponsabilidade pelo controle social.

No ano seguinte, em 2006, a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) incorpora o termo “estratégico” com o intuito de qualificar o conceito de gestão. Assim, transformou o Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa, criou também os departamentos de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, e deu continuidade ao Departamento de Ouvidoria Geral. A partir daí, a Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa (SGEP) incorporou as ações de auditoria, ouvidoria, apoio a gestão participativa, monitoramento e avaliação da gestão do SUS. (BRASIL. Ministério de Saúde, 2006a).

Em 2009 foi criada a segunda versão da ParticipaSUS, onde a definição de gestão estratégica e participativa considera a participação social como dimensão transversal das ações e práticas de saúde, indo além dos conselhos e conferências de saúde, mecanismos estes instituídos pelo SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a).

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a, p.15).

Vale destacar que ao comparar com a versão anterior da política, observa-se que não houve mudanças nas ações da gestão estratégica e participativa, permanecendo assim: “Apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços de saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a, p.15).

A distinção entre as duas versões consiste basicamente à definição das responsabilidades de cada setor envolvido na SGEP, reflexo do seu processo de reestruturação. Assim, nesta segunda versão da ParticipaSUS, o conjunto de atividades afim de aprimorar a gestão do SUS passou a organizar-se em quatro componentes, sendo estes: Gestão Participativa e Controle Social no SUS, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS e Auditoria do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

[...] A Política da ParticipaSUS é justamente uma política de participação social onde a gente envolve os entes, a sociedade em si, empodera a sociedade sobre seus deveres e seus direitos através do próprio conselho para fiscalizar essas contas da saúde, através da auditoria não só ter um papel de fiscalização, mas orientação de como fazer gastos corretamente dentro do sistemas único de saúde (SUS), monitoramento para a gente conseguir monitorar bem a questão da política de saúde, e a ouvidoria como um mecanismo não só estratégico para a gestão mas como um mecanismo estratégico para o cidadão em si que não se sente representado pelos seus conselhos por exemplo, o cidadão não precisa estar inserido nesse contexto para poder ter sua voz, a ouvidoria tem esse papel importante, então essa política é de extrema importância. [E2]

O componente Gestão Participativa e Controle Social no SUS reforça a importância de implantar além de novos conselhos municipais e estaduais de saúde, criarem novos

mecanismos de canais de participação (conselhos gestores, colegiados, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, etc.), melhorar os já existentes como as instâncias de pactuações entre gestores (comissões intergestores bipartites e tripartites) e promover mecanismos de mobilização social, processos de educação popular, de educação em saúde e ações intersetoriais. O foco desse componente é a importância da participação popular e do controle social na elaboração do novo modelo de atenção à saúde (MARINHO, 2015; BRASIL. Ministério da Saúde, 2007, 2009). Essas características foram evidenciadas nas falas dos entrevistados:

[...] o incentivo veio com o objetivo de implementar algumas ações que normalmente não dava para implementar com a rotina, com orçamento que normalmente é destinado. Então ela veio para fazer curso, para contratar consultorias, ela vem para fortalecer o controle social, mas ele diferentemente dos outros componentes, o controle social segue independente do incentivo [E4].

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

O segundo componente da ParticipaSUS é composto pelo Monitoramento e a Avaliação da Gestão do SUS, enfatiza a importância da avaliação e monitoramento na organização do SUS. Vale salientar que este componente envolve um conjunto de ações com o objetivo de realizar um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução da política, ações e serviços de saúde com o intuito de obter informações oportunas para “[...] subsidiar a tomada de decisão, assim como também a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).”

A proposta deste componente tem como base um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida e suas ações possuem objetivos vinculados ao desafio de consolidar o SUS, por se tratar de intervenções que aumentam a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político, contribuindo para a governabilidade do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2012).

Desta forma, foi estruturado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e regulamentado o monitoramento do Pacto pela Saúde. Passando a ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem

os Termos de Compromisso de Gestão, tendo como objetivo:

O desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação ao monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Nesse sentido, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde, esses mecanismos de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS.

O terceiro componente, as Ouvidorias do SUS, tem como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, com o intuito de ampliar o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Desta forma: “Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).”

Para a ParticipaSUS a ouvidoria deve estabelecer um canal de comunicação direto com a população por meio de serviços telefônicos gratuitos e permitam executar pesquisas de satisfação de usuários e profissionais. Vale reforçar que além da escuta, a ouvidoria deve encaminhar, orientar, acompanhar as demandas e retornar ao usuário, para resolver de maneira adequada.

Atualmente a sociedade brasileira vem assumindo uma posição mais crítica e consciente, neste contexto a:

A Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 24).

Nesta lógica, o papel assumido pela Ouvidoria faz com que seja necessário a criação e implementação nas três esferas de governo, fomentando assim o controle social e a gestão participativa. “[...] a ouvidoria é muito recente dentro do cenário do sus, mas hoje está se formando, se consolidando até dentro da própria gestão [...] [E2].”

O quarto componente da política, auditoria do SUS, é visto como um instrumento de gestão com o intuito de fortalecer o SUS, este componente tem a função de contribuir “[...] para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos” (BRASIL, 2009a, p. 25). Dessa forma, a auditoria é composta por um conjunto de técnicas que tem o intuito de avaliar a gestão pública, com o

olhar na aplicação dos recursos, no desenvolvimento de processos, das atividades, do desempenho e dos resultados. O órgão responsável por este componente é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

Vale salientar que o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) deve realizar suas ações baseado, também, nos resultados do monitoramento implementado, nos indicadores de avaliação, pelos riscos identificados nas auditorias anteriores, pelas demandas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais de forma a retroalimentar a gestão do SUS. Dessa forma as ações estarão voltadas para “[...] o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão (BRASIL, 2009a, p.27).”

[...] um dos focos dessa política era o controle social [...] acredito que veio mais dessa visão da participação popular e sendo auditoria um meio de controle de recursos, acredito que ela foi englobada como um dos eixos por conta disso, dessa visão da participação popular [...] [E3].

Para Nespoli *et al.* (2014), a incorporação dessas ações pela SGEP indica muito mais uma orientação no sentido de fortalecimento da dimensão estratégica da gestão do que as características participativas almejadas, pois estas novas funções não foram propostas para serem realizadas com estreita articulação com o controle social e com a participação política.

Diante do que foi visto, uma importante observação a ser feita é que as atribuições incorporadas da auditoria e do monitoramento e avaliação do SUS mostram-se com foco para a qualificação dos processos internos da gestão, não apresentando relação com as ações destinadas ao fortalecimento dos conselhos e conferências, com a promoção da equidade, ou com a consolidação da Ouvidoria nacional do SUS.

Portanto, a incorporação de novos departamentos na SGEP foram voltados especificamente para o aprimoramento técnico e metodológico da gestão. Pois apesar deste deslocamento ter sido fundamentado na compreensão de que a área de avaliação é central ao fortalecimento da gestão participativa no SUS, não foi explicitado a articulação dessas novas diretrizes políticas com a ampliação da participação. Em contra partida, nos demais componentes mencionados é enfatizado a necessidade em responder às desigualdades de acesso, assim como também a participação de populações e grupos excluídos na sociedade brasileira (NESPOLI *et al.*, 2014).

Após a definição dos componentes, o arcabouço legal da ParticipaSUS mostra as ações a serem desenvolvidas. O primeiro grupo de ações contempla a implementação da

Política de Promoção da Saúde com a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades, que prioriza o combate às iniquidades em saúde e ampliação de acesso, das populações vulneráveis, aos serviços de saúde.

O segundo grupo de ações se refere ao Programa Brasil Quilombola que contempla a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola, favorecendo o recorte racial na política de saúde. O Terceiro grupo se refere ao “[...] aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS”, englobando a realização de Conferências, capacitações para conselheiros, criação de uma rede de cooperação de informação entre conselheiros e de novos canais de escuta da população, implantação de conselhos de gestão participativa, implantação de ouvidorias, dentre outras ações previstas.

O quarto grupo de ações está atrelada à gestão de política de saúde, onde está previsto a ação de “implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação do SUS”. No quinto grupo, consolidação do processo de reforma sanitária do país, está a ação de realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados. No sexto grupo, fortalecimento da gestão do trabalho no SUS, está como ação a promoção de conhecimento sobre o SUS e implementação da educação permanente sobre o mesmo. E por fim, no sétimo grupo, qualificação e humanização na gestão do SUS, tem como ação prevista a organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a).

As ações mencionadas acima fazem parte de um conjunto de características maiores, remetendo a outras políticas e programas como a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Observa-se desta forma que a intenção é adequar a transversalidade da ParticipaSUS, mas não foi orientado sobre a operacionalização na relação dos seus componentes e das demais políticas mencionadas. Também não foi identificado a preocupação em construir convergências e articulações entre os componentes, contribuindo na fragilidade da definição de mecanismos de integração necessários para ajudar a alcançar os objetivos da política, resultando desta forma em ações recortadas e fragmentadas dentro da proposta da política.

Após a apresentação das ações da ParticipaSUS, em sua normatização, foi elencado as atribuições e responsabilidades dos gestores em suas esferas de governo, tendo como base o Pacto pela Saúde, no que se refere à ParticipaSUS. Essas atribuições seguem a lógica da composição do organograma da SGEP, órgão responsável pela coordenação da política Nacional, com seus quatro departamentos que abarcam seus respectivos componentes: Apoio

à Gestão Estratégica e Participativa, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Ouvidoria Geral do SUS e Auditoria do SUS. Vale reforçar que a proposta geral é que cada ente federado se comprometa com o fortalecimento e descentralização das ações de cada componente da política (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a).

Segundo as entrevistas, os atores envolvidos mencionam a política como algo que surgiu para fortalecer áreas basilares do sistema de saúde cujos dispositivos norteadores é promover ferramentas, espaços e instrumentos que possibilitem o aprimoramento da participação social a partir do fortalecimento de suas instâncias. Vale salientar que nesta política espera-se o envolvimento da sociedade, assim como também seu empoderamento sobre seus deveres e direitos, para fiscalização das ações e serviços de saúde, para isso utilizando ações estratégicas dos componentes que compuseram a política em seu formato inicial.

[...] vem para fortalecer mesmo áreas na saúde que historicamente foram pouco pensadas, favorecidas, investidas mesmo, então quando você dentro do participa tem quatro componentes que ao meu ver são importantes são componentes de sustentação o sistema, aí a Participa fazendo esse incentivo tende a fortalecer questões basilares do sistema[...] [E5].

Analisando o que foi preconizado pela ParticipaSUS até o momento, pode-se observar que a mesma apresentou dois eixos principais, onde um eixo tem o intuito de realizar o aprimoramento técnico e metodológico da gestão e o outro é voltada para o fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde, assim como também a promoção da equidade para as populações vulneráveis. No caso do primeiro eixo não houve uma articulação efetiva ou integração entre os componentes que gerasse esse direcionamento da política. Em relação ao segundo eixo, apesar de representar a parte participativa da política não foi identificado uma proposta de integração tanto entre os conselhos de saúde e as populações vulneráveis quanto na aproximação desses dois tipos de ação em relação aos componentes de qualificação da gestão, como a avaliação e o monitoramento (NESPOLI *et al.*, 2014).

Em momento posterior à divulgação da estrutura da política em questão, o Ministério da Saúde fomentou sua implementação através de suas portarias que além de prever recursos para descentralização de seus componentes para estados e municípios, também incluiu alguns eixos prioritários a serem trabalhados pelo ParticipaSUS como a promoção da equidade em saúde, a implementação e fortalecimento das CIR e do Sistema de Planejamento do SUS, e por último a formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP).

Por meio da portaria nº 2588 de 2008, o Ministério da Saúde regulamentou os componentes da ParticipaSUS para a qualificação da gestão no que diz respeito ao incentivo

de custeio para as ações dos componentes da política nos anos de 2008 e 2009, mediante elaboração da proposta de ação e aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), vale salientar que nesta portaria estava previsto um recurso de R\$ 80.676,64 para o estado de Pernambuco caso cumprisse as exigências necessárias (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008a).

Em 2009 o Ministério da Saúde realizou novos fomentos à implantação da ParticipaSUS, através das portarias n° 2344, que define a transferência de recursos financeiros federais, cujo valor repassado foi de R\$ 29.905.500,00, sendo R\$ 330.000,00 destinado ao Estado de Pernambuco e R\$ 850.000,00 à 06 municípios Pernambucanos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b). Ainda no mesmo ano, a portaria n° 3251 acrescentou o incentivo financeiro das ações que compõe a ParticipaSUS para mais 13 municípios, tendo sido um repasse no valor de R\$ 320.000,00 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009c).

Esse recurso financeiro estava inserido no “Componente para a Qualificação da Gestão do SUS” do bloco Gestão do Sistema cuja transferência seria efetuada de forma automática aos fundos de saúde das respectivas esferas de gestão em parcela única, seguindo como critério de valores as desigualdades regionais. Além disso, a portaria coloca como pré-requisito para a transferência do recurso:

Parágrafo único. Após aprovação do Plano de Saúde no respectivo Conselho de Saúde, a respectiva Comissão Intergestores Bipartite, enviará à SGEP/MS, o consolidado do estado com as informações de inserção das ações no Plano de Saúde e o cronograma de adesão ao Pacto pela Saúde, se couber (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b).

Em 2010, seguindo esta lógica de fomento à ParticipaSUS, o Ministério da Saúde decretou as portarias 3329 e 3997, onde a primeira repassou R\$ 330.000,00 para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e R\$ 300.000,00 para 06 municípios Pernambucanos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a, 2010b).

Os relatos das entrevistas reforçam que a ParticipaSUS inicialmente foi pensada em quatro componentes estratégicos para a qualificação da gestão do SUS, sendo estes: ouvidoria, auditoria, avaliação e monitoramento e controle social, onde seus recursos eram previstos em portarias ministeriais de maneira a ser dividida entre eles.

[...] política de participação social onde a gente envolvesse os entes a sociedade em si, empoderasse a sociedade sobre seus deveres e seus direitos através do próprio conselho para fiscalizar essas contas da saúde através da auditoria não só ter um papel de fiscalização, mas orientação de como fazer gastos corretamente dentro do sistema único de saúde, próprio monitoramento para a gente conseguir monitorar

bem a questão da política de saúde e a ouvidoria como um mecanismo não só estratégico para a gestão mas como um mecanismo estratégico para o cidadão em si que não se sente representado pelos seus conselhos por exemplo né, não necessariamente o cidadão ele não precisa estar inserido nesse contexto para poder ter sua voz, a ouvidoria acho que deve esse papel importante então essa política é de extrema importância [...] [E2].

[...] aprofundar questões de auditoria...a auditoria é uma ferramenta que o conselho pode estar acompanhando como é que a gestão tem ou não executado, se está aplicando ou não de uma forma correta esse recurso e tal. ...ouvidoria com as demandas né então assim o conselho pode por meio da ouvidoria aprimorar o seu processo de entendimento, como é que a sociedade está vendo o SUS né, então assim é um instrumento também que é importante que eles cada vez mais eles se apropriem para poder estar aprofundando seu papel e assim todos os componentes que a política traz é muito nesse foco [E1].

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2979 onde passou a definir dois campos de incentivos financeiros, sendo o primeiro voltado para a implantação da política com foco na promoção da equidade em saúde e o segundo para a implantação e fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e Sistemas de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

[...] quando chegou alguma coisa aqui em relação ao participaSUS foi investido em outras situações dentro da secretaria se não me engano parece que naquele momento foi direcionado algo para regionalizações foram contratadas algumas pessoas sanitárias para construir o modelo de regionalização e depois veio a história do COAP [E2].

Esse formato confirma a idéia sobre as dimensões que a política busca promover nos processos de gestão do SUS, pois na área do financiamento foi observado uma perspectiva em construir processos de intervenção diferentes entre si, levando a uma baixa integração e convergência entre área voltada para a consolidação do controle social e as novas funções de qualificação da gestão incluída na ParticipaSUS.

Em relação ao primeiro campo de incentivo reforça a importância tanto da participação popular quanto do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde. Prevendo os seguintes resultados: a realização de encontro com gestores, trabalhadores, conselheiros e liderança de movimentos sociais; o apoio a formação de comitês, comissões e/ou grupos temáticos voltados para a política de promoção da equidade; a produção de material informativo e educativo; apoio a formação de espaços de deliberação e apoio à mobilização social. Ainda neste campo, foi previsto o aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, estimulando o surgimento e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, assim como também o fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria e a estruturação da ouvidoria Ativa, e por fim, a interação

entre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e aos resultados das ações de auditoria. Para a realização das atividades descritas é necessário que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal implantem instâncias colegiadas que acompanhem a implementação das políticas de promoção de equidade em saúde, tais como:

- I – Comitê de Educação Popular em Saúde;
- II- Comitê Técnico de Saúde LGBT;
- III – Comitê Técnico de Saúde da População Negra;
- IV – Grupo da Terra; e
- V – Comitê Técnico de Saúde da População de Rua (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

Para o segundo campo incentivado, que se refere ao “incentivo financeiro de custeio para implantação, implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS”, espera-se como resultados instituídos: implementação do decreto 7.508 de 2011; implantação do cartão nacional de saúde, através de qualificação de gestores e de técnicos para o seu funcionamento; fortalecimento do SNA para controle do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

A portaria em questão também possibilita a aplicação dos recursos na qualificação de gestores e trabalhadores de saúde, no apoio ao funcionamento dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Para implementação de tais ações através da aplicação de recursos em cada Estado e no Distrito Federal faz-se necessário que seja pactuado nas CIBs e no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal e para fins de comprovação da aplicação de recurso desta portaria será observado as diretrizes do Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão. A portaria finaliza apontando a importância de investir especialmente em:

- I – Aprimoramento, implementação e acompanhamento da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
- II – Aperfeiçoamento, Implementação e acompanhamento dos processos de planejamento e avaliação do MS
- III – Auditoria do Sistema Único de Saúde
- IV – Atenção à saúde das populações quilombolas
- V – Promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade;
- VI – Ouvidoria Nacional de Saúde
- VII – Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de controle social e de educação em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a).

No caso dos valores de custeio, foi previsto para o Estado de Pernambuco um valor de

R\$ 613.650,00 para o primeiro campo, ou seja para implementação da ParticipaSUS com foco na promoção da equidade em saúde, e R\$ 1.024.785,00 para o segundo campo voltado para a implantação, implementação, e fortalecimento das CIR e do sistema de planejamento do SUS. Também em 2011, a portaria 3160 acrescentou valores de custeio a portaria 2979/2011. No caso para Pernambuco foram agregados valores de R\$ 167.761,50 e R\$ 210.944,25 referente aos dois campos respectivamente. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a; BRASIL. Ministério de Saúde, 2011b).

Para alguns entrevistados, essas modificações ocorridas na execução dos recursos da ParticipaSUS foi evidenciada na estrutura da política, representando a possibilidade de ampliar a intervenção estratégica e pactuação nessa esfera de gestão.

[...] quando dentro do componente tem controle social, ouvidoria, controle e avaliação. E o planejamento dentro do incentivo aí você tende a dar uma estrutura que o SUS precisaria para avançar. Porque você está tratando a base, você tem que planejar você tem controle social favorecido seja ele direta ou de representação. Porque a ouvidoria é participação direta da sociedade e aí tem o conselho que é por representação de grupos e seguimentos da sociedade [...]. [E5].

Para os entrevistados, a política em questão passou a objetivar a inclusão de grandes contingentes populacionais que ficaram a margem da sociedade, passando a considerar como grupos vulneráveis a população negra, as comunidades tradicionais, comunidades LGBT, de floresta, de situação de rua dentre outros grupos que ficaram a margem das demais políticas e que pudessem ser reconhecido como tal, pela representação do ponto de vista do acesso a uma assistência à saúde qualificada e a uma ação cidadã no ponto de vista de participação do controle social para acompanhar as implementações das políticas para o fortalecimento do SUS onde a equidade é o princípio fundamental que norteia essa política da ParticipaSUS.

[...] ele (ParticipaSUS) define ainda como instrumento para a qualificação da gestão, você pensar políticas de equidades compondo comitês técnicos para discussão dessas políticas e aí quando vem os comitês LGBT, população negra, de floresta, situação de rua, uma serie de comitês que ele colocava importante que os estados e municípios compusessem, discutissem e gerassem políticas desenhadas para essas populações como forma de promover a equidade e aí já no final nas ultimas portarias ele traz a qualificação do planejamento do SUS e do COAP [E6].

Em 2012, para a implementação e fortalecimento da ParticipaSUS foi decretada a portaria 2808, cujo incentivo financeiro de custeio era destinado prioritariamente na implementação de ações com vistas à formalização do COAP. Para tal pretende-se fomentar a implementação das ações:

I - das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), das CIR e do Colegiado de Gestão

da Saúde do Distrito Federal;
 II - do processo de Planejamento Regional Integrado; e
 III - das ações de Ouvidoria, Auditoria e Gestão Participativa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Também está previsto como resultado a realização de ações voltadas à implementação do Decreto nº 7.508 de 2011, sendo estas as ações a serem implementadas:

I - apoio ao acolhimento das novas gestões municipais e seu processo de capacitação, inclusive com cooperação ao funcionamento dos Conselhos Estaduais das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS);
 II - fortalecimento das Regiões de Saúde e implementação das respectivas CIR;
 III - conformação do Mapa da Saúde;
 IV - implementação do Planejamento Regional Integrado com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
 V - implementação no âmbito das Regiões de Saúde do (COAP);
 VI - apoio ao processo de avaliação de desempenho das Regiões de Saúde com COAP já formalizado;
 VII - implementação de plano de educação permanente para os conselheiros de saúde e ampliação da base de cadastramento dos Conselhos de Saúde por meio do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS);
 VIII - fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), por meio da capacitação dos auditores e realização de atividades de auditoria, com destaque para o (COAP);
 IX - implementação de políticas de promoção da equidade, por meio da criação e fortalecimento de comitês técnicos; e
 X - ampliação e fortalecimento das ouvidorias, especialmente pela capacitação dos ouvidores (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Aponta também a importância de pactuar cada ação a ser implementada nas CIBs, assim como também a correspondente aplicação de seus recursos. Nesta portaria, está previsto também onerar os seguintes programas de trabalho:

I - Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde;
 II - Ouvidoria Nacional de Saúde;
 III - Atenção à Saúde das Populações Quilombolas;
 IV - Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS;
 V - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social e de Educação em Saúde;
 VI - Ampliação e Fortalecimento da Participação e Mobilização Social em Defesa do SUS;
 VII - Auditoria do Sistema Único de Saúde; e
 VIII - Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Para o estado de Pernambuco a portaria acima disponibilizou o valor de R\$ 974.090,05 reais a ser executado tanto com ParticipaSUS como com a implementação das ações com vistas a formalização do COAP. Esta foi a última portaria que o Ministério da Saúde decretou referente à ParticipaSUS, e que teve como característica, um maior

direcionamento de suas ações com foco no COAP. Segue abaixo, a percepção dos entrevistados sobre esta portaria:

[...] e vindo em um formato de recurso único ne?! Com algumas prioridades já definidas pelo ministério da saúde porque se eu digo que o dinheiro é para política mas ao mesmo tempo já estou dizendo não, é para o COAP e esses vai para comitês, então eu já estou meio que já dizendo a prioridade, e naquele ano o recurso foi usado para isso [E1].

[...] foi a partir do momento que eles mudaram toda a reestruturação que eles começaram a olhar de outra forma então hoje eles não fizeram republicação da política porque eu não sei, mas hoje na prática eles consideram sim outros componentes [E1].

Diante do exposto, percebe-se que houve na política da ParticipaSUS três momentos evidenciados pelas diretrizes propostas nas portarias ministeriais: O primeiro momento foi marcado pela divisão em quatro componentes estratégicos de ação, sendo a Ouvidoria do SUS, Auditoria do SUS, Avaliação e Monitoramento e Controle social; O segundo momento é marcado pelo foco dado na promoção da equidade em saúde, através da elaboração e implantação de comitês técnicos, induzindo a discussão de políticas para populações de vulnerabilidade, assim como também implementação e fortalecimento das CIR e do sistema de planejamento; O terceiro momento e último consistia na formalização do COAP.

No caso da COAP, esta previa um contrato para os entes que deveriam ser assinados pelos municípios e estados, existindo a partir daí possibilidades de sanções caso não viessem a cumprir seus deveres sanitários em cada âmbito. No caso de Pernambuco, como na maioria dos estados brasileiros, a COAP não chegou a ser implantado.

Por fim, a história do incentivo financeiro da ParticipaSUS confirma que, foi previsto em áreas distintas de atuação onde envolveu os atores da gestão com o intuito de ampliar a intervenção estratégica e a pactuação. Logo, observa-se que não é colocada como prioridade a articulação com o controle social, pelo contrário, acaba ficando subentendida como etapa necessária, uma vez que a normatização foi instituída pelo decreto.

Ou seja, não há garantias sobre a realização de ações e estratégias operacionais nas instâncias de Controle Social em relação ao novo contexto de consolidação do SUS.

5.4 OS ATORES E O PARTICIPASUS

O presente estudo aborda a análise dos atores envolvidos, lembrando que a proposta do mesmo é seguir o modelo de análise de políticas desenvolvido por Walt e Gilson (1994).

Vale salientar que para realização da análise dos atores será utilizado o Momento Estratégico do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus (1996), cujos passos seguidos são: identificar os principais atores envolvidos na política; identificar a posição de cada ator em relação à política; identificar se o ator está ou não mobilizado, de acordo com a posição do mesmo; Conhecer as relações de poder de cada ator, em relação aos demais; Analisar as possibilidades de alianças e coalizões; e por fim, analisar a viabilidade da política.

Ao final deste tópico, está esquematizado em tabela uma síntese dos atores identificados, assim como também seus envolvimento, suas formas de participação, seus interesses em relação ao ParticipaSUS, a influência e poder dos mesmos e a posição em relação à política.

5.3.1 Identificação dos diferentes atores envolvidos com a ParticipaSUS

Neste tópico foi identificado alguns atores sociais que tiveram papel de destaque ao longo do período do processo de implantação e implementação da ParticipaSUS.

O ParticipaSUS foi formulado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, e para ser implantado seus serviços em Pernambuco foi necessário que os atores responsáveis por cada componente da política construíssem um plano de ação, em conjunto, para que houvesse a descentralização do recurso previsto pela portaria 2344 de 2009 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a).

Dessa forma, os atores envolvidos pela política inicialmente foi o Secretário Estadual de Saúde que juntamente com o Diretor de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde abarcaram a proposta de implantar os serviços contidos pelos componentes da política.

Para construção do plano de ação e posterior pactuação nas instâncias colegiadas, condição estabelecida pela portaria para a descentralização do recurso para Pernambuco, foi criado a Coordenação da Gestão Estratégica e Participativa do SUS, ator chave no momento para a implantação da ParticipaSUS.

Esta Coordenação foi de fundamental importância, especialmente pelo seu caráter articulador entre os componentes da política, em Pernambuco. Esta coordenação posteriormente se transformou em gerência, e neste cenário foram incluídos os responsáveis por cada um deste componente como atores que contribuíram fortemente para a implantação e implementação desta política, sendo estes: Superintendente da Ouvidoria em Saúde, Gerente da Auditoria do SUS, Assessora do Conselho Estadual de Saúde, e Gerente de Informações Estratégicas.

Posteriormente foram incluídos nesse processo a Coordenação da População Negra e coordenação do LGBT desde o momento em que as populações vulneráveis passaram a ser incluídas pela ParticipaSUS.

[...] quando iniciou a ParticipaSUS aqui no estado havia um grupo que se reunia mensalmente formados pelos componentes que a ParticipaSUS preconiza né, que é monitoramento e avaliação, ouvidoria, auditoria controle social também, então esse grupo se reunia mensalmente tinha pessoas chaves de cada uma dessas áreas que estavam discutindo muito vinculadas a questão dos recursos aos municípios e estados tinha que fazer plano de ação do uso desses recursos [...] [E7].

É importante destacar que tanto o secretário estadual da época quanto o diretor do planejamento, onde ficava situado a coordenação do ParticipaSUS, não se posicionaram contra a implantação da referida política. Em contra partida, os pensamentos e prioridades trazidas com a mudança de gestão, em 2011, fez com que fosse considerado ameaça para a continuidade e implementação da política em questão, a partir do posicionamento assumido pela nova secretária de saúde.

[...] concretizado ou não aquilo ali que estava indo de vento em popa e estava sendo reconhecido pelo ministério [...] ela reconhecia aquilo mesmo assim ela chegou a falar em reuniões, se ela concretizou isso ou não eu não sei, mas só ela ter falado, eu acho que assim olhe é ótimo, maravilhoso mas agora a gente precisa do dinheiro para outra coisa entendeu? [E8]

[...] 2011 ainda não era o momento de recessão não, o estado ainda tinha recusado, então ela poderia estar usando recurso do próprio estado para desenvolver o que ela estava querendo. Achava tão fácil aquele recurso ali para ela, porque para mim não é, se está carimbado para aquilo vai ser usado para aquilo concorda? [E8]

[...] não está como prioridade na agenda né? [E2]

[...] o problema estava na gestão...eu acredito que o maior opositor da ParticipaSUS não é nem uma figura física nem tão pouco uma estrutura política eu vejo mais que era falta de conhecimento do gestor [E3].

Diante do exposto, fica claro que a ParticipaSUS teve como primeiro opositor a gestão assumida em 2011, visto que a Secretária Estadual de Saúde não reconhecia a importância da existência de um grupo de trabalho que tem como objetivo o fortalecimento de uma gestão estratégica e participativa.

[...] a única figura que foi um pouco que contra como opositora foi a gestora do período... ela era nossa secretária executiva de ordenação na época... quando eu estou falando opositor foi quando ela começou a questionar o porquê desse grupo, para que existia esse grupo de discussão sobre o ParticipaSUS e tal, se é uma política que é transversal ela não se limita a uma discussão dentro de um grupo, é uma coisa necessário passar por toda a secretaria e a secretaria já faz esse processo[...] [E1]

Abaixo foi descrito, de maneira listada, a mobilização dos atores ao longo do processo de implantação e implementação da ParticipaSUS.

5.3.2 Descrição da mobilização dos atores

Para a realização da análise da mobilização dos atores envolvidos no processo de implantação e implementação da política, foi adotada a seguinte legenda:

Quadro 8 – Mobilização dos atores envolvidos na implantação e implementação da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco.

Mobilização	Posição		
(A) Fortemente	(+) a favor		
(M) Parcialmente	(-) Contra		
(N) Não	(0) Neutro		
Atores	Cálculo Interativo		
Ministério da Saúde (2008-2011)	A+		
Ministério da Saúde (2011-2015)	A-		
Secretário Estadual de Saúde - 2008	M+		
Secretário Estadual de Saúde - 2011	A-		
Diretor de Planejamento	M+		
Gerente de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	A+		
Coordenação de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	A+		
Gerente de Auditoria	A+		
Superintendente de Ouvidoria	A+		
Gerente de Informações Estratégicas	A+		
Representante do Conselho de Saúde	A+		

Fonte: Elaborado pela autora

Diante do exposto, destacam-se o Ministério da Saúde, a Gerência de Gestão Estratégica e Participativa e os representantes dos componentes da ParticipaSUS, assim como também das populações vulneráveis, como mobilizações fortemente a favor da ParticipaSUS.

5.3.3 Estabelecimento das relações de poder de cada ator

Quadro 9 – Características dos atores envolvidos na implementação da ParticipaSUS em Pernambuco.

Atores	Características				
	Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência /Poder	Posição
Ministério da Saúde (2008-2011)	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio político, financeiro e técnico
Ministério da Saúde (2011-2015)	Não houve	Não houve	Não houve	Elevado	Indiferente
Secretário Estadual de Saúde - 2008	Limitado	Regular a elevada	Regular	Elevado	autonomia financeira
Secretário Estadual de Saúde - 2011	Não houve	Não houve	Limitado	Elevado	ParticipaSUS
Diretor de Planejamento	Limitado	Regular a elevada	Regular	Elevado	autonomia financeira
Gerente de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política
Coordenação de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política
Gerente de Auditoria	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política
Superintendente de Ouvidoria	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política
Gerente de Informações Estratégicas	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política
Representante do Conselho de Saúde	Elevado	Elevada	Elevado	Elevado	Apoio técnico e político com relação a implantação e implementação da política

Fonte: Adaptado de Varvasovsky e Brugha (2000, p. 342)

Pode-se observar que, de acordo com o quadro acima, o envolvimento entre os atores no processo de implementação da ParticipaSUS, variou desde inexistente à elevado. Vale ressaltar que o Ministério da saúde, através da SGEP, assim como também a Gerência Estratégica e Participativa tiveram uma elevada participação e interesse na temática apresentada, além de uma influência técnica e política que permitiram o surgimento da ParticipaSUS.

Por outro lado, a equipe gestora, o Secretário Estadual de Saúde e o Diretor de planejamento, tiveram um envolvimento limitado por conta de seus interesses que foram regular frente a não prioridade de uma gestão estratégica e participativa na agenda da saúde no momento. Vale salientar que mesmo assim, foi dada total autonomia para a equipe responsável pela política em conduzir o processo de implantação.

Denis e Champagne (1997), ao discutir o contexto organizacional e sua influência na implantação de programas, relatam que as dificuldades relacionadas à implantação de programas dependem dos interesses particulares dos atores influentes na organização e sua influência na implantação do programa.

Para implantação da ParticipaSUS em Pernambuco, ocorreram inúmeras articulações, tanto realizadas com a esfera Federal e Estadual, quanto com Gerências regionais de saúde e alguns municípios para a descentralização dos serviços ao longo do Estado.

Segue abaixo a síntese para a categoria atores:

Quadro 10 – Síntese da categoria atores no ParticipaSUS em Pernambuco.

ATORES		
Principais Atores Identificados	Estratégia de mobilização predominantes	Análise da Viabilidade Política
Ministério da Saúde (até 2011) Secretário Estadual de Saúde (2008 - 2011) Diretor de Planejamento Gerente de Gestão Estratégica e Participativa do SUS Coordenação de Gestão Estratégica e Participativa do SUS Gerente de Auditoria Superintendente de Ouvidoria Gerente de Informações Estratégicas Representante do Conselho de Saúde	Cooperação (até 2012)	Mediante as relações dos atores e suas estratégias de mobilização, pode-se afirmar que a política foi oportuna até 2011. A mudança na gestão ocorrida no Estado de pernambuco juntamente com a interrupção do recurso federal convergiram para o enfraquecimento da política.

Fonte: Elaborado pela autora

Para finalizar a análise compreensiva da ParticipaSUS, o próximo tópico abordará o processo de implantação da política no Estado de Pernambuco.

5.4 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PARTICIPASUS

Neste espaço serão discutidos aspectos relativos às três primeiras fases do ciclo político: a definição da agenda, a formulação da ParticipaSUS, e o processo decisório envolvido. Para maior clareza dos resultados, essas apresentações foram realizadas a partir das falas dos entrevistados e dos documentos consultados.

5.4.1 A definição de agenda e formulação

O surgimento da ParticipaSUS ocorreu, em fevereiro de 2007, com aprovação no Pleno da Conferência Nacional de Saúde, sendo esta a segunda versão após consultas públicas para contribuições. Ainda no mesmo ano, em outubro, a política foi debatida com o CONASS e CONASEMS e aprovado na Comissão Intergestora Tripartite. Além da aprovação da política foi regulamentado condições de transferência de recurso financeiro para implementar e descentralizar as ações dos componentes da ParticipaSUS para Estados, Distrito Federal e alguns Municípios. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008; BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b).

Os recursos que incentivaram a implantação da ParticipaSUS nos estados e em 817 municípios foram disponibilizados pelas portarias GM n.ºs 3.060/2007, 2.355/2008, 2.344/2009, 3251/2009, 3329/2010 e 3997/2010, totalizando um montante de R\$ 137.773.937,64 (Cento e trinta e sete milhões, setecentos e setenta e três mil, novecentos e trinta e sete reais, sessenta e quatro centavos) (JOMILTON, 2013).

A princípio, esse recurso foi imprescindível no processo de formulação e implantação da política, tendo sido um forte indutor no seu processo de descentralização para estados e municípios, corroborando com Matus (1996) ao afirmar que a disponibilidade de recurso é um importante elemento delimitador para desenvolver ações da política. Para isso são necessários recursos financeiros, humanos, políticos e materiais necessários, sem os quais torna-se inviável qualquer ação.

Para facilitar esse processo de implantação da ParticipaSUS, o Ministério da Saúde, através da SGEP, criou cargos de apoiadores da política por componente e disponibilizou aos estados para fomentar a discussão e acompanhar a execução da descentralização das ações de seus respectivos componentes nos estados que já haviam iniciado seu processo de implantação.

[...] o que eu sei é que se utilizaram dessa estratégia, convidaram os estados para fazer discussão, apresentar política, dizer como deveria ser implantada né?! Falar da importância, fizeram visitas nos estados por meio desses apoiadores[...] [E1]

[...] essa relação foi muito desse jeito de, criou a política, convida, faz oficinas, discussões, manda um apoiador para conversar um pouquinho, não foi mais do que isso [E1].

[...]a relação era de prestação de contas e acompanhamento superficial [E8].

[...] o ministério, através do DOGES, quando sabia que vinha a portaria e recurso para a gente aí eles vinham, aí a gente conversava e tinha esse diálogo permanente eu lembro que eu dizia “chegou né? Tô sabendo, vamos lá como a gente vai fazer? como vai distribuir isso? O que eu tenho que apresentar? Era dessa maneira que eu tinha a minha participação [E2].

Vale salientar que o Ministério da Saúde seguiu a mesma lógica do Organograma da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa ao vincular o apoiador institucional ao componente da ParticipaSUS.

[...] Na verdade a nível de ParticipaSUS a gente não tinha acesso a equipe responsável do Ministério da Saúde, como a gente era auditoria estadual a gente fortaleceu muito os laços com o componente da auditoria do SUS, do Ministério da Saúde, auditoria com auditoria... através disso a agente se juntou para fortalecer os municípios daqui para implantar a auditoria [...] [E3]

Desta forma, o Ministério da Saúde fez com que os estados se apropriassem das metas e objetivos da política, passando a ter uma postura crítica em relação ao problema e compreender a importância de suas ações para o alcance dos resultados esperados. Ou seja, foi importante que os implementadores sejam sujeitos ativos no processo, conscientes de suas ações (RIVERA, 1996).

No caso de Pernambuco, a descentralização desta política ocorreu de maneira receptiva visto que foi incluído no organograma da Secretaria Estadual de Saúde a Gerência de Gestão Estratégica e Participativa, vinculada à diretoria de planejamento, cujo principal objetivo era auxiliar no processo de descentralização das ações da referida política e seus componentes. Vale salientar que foi dada total governabilidade para que essa gerência pudesse implantar a ParticipaSUS no Estado de Pernambuco com autonomia para utilizar os recursos de incentivo advindos das portarias ministeriais.

[...] quem não conhece o fundo de financiamento, a forma como foi feita, o contexto que aquilo foi montado onde o olhar do estado estava para o orçamento próprio deixando uma técnica de planejamento agir, porque aquilo não tem muita importância até porque pelo conhecimento que eles não tinham daquilo né? [E8]

[...] a gente teve muito liberdade para fazer [...] naquele momento a gente tinha realmente no sentido clássico de dizer uma forma indutora do governo federal dentro

do estado eu acho que ali foi mesmo porque você induz políticas, você induz como eu posso dizer, induz o crescimento de um estado sem nem mexer com a gestão estadual [E8].

Segundo Matus (1996) a governabilidade pode se manifestar diferentemente para um mesmo ator em função do momento, ou do conteúdo propositivo a qual se aplica. Ou seja, uma mesma situação tem governabilidade desigual para diferentes atores, sendo mais ou menos governável em função de diversos fatores, como o capital político ou o poder que o mesmo detém.

Dessa forma, a Gerência responsável pela política optou em seguir uma lógica organizacional semelhante a do Ministério da Saúde, ou seja, manter uma articulação constante com pelo menos um representante de cada componente para construção do plano de ação, através de reuniões e discussões, para posterior aprovação nas instâncias colegiadas de gestão, pré-requisito para captação de recurso estabelecido pelas portarias do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, observa-se uma valorização do planejamento a partir do momento em que é construído junto com os diversos atores envolvidos com a política. A análise de envolvimento dos atores, no Planejamento Estratégico Situacional, é fundamental para a análise da governabilidade e para a tomada de decisão. Quando são levados em consideração os diversos atores envolvidos, o processo se torna mais rico, e o planejamento mais operacional, devendo desta forma envolver desde os gestores aos profissionais que implementarão a política. Também é importante a participação da população a qual a política se destina por possuírem seus próprios interesses, orientados, sejam por convicções políticas e ideológicas, por manobras de grupos hegemônicos, ou interesses particulares (VIANA, 1996).

A partir do momento em que os demais atores, ou seja, os implementadores da política são convocados a pensar e decidir sobre a política em questão, sua forma de implementação passa a ser considerada participativa (ARAÚJO, 2000).

A Secretaria Estadual de Saúde também teve um importante papel, junto ao Ministério da saúde, na descentralização dos componentes da ParticipaSUS para os municípios. O apoio técnico foi realizado através das capacitações, e dos monitoramentos dos serviços implantados, após a transferência de recurso do Ministério da Saúde para o município. Dessa forma, observou-se que há uma relação entre os níveis de governo pois a política em questão promoveu mecanismos de controle financeiro via normas e regulamentos, da esfera Federal para a Estadual e a Municipal de Saúde (ARAÚJO, 2000).

[...] a gente estava muito próximo a eles (municípios) a gente conseguiu ter uma capilaridade grande em relação aos municípios, mas uma vez dizendo que as políticas andavam juntas [...] [E8]

Infelizmente essa aproximação entre o Estado e os municípios em prol da descentralização e fortalecimento das ações da ParticipaSUS durou apenas enquanto havia recursos destinados para implantação da política. Pois com o fim das publicações das portarias também houve uma ruptura no apoio técnico dado pelo Ministério da Saúde. Desta forma ocorreu uma paralização nos trabalhos que vinham sendo realizados tanto no estado quanto nos municípios de Pernambuco, “[...] ultimamente a gente não tem relação absolutamente nenhuma, não temos uma pessoa de referência, desconheço [E7].”

Essa limitação vai de encontro com a idéia de que o fortalecimento da gestão participativa não pode ser responsabilidade exclusiva de um ente federativo ou do Ministério da Saúde, mas sim das diversas instâncias do SUS, devendo envolver ações de comunicação e informação em saúde, com capacidade para desencadear a mobilização social e também propiciar um relacionamento com os órgãos de controle interno e externo e com todos Poderes da República, bem como com o Ministério Público (MARINHO, 2015).

Diante o exposto, analisando o processo de tomada de decisão para o surgimento da Política, o poder decisório dos atores pode ser classificado como pluralista, a partir do momento em que a decisão foi compartilhada com diversos atores, sob a coordenação da SGEP/MS. A extensão da política é setorial e o tipo da política pode ser classificada como distributivas, pois prestaram serviços, disponibilizaram bens de consumo e recursos financeiros, sem reduzir benefícios de uns, em detrimento de outros.

5.4.2 Implementação

Com o apoio da SGEP, a ParticipaSUS foi implantada no Estado de Pernambuco, para tal foi descentralizado as ações de seus componentes, sendo estes: Apoio a Gestão Participativa no SUS, Auditoria do SUS, Monitoramento e Avaliação da Gestão no SUS; e Ouvidoria do SUS (JOMILTON, 2013).

Com o intuito de seguir a mesma lógica organizacional do Ministério da Saúde, a Gerencia de Gestão Estratégica e Participativa da SES/PE começou a realizar reuniões e discussões com frequência, com pelo menos um representante de cada componente, para construção do plano de ação e conseqüente captação de recurso. Vale salientar que os componentes, no organograma da Secretaria Estadual de saúde, não estão ligadas diretamente

a esta gerência e sim a outras coordenações executivas de saúde, exceto o controle social que faz parte da diretoria de Planejamento. Os demais componentes estão inseridos no organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco da seguinte forma: Superintendência de Ouvidoria em Saúde ligado diretamente à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; a Gerência de Auditoria em Saúde ligado à Secretaria Executiva de Regulação em Saúde; e a Avaliação e Monitoramento fragmentada pelos departamentos da Secretaria Estadual de Saúde como relatado por alguns dos entrevistados.

[...] quando a gente pega o componente monitoramento e avaliação eu vejo muito essa dificuldade por conta da pulverização que a gente tem, assim, é como se o conselho não conseguisse ter essa noção correta, adequada de como monitorar e avaliar porque dentro da secretaria ele está pulverizado eu posso ter diversas formas, óbvio que não fechado não estou dizendo aqui que a gente tem que ter uma única forma de monitorar e única forma de avaliar mas de que forma é que eu posso articular essas diversas formas e esses diversos instrumentos que a gente tem hoje na secretaria, eu tenho o relatório de gestão né? O relatório de gestão é uma ferramenta da avaliação e monitoramento eu tenho o relatório da auditoria, é um instrumento de monitoramento e avaliação os relatórios da ouvidoria, por exemplo, também são monitoramento da gestão querendo ou não quando eu escuto uma demanda da sociedade civil, quer seja um elogio ou uma denúncia, é um monitoramento é um termômetro de como é que estar andando o meu sistema entendeu? [E1]

5.4.2.1 Ouvidoria do SUS

É importante destacar que o corpo da ParticipaSUS foi marcado por mudanças em seus eixos estruturantes ao longo do tempo, onde foram incluídos na política as populações vulneráveis, o sistema de planejamento do SUS, a CIR e por último o COAP. Dessa forma, pode-se dizer que a política seguiu um modelo *incrementalista*, que caracteriza-se pela definição de seus processos de forma mais pragmática. Assim, são promovidas pequenas e sucessíveis mudanças que resultam em soluções, mas também em novos problemas que irão demandar novas e pequenas estratégias, no processo adaptativo (ARAÚJO, 2000).

O primeiro componente, a Ouvidoria do SUS, além de ter utilizado todo o recurso Federal para implantação de suas ações, também foi contemplada com apoio técnico, capacitações e com Kits compostos por: computadores, cadeiras giratórias, mesas e impressoras para descentralização dos serviços.

Com qualificação e expansão dos serviços, é esperado que o Sistema de Ouvidoria se articule com os órgãos competentes para a correção dos problemas identificados e que realizem estudos e pesquisas visando à produção de conhecimento para subsidiar a formulação de políticas e gestão do SUS. Sendo assim, o sistema informatizado OuvidorSUS deve acompanhar a condução e adoção de providências frente às manifestações pelos órgãos

responsáveis (MARINHO 2015; PEIXOTO *et al.*, 2013).

Dessa forma, a Superintendência de Ouvidoria passa a assumir um papel mais estratégico, de ferramenta de gestão, dentro da Secretaria Estadual de Saúde. Vale salientar que isso só foi possível a partir do momento em que houve uma qualificação e expansão dos seus serviços.

Em Pernambuco, o fortalecimento da Ouvidoria em saúde consistiu em: implantar e implementar seus serviços; estimular o comprometimento dos setores que fazem parte do processo, colaborando desta forma para o exercício deste instrumento de Gestão Pública; e divulgar os serviços oferecidos fortalecendo, assim, a imagem da Ouvidoria perante a população (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

Para isso apresentou como diretriz tanto a divulgação em nível estadual acerca do papel da ouvidoria, quanto a descentralização e fortalecimento da ouvidoria no SUS. Desta forma foi: elaborado um projeto de comunicação com metodologias para a divulgação e fortalecimento do papel da Ouvidoria e executado em todas as Gerências Regionais de Saúde (GERES) e em 08 grandes Hospitais Estaduais da Região Metropolitana; implantado o Sistema informatizado OuvidorSUS; implementado as Ouvidorias das II e IX GERES através de 7 cursos de capacitação ou atualização; realização de 02 oficinas por ano para as equipes técnicas das Ouvidoria do SUS com a finalidade de qualificar as ações desenvolvidas; fornecimento de informações á gestão através do encaminhamento de relatórios das demandas às respectivas gerências da SES e as demandas referente ao controle social ao Conselho Estadual de Saúde; e por fim, a reestruturação do sistema de ouvidoria, integrando o controle social com as deliberação da XII Conferência Nacional de Saúde (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

Além dessas ações, as entrevistas evidenciaram outras conquistas da ParticipaSUS, no que se refere ao componente Ouvidoria do SUS:

[...] a gente deu o apoio técnico, deu capacitação, realizamos dois seminários sobre ouvidoria com mais de 200 pessoas em cada seminário, algumas oficinas, capacitação de língua portuguesa, interpretação de texto, curso no Excel, revista do direito do usuário do SUS que publicamos, uma revista sobre como utilizar os serviços da ouvidoria, uma cartilha de como utilizar remédio da farmácia do estado então a gente conseguiu avançar nesse sentindo, fizemos campanhas de carnaval. Hoje dentro da SES não tem nenhuma campanha que saia da secretaria que não tenha o número da Ouvidoria, ela tem um papel importante nessa divulgação e nesse apoio a gestão principalmente em momentos de surtos da Zica, H1N1, a dengue e tantas outras situações que passamos por aqui. A ouvidoria foi parceira na divulgação e no apoio a população de orientar e informar como deveria ocorrer os procedimentos [...] com a ParticipaSUS, a Ouvidoria deu uma mudada ela assumiu um papel de subsidiar a gestão [E2].

Por fim, a ampliação da oferta dos serviços de Ouvidoria e a melhora na caracterização de suas demandas são fundamentais para subsidiar a adoção de ações decorrentes das informações coletadas. Vale salientar que a sobrecarga dos serviços decorrente da excessiva demanda muitas vezes é decorrente da percepção dos usuários sobre os serviços de ouvidoria, associando à solução de seus problemas e à crença de que se trata de um setor que detém poder de decisão (PEIXOTO *et al.*, 2013).

5.4.2.2 Auditoria do SUS

Sobre o SNA, estudos de Melo (2007) mostraram um movimento contínuo ao longo do tempo no sentido de aprimorar as suas ações. Esse aprimoramento teve origem nas revisões, readequações e no estabelecimento de prioridades. No entanto, dificuldades foram apontadas, como a carência de equipamentos e materiais permanentes, além da redução orçamentária para a aquisição dos mesmos. Todas essas dificuldades, juntamente com a insuficiência da força de trabalho, que exerce a função de auditor sem possuir o cargo, sustentada apenas por uma portaria ministerial, tinha influência direta nos resultados dos trabalhos dos auditores. Além desses fatores, o espaço físico inadequado, no Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) e em alguns Serviço de Auditoria (SEAUD), para o exercício das ações de controle; a limitação do acesso aos bancos de dados; e a não-disponibilização de *software* original, como também a sobrecarga da esfera federal, que absorvia as auditorias que deveriam ser realizadas na esfera estadual, contrariando a determinação da Portaria GM/MS nº 401 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003a).

Diante deste cenário, o Componente da Auditoria do SUS teve como objetivo inicial a implementação e aperfeiçoamento dos mecanismos de auditoria; a definição, normatização e padronização das técnicas e procedimento relativos à auditoria; a expansão das competências do nível Federal do SNA aos estados, municípios e Distrito Federal; e a definição de estratégias para a cooperação técnica e parcerias com os demais níveis de gestão do SNA e órgãos de controle interno e externo (MELO, 2007).

Através da ParticipaSUS, a Auditoria do SUS promoveu um fortalecimento de seus serviços tanto nos níveis municipais quanto estaduais, a partir da descentralização de recursos e de apoio técnico para a expansão e qualificação dos mesmos (MELO, 2007).

Em Pernambuco, para fortalecer os serviços da Auditoria do SUS, a ParticipaSUS

incentivou a otimização de suas ações e apoiou tecnicamente os sistemas municipais de saúde. Para tal, este componente teve como diretrizes: o fortalecimento do componente estadual do sistema de auditoria do SUS para atuar de forma preventiva ou saneadora, assegurar a conformidade das ações e serviços de saúde às normas pertinentes; apreciação e julgamento de atos, despesas, investimentos e obrigações investigadas verificadas no SUS ou alcançados pelos recursos a eles vinculados ou que lhe devem prestar contas; além de acompanhamento e execução do desempenho de programas tanto de serviços quanto nos sistemas municipais; e por fim, a colaboração aos projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação em saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto a qualidade do serviço ofertado (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

Com o incentivo financeiro da ParticipaSUS foi possível realizar diversas ações, tendo sido acusado como meta para o quadriênio 2008 à 2011: atender 100% das denúncias emanadas aos órgão de controle do SUS; realizar anualmente auditoria em 40% dos municípios de Pernambuco; estruturar núcleo de auditoria na área de abrangência em 4 GERES, promover 4 cursos de capacitação/atualização, de auditores, direcionados para a clientela composta por integrantes das equipes de auditores da Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde; modernizar o ambiente de trabalho da Gerência de Auditoria estadual mediante aquisição de mobiliário e veículos automotores; realizar diagnóstico para dimensionar o quadro de auditores do Componente Estadual do sistema nacional de Auditoria do SUS; ampliar 60% o quadro de auditores por meio de concurso público; Enviar relatórios de auditoria para os conselhos municipais de saúde dos municípios auditados (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

Além destas metas desenvolvidas, com o auxílio do recurso da ParticipaSUS, outras ações que não estão no plano estadual de saúde foram mencionadas nas entrevistas como alternativas de fortalecimento das auditorias.

[...] a ParticipaSUS veio como realmente uma ferramenta forte de fortalecimento porque ela permitia que aquele recurso fosse utilizados em eventos, em capacitações, em congressos. Então isso motivava que o município podia vir também, motivava o estado a promover eventos para que os municípios, e também o governo federal participassem mais integralmente [...] [E3]

[...] a participação em congressos que antes quando apareciam oportunidade só ia no máximo o gestor, o gerente mas a gente conseguiu que todo ano pelo menos seis auditores participassem desse congresso, mas foram coisas bastante impactante para auditoria com o recurso da ParticipaSUS. [E3]

[...] a gente realizou um fórum de auditoria e regulação, em 2014 com o dinheiro da ParticipaSUS, todo ano a gente ia pra um congresso que tinha em São Paulo o AUDI HOSPI, era recurso da ParticipaSUS, já estava previsto, o curso de especialização

com 32 vagas, foi turma fechada com o dinheiro da ParticipaSUS então lá no Estado a gente utilizou bem, acredito que tenha ficado saldo não sei como, mas essas coisas que foram programadas, nem Auditoria nem a ouvidoria sentiu problema em relação ao financeiro[...] [E3]

Esse fortalecimento, por meio de realização de capacitações, congressos, eventos de atualização e especialização, ocorreu tanto para os novos serviços quanto os já existentes. Além disso, também estava previsto o apoio aos municípios no processo de descentralização da auditoria.

[...] a participação em congressos que antes quando apareciam oportunidade só ia no máximo o gestor, o gerente, mas a gente conseguiu que todo ano pelo menos seis auditores participassem desse congresso, mas foram coisas bastante impactante para auditoria com o recurso da ParticipaSUS [E3].

Vale salientar que mesmo como apoio econômico e político, nem todo dinheiro destinado foi utilizado, sobrando recurso para realização das ações deste componente.

5.4.2.3 *Controle Social do SUS*

O componente da Gestão Participativa e do Controle Social no SUS envolve os mecanismos institucionalizados, os conselhos e as conferências de saúde, assim como os processos participativos de gestão estabelecidos nos três níveis federativos. Envolve, ainda, as instâncias de pactuação entre gestores e os mecanismos de mobilização social (BRASIL, 2007; MARINHO, 2015).

Dentre as fragilidades dos conselhos de saúde estão a baixa representatividade política; as poucas capacitações políticas; as diferentes relações entre os atores sociais influenciado pela valorização das informações técnicas ou científicas; alto impacto da cultura política tradicional marcada pelo paternalismo e pelo clientelismo; fragilidades no desenho institucional dos conselhos; divergências entre as concepções de saúde de caráter abrangente e a busca por reivindicações marcadas pelo modelo biomédico (RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011; PAIVA *et al.*, 2014).

Estudos mostram que, em uma sociedade com baixa capacidade participativa, há a necessidade de movimentos consistentes para aperfeiçoar os processos de formação dos conselhos de saúde, garantindo a legitimidade e representatividade nesses espaços. O aprimoramento do exercício de controle social pode ser propiciado pelo desenvolvimento de processos de qualificação destes conselheiros, por meio de capacitações específicas e/ou

permanentes, impactando na qualificação de demandas e adoção de prioridades que resultem na melhoria das condições de vida da população (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Diante disso, apesar dos conselhos e das conferências de saúde estarem consolidadas com amparo legal e financeiro para seu funcionamento, a necessidade de qualificar estes espaços e torná-los eficientes fez com que a ParticipaSUS objetivasse fortalecê-los através da implementação de algumas ações que até aquele momento não era viável apenas com o recurso próprio.

Dessa forma, em Pernambuco foram planejadas e realizadas várias ações com o intuito de formular e deliberar permanentemente a política estadual de saúde assim como também acompanhar e fiscalizar a sua execução. Para tal, foram realizadas ações como: o fortalecimento do papel dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de unidades de saúde; promoção e organização de conferências e plenárias estaduais de conselhos de saúde, como também a participação nas plenárias nacionais e/ou congressos; manutenção do Conselho Estadual de Saúde (CES) a partir de assessorias e consultorias especializadas principalmente nas áreas jurídicas, contábeis e de comunicações (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

O recurso financeiro e técnico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através das portarias ministeriais, viabilizou tais propostas a partir da realização de oficinas de formação e informação, capacitações, cursos de informática, seminários, encontros ou reuniões temáticas, realização e participação de plenárias, implantação de conselhos gestores em unidades de saúde pública, fóruns intersetoriais de debates, realização de assessoramentos, supervisões ou fiscalizações, realização de auditoria interna do CES, descentralização das reuniões dos CES, realização de conferências e do fórum estadual de saúde mental. Além disso, foi investido na infraestrutura do CES, criado uma conta específica para a gestão de recursos financeiros e implementado a *home page* do CES (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

Também foi identificado nas falas dos entrevistados que a influência dessas ações, viabilizadas pelo ParticipaSUS, era voltado para o fortalecimento e aprimoramento do controle social:

[...] eu me lembro que desde a ParticipaSUS a gente fez uma capacitação de conselheiros e os conselheiros diziam muito isso, e era interessante e essa gestão trazia a discussão do relatório de gestão da nota do conselho era participativa abria o relatório, trazia os técnicos das áreas para tirar as dúvidas dos conselheiros para aprovação daquele relatório então parecia uma coisa muito interessante e participativa [E8].

5.4.2.4 Monitoramento e Avaliação

O componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS tem relação e interferência nos mecanismos, práticas e atores envolvidos em direção à efetivação do controle social a partir da gestão participativa. De acordo com o corpo da política, existe a necessidade de aumentar a “divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS”. Desta forma, observa-se que o Monitoramento e Avaliação são considerados funções gestoras, onde se espera a ampliação da capacidade de participação da sociedade no SUS (CUNHA, 2014).

De acordo com a política, essa responsabilidade não discorre sobre a participação dos diferentes atores sociais em seu processo, sendo realizada apenas a partir da disseminação de seus resultados.

No que se refere à atribuição do Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, não fica claro a participação dos diferentes atores sociais em seu processo, pois de acordo com o exposto é que a participação será fomentada a partir da disseminação dos resultados como descrito abaixo:

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar pública e transparente as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 21).

Cunha (2014) aponta que na política consta que o monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação constante de um processo ou fenômeno. Também menciona como um processo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços a fim de subsidiar a tomada de decisão.

Para a política, essa avaliação é relacionada a indicadores de saúde a partir do momento em que esse tema é o primeiro a ser abordado no componente Avaliação e Monitoramento. É proposto que não seja considerado apenas os indicadores tradicionais de ações e serviços de saúde, mas também novos arranjos envolvendo indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, com o intuito de contemplar a construção de um modelo de atenção com foco na qualidade de vida (CUNHA, 2014).

Nesta lógica, o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags) produziu a revista “Painel de Indicadores do SUS” com editoriais dedicados tanto a

temas específicos quanto a outras abordagens do SUS. A primeira edição da revista foi composta por temas do Pacto pela Saúde e projetos prioritários pactuados junto aos conselhos de saúde e as comissões intergestoras. Vale salientar que em seu editorial consta em sua definição:

[...] instrumento de informação para empoderamento, especialmente destinado aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil, visando sistematizar e disseminar informações sobre as questões relevantes ao sistema (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Dessa forma evidencia-se a ênfase na sistematização e disseminação de informações para os conselheiros, entidades e movimentos da sociedade civil. Vale salientar que em nenhum momento é mencionado a participação dos mesmos na escolha dos temas ou informações (CUNHA, 2014).

Vale enfatizar que a abordagem da “quarta geração” da avaliação vem influenciando o trabalho desenvolvido pelo DEMAGS, pois nesta nova abordagem a avaliação não se restringe aos especialistas. Pelo contrário, deve ser aberta a todos os participantes da ação social, devendo incluir os grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade, favorecendo desta forma o diálogo, a reflexão e a compreensão mútua dos diversos atores (CARVALHO, 2012; DUBOIS *et al.*, 2011).

Com o objetivo de apoiar o desenvolvimento metodológico a partir da ampliação da capacidade técnica das equipes gestoras no que se refere ao Monitoramento e Avaliação para a Gestão, foi realizado uma parceria entre o DEMAGS, a SGEP, o Ministério da Saúde e o Grupo de Trabalho de Avaliação e Monitoramento da Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO), além de realizado parcerias estratégicas com a Organização Pan-Americana de Saúde, com o Conselho Nacional de secretarias Municipais (Conasems) e com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). A partir dessas parcerias, o componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS preconizou:

[...] a construção de espaço ou canais de discussão e diálogo, nos quais possam convergir esforços de produção de dados e informação de modo a permitir uma visão integrada no que concerne aos aspectos ou dimensões da gestão a serem monitoradas e avaliadas [...] (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Sendo assim, observa-se que a ParticipaSUS tem uma forte tendência à institucionalização, integração e articulação das ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. No caso do Componente de Avaliação e Monitoramento da Gestão do SUS foi previsto a regulamentação e o monitoramento do Pacto pela Saúde, além de incentivar

ações de apoio para a qualificação do processo de gestão do SUS através do monitoramento dos objetivos, metas, responsabilidades e cronogramas previstos nos Termos de Compromisso e Gestão (TCG) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b; CARVALHO, 2012; CUNHA, 2014).

Através deste componente, a ParticipaSUS retrata as diferentes atribuições e responsabilidades que envolve o Monitoramento e Avaliação nas três esferas de governo presentes no Pacto pela Saúde. Assim, foi possível sinalizar a importância de responsabilizar os Estados e Municípios para a implantação do Monitoramento e Avaliação com o intuito de fortalecer a capacidade de Gestão Pública da Saúde (CUNHA, 2014).

Desta forma, pode-se dizer que a ParticipaSUS teve como objetivo o fortalecimento da institucionalização do monitoramento e avaliação em todas as esferas de gestão com o intuito de ampliar a capacidade de participação popular através da qualificação e transparência da gestão pública (CARVALHO, 2012).

Em Pernambuco, o componente de Avaliação e Monitoramento não apresentou no organograma da Secretaria Estadual de Saúde uma área que coordenasse as ações previstas pela ParticipaSUS. Além disso, foi observado que a Secretaria de Saúde tem diversas formas de monitorar e avaliar a partir do momento em que é gerado produções de ferramentas diferentes, dificultando muitas vezes o entendimento e discussão deste componente na Política em questão.

[...] quando a gente pega o componente monitoramento e avaliação eu vejo muito essa dificuldade por conta da pulverização que a gente tem, é como se o conselho não conseguisse ter essa noção correta, adequada de como monitorar e avaliar, porque dentro da secretaria ele está pulverizado, eu posso ter diversas formas [...] [E1]

[...] se eu tenho indicadores que vai acompanhar o andamento da gestão quer seja do processo de trabalho quer seja do ponto de vista da assistência. Se aquelas ações estão sendo realizadas se estão conseguindo atingir determinados objetivos e por consequência está gerando um impacto para a população é outro tipo de avaliação ou tipo de monitoramento, eu fico muito preocupada quando eu tenho uma política para o controle social e eu não consigo, um desses componentes ele é fragilizado por questões de organização da gestão (...) de estar pulverizado as informações. E de não se haver uma discussão intersetorial para que isso seja melhor articulado e fique... eu acho que inclusive para quem está dentro da secretaria fica muito complicado de entender como é que é isso, se você me perguntar como é que a gente monitora e avalia eu sei do ponto de vista do planejamento como é que eu monitoro e avalio, mas eu não sei como é que a vigilância faz isso, não como.... Está entendendo?! Complicado[...] [E1]

No tocante da Avaliação da Gestão, do ponto de vista da ParticipaSUS, foi levado em consideração os instrumentos do planejamento, como planos estaduais de saúde e relatórios de gestão, como forma de acompanhamento de implantação e implementação da referida política.

Neste aspecto, outro avanço obtido com a ParticipaSUS foi o aprimoramento na construção e avaliação dos instrumentos de gestão, pois relatos dos entrevistados apontam que a análise diferenciada e qualificada por parte dos conselheiros de saúde juntamente com a capacitação e descentralização na elaboração dos instrumentos de gestão resultou em um produto com características estratégicas e participativa de melhor qualidade.

Neste quadriênio, 2008 à 2011, foram realizadas sensibilizações de técnicos das áreas estratégicas da SES (Nível central e GERES) e outros parceiros; capacitação de técnicos das áreas de planejamento do Estado, Municípios, COSEMS, CES e Universidades; divulgação sistemática do PlanejaSUS; orientação e acompanhamento das áreas estratégicas da SES e aos municípios na elaboração dos instrumentos de gestão; Monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2009).

Durante as entrevistas foram relatados que, com o recurso da ParticipaSUS, foram realizadas algumas capacitações com os municípios voltados para a construção dos instrumentos de gestão, assim como também foram contratados alguns apoiadores institucionais para darem este suporte *in loco*, garantindo dessa forma mais qualidade nos relatórios produzidos. Ao mesmo tempo, foram realizadas capacitações com os conselheiros dos municípios com foco em fiscalização e monitoramento do relatório de gestão. Percebe-se desta forma a interação da ParticipaSUS com outras políticas, onde foi possível, através dos instrumentos formais do planejamento, instrumentalizar o conselheiro para realizar a avaliação dos relatórios de gestão, gerando um impacto positivo no Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2009).

[...] eu me lembro que a gente juntou a ParticipaSUS com o PlanejaSUS no relatório de gestão, então na hora que a gente ensinou os municípios com o recurso de PlanejaSUS a fazer relatório de gestão e com a ParticipaSUS a capacitar os gestores dos municípios a entender o relatório de gestão e cobrar, então eram políticas que dialogavam muito fortemente, então através dos instrumentos legais do planejamento você consegue dá instrumentos para que aquele conselheiro possa ter condições de avaliar um relatório de gestão, então eram duas coisas que eu achava que casavam muito bem que vieram juntas e que a gente conseguiu implantar junto, então isso deu uma potência muito grande no Estado, tanto que isso acabou tendo um impacto positivo que foram os nossos indicadores na época ... a gente conseguiu aprovação de relatório de gestão e aprovações mesmo, discutidas, não foi cartorial, a maioria, não vou dizer todos, mas a maioria de relatórios foram bem feitos. [E8]

[...] Pernambuco era um dos piores Estados do Brasil, de saúde, em relação a relatório gestão, então a gente consegue mudar isso, [...] cresceu 2009 /2010 /2011 e continuou crescendo [...] [E8]

Segundo Felisberto (2006), para que ocorra o incentivo da cultura avaliativa faz-se necessário a qualificação da capacidade técnica possibilitando uma efetiva associação das

ações de monitoramento e avaliação com as práticas do planejamento e da gestão, servindo de subsídio à formulação de políticas e no processo da tomada de decisão. Desta forma, a avaliação fará parte da rotina das organizações de saúde passando a ser uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão em saúde (CARVALHO, 2012)

Vale destacar que a finalidade de instituir práticas de avaliação e de melhoria de qualidade deve ser sobre tudo a de produzir mudanças que resultem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados a partir de correção de situações melhoráveis (CARVALHO, 2012).

Por fim, a cooperação técnica e financeira da ParticipaSUS dada aos Estados e Municípios resultou no aumento da apresentação de planos de saúde com o foco na gestão estratégica e participativa, como também na adesão ao Sistema de Apoio ao Relatório Anual de gestão (SARG-SUS), com a finalidade de apoiar os gestores na construção do Relatório Anual de Gestão (RAG).

5.4.2.5 Comitês da Promoção da Equidade

A Gestão Participativa, com o intuito de reafirmar e valorizar o papel da participação social no SUS, vem reconhecendo as iniquidades em saúde de populações específicas e ampliando os espaços de ausculta da sociedade. Para isso, os espaços de diálogo e de construção conjunta pressupõe a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação social de usuários, trabalhadores e gestores do SUS (SOUTO *et al.*, 2016).

Desta forma foram criados os comitês de promoção de política de equidade. Esses comitês são instâncias participativas que consistem em espaços de diálogo da gestão e dos movimentos sociais, assim com também espaços de elaboração de monitoramento das políticas de promoção da equidade, de fortalecimento do controle social e de escuta dos movimentos sociais e suas reivindicações (SOUTO *et al.*, 2016).

Ao considerar as desigualdades sociais como determinantes sociais de saúde, a saúde vem sendo porta de entrada no acolhimento das populações mais vulneráveis. As políticas de promoção da equidade reconhecem como grupos vulneráveis os:

[...] que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura, como a população negra ou quilombola, ribeirinhos, marisqueiros e pescadores, lésbicas, gays, bissexuais, travesti, transexuais, população em situação de rua, ciganos, etc. (SOUTO *et al.*, 2016, p. 55).

Sendo assim, a saúde passa a ser reconhecida como um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois “a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos” (FLEURY; OUVÉRY, 2012, p. 25).

Com o intuito de promover a cidadania foram criadas a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; e a Política Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011b). Com o objetivo de implementar essas políticas nos Estados e Municípios foram criados Comitês de Políticas de Promoção de Equidade locais contando com a participação e a representação dos movimentos sociais das referidas políticas (SOUTO *et al.*, 2016).

No Estado de Pernambuco, foram implantados comitês para a discussão de equidade em saúde, no caso o comitê de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e da população negra.

[...] eu acho que a questão da gente ter na secretaria os dois comitês formados e ter as duas coordenações, é um fortalecimento, principalmente a coordenação de saúde LGBT, foi uma coisa que veio do movimento social do controle social, a gente fez um seminário, a política foi elaborada e a partir da política a gente conseguiu implantar a coordenação[...] [E7]

5.4.2.5.1 População Negra

No quesito desigualdade, o racismo é considerado uma das expressões mais fortes atingindo grande parte da população brasileira. Ou seja, determinados grupos raciais e étnicos ficam em situação de desvantagem no que se refere ao acesso aos benefícios gerados pela ação de instituições e organizações, dentre elas os serviços de saúde. Nesta área pode-se visualizar as desigualdades nos indicadores epidemiológicos, que denunciam as diferenças no acesso e na qualidade da atenção à saúde e na vida da população negra, através das altas taxas de mortalidade materna e neonatal, como também pela violência que atinge de maneira mais intensa esse grupo populacional, em especial os homens negros jovens (BATISTA *et al.*, 2013; BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Estudos realizados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que a população negra tem menos acesso à saúde, quando comparada com a população branca. Identifica-se desta forma, o agravamento das condições sanitárias, a partir do momento em que é subestimada a necessidade dos grupos populacionais específicos, necessitando assim, a criação de estratégias e ações que afirmem a cidadania da população negra.

A garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde

não tem assegurado aos negros o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2003. p. 18).

Nessa perspectiva foi criado a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) cuja finalidade é promover a melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Essa política, apresenta como diretriz principal a redução da exclusão social evidenciada nas desigualdades da efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis incluídos aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. Desta forma, foi previsto como meta para o período de 2012 à 2015 a estruturação do setor e da equipe nas Políticas Estratégicas (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

Neste contexto, em Pernambuco, o movimento social cobrou que fosse instituída a política da população negra no âmbito estadual. Dessa forma foi criado o Comitê voltado para a População Negra e posteriormente inserido no organograma a Coordenação da População Negra. Como um dos objetivos da ParticipaSUS é contribuir para a redução das desigualdades dos grupos vulneráveis, a política apoiou essa coordenação destinada para populações tradicionais, ou seja, as comunidades quilombolas e as religiões de matriz africana.

A Política de Saúde Integral da População Negra adotada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco tem como principais diretrizes: a intersetorialidade, a ampliação do conhecimento e o fortalecimento da participação e do controle social. A intersetorialidade é desenvolvida com algumas secretarias estaduais, o Grupo de Trabalho racismo da polícia militar de Pernambuco e setores da Secretaria Estadual de Saúde determinantes para essa implementação introduzindo o recorte racial das políticas estratégicas. A ampliação do conhecimento como estratégia de reflexão sobre o enfrentamento ao racismo enquanto determinante social de desigualdades em saúde da população, e a divulgação das informações sobre as especificidades em saúde da população negra com ênfase na doença falciforme dirigida a diferentes públicos vem sendo realizada através de metodologias tradicionais, elaboração de conteúdos, reprodução de materiais educativos, ferramentas de educação à distância e web conferências (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

Sobre a abordagem racial, a articulação intersetorial com a vigilância à saúde é de fundamental importância para o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informações de natalidade, mortalidade e agravos de notificáveis. Com esses dados, desde

2012, é possível a construção do “Perfil Epidemiológico da População Pernambucana com Recorte Racial”, fornecendo indicadores de agravos (SINAN), natalidade (SINASC) e mortalidade (SIM). Essas informações contribuem para a construção do planejamento e das ações desenvolvidas pela Coordenação de Saúde da População Negra (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

[...] a partir da caracterização desse grupo populacional do Estado, caracterização do ponto vista do requisito do preenchimento raça/cor nos sistemas de informação de nascimento, adoecimento e de morte o SIM, SINAC e SINAN a gente passou a ter a partir de 2012 com a construção a partir desses sistemas o perfil epidemiológico da população pernambucana com recorte racial e que nos deu um diagnóstico de como essa população negra tem estado em desvantagem no ponto de vista do acesso a saúde resultando em indicadores de mortalidade e de morbidade [...], então anualmente a partir de 2012 a vigilância em saúde daqui da secretaria constrói uma perfil epidemiológico a partir desses sistemas de informação [E9].

Em 2017, O Ministério da Saúde, ao atualizar os indicadores de saúde segundo a variável raça/cor da pele, observou a manutenção das diferenças existentes tanto nos eventos vitais quanto no acometimento de diversas doenças e/ou agravos. Vale salientar que algumas desigualdades são mais evidentes quando analisada por região (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017b).

[...] o comprometimento maior sempre é em relação a população negra aí alguém pode perguntar sim, a maioria da população do estado de Pernambuco é negra? é, mas no ponto de vista da epidemiologia a desproporção é gritante ela não é uma desproporção relacionada com o fato dela ser maioria da população é uma desproporção que as vezes a gente tem situação que o agravo acomete 9 vezes mais mulher negra do que a mulher branca, então esses indicadores mostram que não é só a questão do acesso é também a questão da discriminação do preconceito racial que elas também padecem no sistema de saúde [E9].

[...] quando perguntado em 2009 a cor a gente tinha 37 a 40% que se auto declarava pretas e pardas hoje em Pernambuco a gente tem 62% então alguma mudança houve alguma informação positiva chegou para esse povo para ele se identificar para eles se reconhecer e isso vai chegando e vai sendo visto em outras áreas, o acesso para melhor saúde o acesso aos hospitais, a serviços assistências, eu acho que é essa mudança positiva que a ParticipaSUS traz, o empoderamento pela busca por direitos, menos doenças e mais direitos [E4].

Em relação ao Comitê Estadual de Saúde de População Negra vale salientar que, dentre outros seguimentos, é incorporado representantes da rede de religiões de Matriz Africana por ser considerada uma parceria importante para o SUS, possibilitando assim uma articulação com o controle social de saúde; além disso também há representação do Conselho Estadual de Saúde e Conselho Local de Unidades de Saúde (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016). A fala dos entrevistados discorre: “[...] o acesso para melhor saúde, serviços assistências, eu acho que é essa mudança positiva que a ParticipaSUS traz, o

empoderamento pela busca por direitos, menos doenças e mais direitos [E4].”

Durante as entrevistas foram relatadas que além da articulação intersetorial para o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação e da articulação da rede de religiões de Matriz Africana com o Controle Social, também houve a implementação da Política de Sangue e Hemoderivados e da Política de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, em parceria com o Ministério da Saúde, garantindo o acesso ao Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) com delineamento das ações para as comunidades quilombolas.

Nesta conjuntura, a ParticipaSUS tem sido a única fonte de financiamento que tem possibilitado a implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no Estado de Pernambuco, com ênfase no fortalecimento da participação e do controle social, com reconhecimento da necessidade de inclusão das comunidades quilombolas e com responsabilização da atenção primária, enquanto porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008; PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2016).

Durante as entrevistas foi relatado que: “[...] tem uma contrapartida da secretaria de saúde, mas uma contrapartida do ponto de vista de apoio administrativo, mas de recursos financeiros a gente tem contado unicamente com a ParticipaSUS [E9].”

Com esse incentivo financeiro, a coordenação da população negra vem implementado sua política com ações que contribuem para a redução das desigualdades como realizações de eventos, encontros, capacitações, reproduções de materiais educativos, realização de fóruns capacitações com os profissionais e participações de eventos para técnicos da coordenação e representantes do controle social através do comitê estadual da população negra, que é a instância que apoia as ações da coordenação e contribui para implementação da política da população negra.

5.4.2.5.2 População LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT tem como característica o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Portanto, suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

Essas desigualdades são atendidas na orientação sexual e identidade de gênero, assim como no combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e a discriminação dessa população no SUS (SOUTO *et al.*, 2016).

Essa política contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. Além disso, é enfatizado o respeito sem preconceito e sem discriminação, fundamentando a humanização na promoção, prevenção, atenção e no cuidado à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

Para isso, é necessário que a política LGBT articule um conjunto de ações e programas para viabilizar a implementação de medidas em todas as esferas de gestão do SUS, devendo ainda ser acompanhado pelos conselhos de saúde e pela sociedade civil. Assim, enfrentar toda discriminação e exclusão social implicará em promover a democracia social ao mesmo tempo em que se deve ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental à saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

No estado de Pernambuco, com o apoio da ParticipaSUS, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, conforme portaria nº 2836 de 1º de dezembro de 2011, com objetivo de acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política de Saúde Integral de LGBT, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais a partir de subsídios técnicos e políticos no que tange a promoção, prevenção e atenção à saúde; pactuação da política nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de LGBT nas instâncias de controle social no SUS; e participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de LGBT (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a; BRASIL. Ministério da Saúde, 2011c).

Diante dos resultados alcançados foi inserido no organograma da Secretaria Estadual de Saúde a coordenação de saúde LGBT com objetivo de implantar a política Estadual de saúde integral LGBT. Essa política foi criada de maneira participativa, levando-se em consideração tanto o preconizado pelo Ministério da Saúde, quanto às manifestações da sociedade presentes nos seminários realizados em parceria com o Conselho Estadual de Saúde.

[...] reconhecer racismo é real no país e determinante de saúde e isso veio junto com o debate incansável do movimento negro e incorporado esse processo de política estratégica e participativa aí a saúde LGBT e aí eu vejo que a participaSUS é isso, é

a gente gerenciar o SUS de forma estratégica, é gerenciar ouvindo a demanda dessa população que a gente quer atender [E6].

Com o intuito de disseminar a política no Estado de Pernambuco, a Secretaria de Saúde trabalha com a formação de multiplicadores na educação popular em saúde, promovendo debates com a população para facilitar o acesso e atender as necessidades apontadas durante os debates. Como resultados dessas ações foram implantados o serviço de sexualização e ambulatório de hormonoterapia.

É importante ressaltar que até hoje o estado de Pernambuco caminha a luz da proposta da ParticipaSUS, visto que os comitês continuam funcionando e está previsto em suas programações a implantação de novos comitês que busquem a promoção da equidade, como a implantação do comitê para discussão de saúde para população ribeirinha, campo e floresta, conforme preconizado pela política em questão. Segundo relatos das entrevistas “[...] um dos pilares da participa é você fazer essa gestão do SUS observando a necessidade dessa população [E7].”

5.4.2.6 Espaços Intergestores

As CIR são instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde) com capacidade de provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção. Ou seja, são colegiados importantes ao desenvolvimento das ações no Estado e nos Municípios, através das negociações e pactuações necessárias ao fortalecimento do SUS e implantação de novas ações e serviços. (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016)

A proposta da CIR é viabilizar, por meio de um planejamento regional integrado, a integralidade de ações e serviços numa região de saúde. Por sua vez, foi observado que na organização de territórios sanitários e redes regionalizadas de atenção à saúde o principal entrave para a garantia da atenção integral é o acesso a serviços de média densidade tecnológica. (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016; ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Dessa forma, com o incentivo financeiro da ParticipaSUS, para melhor desempenhar suas funções no processo de Regionalização e Descentralização do SUS no Estado de Pernambuco foram realizados quatro cursos de qualificação dos espaços intergestores regionais e câmaras técnicas com o intuito de qualificar os membros que compõem a CIB, CIR e CRIE assim como também as suas Câmaras Técnicas (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013).

[...] a gente tinha regiões que não tinha câmara técnica funcionando, tinha regiões que as CIR's eram esvaziadas, e hoje a gente conseguiu retomar, hoje em Pernambuco funciona todas as suas CIR , funciona todas as câmaras técnicas, e isso começou lá com a ParticipaSUSpor exemplo, fruto desse curso foi a composição de câmara técnica que não estava acontecendo [E6].

[...] então a gente tem as CIR, como exemplo até hoje é prioritário o próprio espaço da CIB porque até pouco tempo não era, era uma coisa que acontecia mas tinha um formato mais de assembleia do que de gestor fazendo pactuação [E6].

5.4.3 Monitoramento e Avaliação

A avaliação de políticas públicas é de fundamental importância para subsidiar o planejamento e a formulação das ações governamentais, o acompanhamento da sua implementação, reformulação e ajustes, como também as decisões a respeito da manutenção ou interrupção das ações envolvidas. Esse tipo de avaliação também é vista como um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, assim com também para a divulgação dos resultados de governo (CUNHA, 2006).

No caso da ParticipaSUS, já foram realizados estudos envolvendo a avaliabilidade da referida política tendo como unidade de análise a Gestão Federal (BEZERRA *et al.*, 2012). Vale enfatizar que não há estudos voltados para a análise da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco e durante as entrevistas foi observado que surgiram dúvidas a respeito da mesma indicando assim a falta de avaliações sistemáticas da política e sua necessidade do Estado de Pernambuco.

[...] esse processo de monitoramento e avaliação ele dentro da secretaria ele estar muito pulverização **eu não sei** se é bom ou é ruim [...] gera produção de diversas ferramentas diferente, diversas formas de monitorar e avaliar diferente que até certo ponto é bom e é ruim porque **eu não sei**, eu não consigo ver o impacto disso sabe? Na hora que eu vou discutir com o conselho é muito confuso [...] [E1].

[...] **eu não sei** em até que ponto isso é bom ou se é ruim eu não sei te dizer, o que eu sei é que do ponto de vista do controle social que é o grande foco da ParticipaSUS [...] [E1]

[...] mas eu lembro que tinha apoiador para ouvidoria, apoiador para auditoria eu não lembro se isso era só para a participaSUS ou se esses apoiadores eles eram especificamente para cada componente, **não sei te dizer** [E1].

[...] eu sei que o Ministério fomentou a criação das auditorias nos municípios nas regionais de saúde, mas **eu não sei** te dizer como é que está a situação não [...] [E1].

[...] as populações negras, quilombolas, população indígenas, **não sei o que** fala das vulneráveis né?! [...] [E1].

A partir de 2013, o Ministério da Saúde interrompeu os incentivos financeiros e o apoio técnico que realizou à ParticipaSUS. Para os atores envolvidos com a política em Pernambuco, essa interrupção ocorreu de maneira repentina, sem uma justificativa nem sensibilização da importância para que os Estados continuassem fomentando a política com recurso próprio. Sendo assim, o Ministério da Saúde não trabalhou formas de sustentabilidade da política no âmbito Estadual, por ser a única fonte de incentivo financeiro, resultando na interrupção de boa parte das ações desenvolvidas.

[...] Então assim essa questão de você tornar os estados dependentes de um recurso federal e de repente tirar sem necessariamente fazer uma discussão com os estados para justificar o porquê que acontece isso [...] foi suspenso de uma hora para outra assim, se você me perguntar se tiveram alguma conversa com os estados, pelo menos com Pernambuco não foi feita [...] não vai ter recurso não tem previsão, pronto criou. E aí cada um que tivesse que se virar para poder se reorganizar entendeu? Eu acho que isso contribuiu muito para a política não estar funcionando da forma adequada [E1].

[...] a tendência do governo do poder executivo é você ficar refém de determinado recurso e ele não tendo você não investe nessa área. Essa é uma deficiência que a gente está vivendo agora [...] [E5].

Com esta interrupção do incentivo financeiro e do fortalecimento da ParticipaSUS, ficou sob responsabilidade dos Estados continuar fomentando esta política, apenas com os recursos do tesouro. No caso dos Estados que tinham recurso e interesse em manter o fortalecimento das ações da ParticipaSUS na agenda política, foi possível visualizar continuidade do processo já iniciado, por outro lado, os estados que não tiveram recurso do tesouro e/ou prioridade política houve um enfraquecimento ao longo desses anos.

[...] não teve nada, nenhuma portaria, nenhuma orientação, a gente não sabe como essa política estar sendo discutida internamente no ministério...Eles ainda trabalham na perspectiva da gestão estratégica e participativa, tem uma diretoria inclusive que é responsável por essa política... mas do ponto de vista da orientação para os estados eles deram uma parada sim, de 2013 para cá não teve mais nada então o que os estados fizeram? Primeiro quem pode tirar recurso do seu próprio tesouro ok! Mas muitos estados não tem dinheiro para estar apoiando os componentes né?! [E1]

No caso de Pernambuco, os entrevistados relataram que durante o processo de construção e acompanhamento do plano de ação para implantação dos componentes da ParticipaSUS, não ocorreu uma discussão que fosse além da proposta de execução dos recursos, deixando de otimizar um espaço de debate e reflexão sobre o fortalecimento do controle social no Estado.

[...] inicialmente ela teve um viés muito forte...essa política quando foi implantada aqui ela tinha um grupo formado para a discussão da política, mas esse grupo normalmente focou muito na distribuição do recurso que era mandado do Ministério para o Estado, vamos dividir o dinheiro e ver quem é que vai ficar com quanto em função de plano de ação que era feito para cada componente tal e assim se perdia muito a discussão do ponto de vista mesmo de, como eu posso aprimorar meu componente para que esse componente ele fortaleça por tabela o meu controle social? [E1]

Além disso, a gestão que assumiu a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em 2012, passou a considerar a ParticipaSUS uma política que deveria ser transversal, que não deveria necessariamente ser composta por um grupo, já que a discussão deveria permear toda a Secretaria de Saúde.

[...] é como se para aquele grupo não tivesse muito sentido porque parte da gestão estratégica já estava sendo debatidas em outros espaços então meio para quê esse grupo específico da ParticipaSUS?! Se ParticipaSUS já é uma coisa transversal distribuída por dentro da secretaria quer seja numa reunião de colegiado, quer seja numa reunião interna de cada secretaria executiva, quer seja em algum comitê, quer seja num grupo de trabalho a discussão, sempre perpassava, a gente estava falando em algum momento de gestão estratégica e participativa e o controle social em si ele também já era debatido em todo espaço. [E1]

[...] então eu entendia por esse lado, não era a falta de entendimento, era um olhar diferente sobre a política, diferente do que aquele grupo estava querendo implantar [E1].

Diante disso, houve uma fragilização no processo de fortalecimento do controle social que estava ocorrendo no Estado de Pernambuco. Neste momento surgiram dúvidas a respeito de como seria realizado este novo processo de trabalho, e em seguida foi dissolvido e extinto as reuniões de grupos de trabalho da gestão estratégica e participativa a medida em que a nova gestão considerava desnecessário.

[...] por diversos motivos, um deles é a questão da prioridade mesmo, se eu tenho saúde da criança, se eu tenho hospitais para ser prioridade e o recurso está escasso eu não vou dá recurso para fomentar auditoria, [...] por que preciso dá conta de uma área que vai atingir diretamente o usuário [E1].

[...] acho que quando chegou alguma coisa aqui em relação à ParticipaSUS foi investido em outras situações dentro da secretaria, se não me engano parece que naquele momento foi direcionado algo para regionalizações foram contratadas algumas pessoas sanitaristas para construir o modelo de regionalização e depois veio a história do COAP que também não andou e a gente perdeu de fazer alguns investimentos (...) a gente ficou sem recurso, sem essa participação, até mesmo as reuniões não houveram mais[...] [E2].

Além disso, o recurso do tesouro previsto para fomento da ParticipaSUS foi suficiente apenas para manter os serviços funcionando. Vale salientar que hoje apenas a coordenação da

população negra e LGBT têm recursos que sobrou das portarias ministeriais para a ParticipaSUS, devido às dificuldades iniciais em executar o orçamento previsto. Por outro lado, os demais componentes da ParticipaSUS que conseguiram executar 100% do orçamento previsto na época, hoje encontram-se sem dinheiro para a realização das ações de implementação e fortalecimento da política.

[...] Veja a partir do momento que o ministério parou de emitir as portarias, porque as portarias eram sempre emitidas no final do ano, então emitii um recurso x dizendo que deveria ser destinada a ParticipaSUS e empregada em tais e tais ações e ai o ministério foi ficando cada vez mais escasso em relação a esses recursos e ai esse grupo também foi se dissolvendo em função de algumas atividade da secretaria estadual e em função da dissolução desses recursos, que seria tudo com recurso próprio e tal então são ações que existem, mas que esses grupos não funcionam mais, cada um fica fazendo sua ação [E7].

[...] acabou também as portarias, apareceu as dificuldades e a gente ficou meio que fora das discussões da ParticipaSUS, eu praticamente acho que desde 2012 que não temos mais discussões não sei nem como é que anda dentro da SES a questão financeira e de recurso [E2].

Com a descontinuidade do incentivo financeiro do Ministério da Saúde, houve na Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde uma parada brusca em suas ações de fortalecimento e descentralização ao longo do Estado de Pernambuco. O referido componente chegou a descentralizar seus serviços para poucos municípios e destes alguns deixaram de funcionar a partir do momento em que a Ouvidoria do estado não pôde realizar um acompanhamento. Hoje este serviço se sustenta com o dinheiro do recurso do tesouro de maneira a manter suas atividades funcionando sem nenhum fomento ao seu fortalecimento como ferramenta de gestão estratégica e participativa.

[...] eu não sei como vai ser daqui para frente com a chegada dessa PEC, eu não sei como vai ser isso...na cabeça de muitos gestores aquilo que não mata não é prioridade, então a gente não está na assistência hoje, a gente vê a saúde muito voltado para questão da assistência e justamente essa política foi para a gente dá outra dimensão da promoção, do cuidado, da escuta qualificada, da participação do cidadão, da fiscalização do cidadão, da própria fiscalização através dele, bom... é isso que eu entendo que seja a política do ParticipaSUS é fortalecer isso através de seminários através de debates através de espaço que as pessoas possam estar ali depositando suas experiências empíricas e técnicas [E2].

[...] não existe previsão orçamentária para esses componentes...eles entram na caixinha de governo mesmo pelos os profissionais que estão, mas nada além disso... pagam os profissionais para manter o serviço [E5].

[...] as demandas chegam compilam em relatórios o que a gente sabe é a rotina, mas por exemplos oficinas, capacitações, isso está suspenso porque não tem recuso [E5].

Em relação aos serviços da Auditoria da Secretaria Estadual de Saúde que estavam sendo descentralizados e qualificados em seu processo de trabalho com o intuito de promover o fortalecimento do SUS, também houve interrupção a partir do momento em que foi estagnado o repasse dos recursos das portarias da ParticipaSUS.

[...] A dificuldade foi no finalzinho quando os recursos começaram a ficar amarrado com essas mudanças de gestão, então a gente não teve mais acesso ao planejamento, chegávamos a planejar colocar na PAS, na LOA e todos os instrumentos possíveis na programação mais não acontecia, quando a gente se escrevia até em congresso que a gente ia todo ano e chegar com recurso lá, e não vai mais por que o governador disse que não é mais para viajar, quer dizer o recurso estava disponível e não deixavam, então é mais uma questão da gestão mesmo essa mudança o contexto político mudança de gestão impactou muito na implementação, na continuidade da política [...] [E3]

Sobre o controle social, especificamente os conselhos de saúde, observa-se que muitas críticas a respeito do funcionamento e execução de seu real papel continuam sendo realizadas e por vezes chegando ao descrédito. Vale salientar que os trabalhos de fortalecimento que vinham sendo realizados com os recursos financeiros das portarias da ParticipaSUS também foram interrompidos, restando hoje apenas o funcionamento burocrático dos conselhos de saúde.

[...] a gente critica tanto o papel dos conselheiros, que alguns conselheiros não sabem desempenhar seu papel, mais a gente também tem que possibilitar... dar ferramentas que eles se aprimorem, a política é uma delas, se eu estou aí ampliando a discussão de ouvidoria, de auditoria, planejamento, informação estratégica eu não estou trabalhando só o foco na gestão eu estou trabalhando visando aí um controle social que vai ser nosso parceiro que vai trabalhar junto conosco para que a gente consiga melhorar nosso sistema. Acho que é importante, espero que em algum momento isso seja revisto e seja retomado como importante porque nem o ministério, que foi quem criou a política, está considerando a política como importante, nem se fala mais, nem se cita o nome ParticipaSUS desde 2014 [...] [E1]

[...] o controle social não sofre tanto porque funciona, ele é deliberativo e o poder executivo tem que manter aquele espaço e o pleno funcionamento... outros componentes(ouvidoria) já ficaram muito dependentes desse incentivo para inovar para desenvolver algumas atividades e aí na ausência de recursos se fragilizou, e o gestor também não entende esses componentes como importante para desenvolver algumas outras ações que não o de rotina. [E5]

As dificuldades decorrentes da interrupção dos incentivos financeiros também foram apontados pelas coordenações de populações vulneráveis como a PSIPN e LGBT. Além desta questão financeira, a visão política também pode ser considerada um entrave em inúmeros momentos do processo de trabalho especialmente pelo desconhecimento do potencial do controle social no acompanhamento das implementações das políticas públicas para o fortalecimento do SUS.

[...] essa política de inclusão de fortalecimento da participação do controle social dentro do SUS é de fundamental importância a permanência dela, então como a gente está no momento onde estão sendo desativados muitas coisas, muitas políticas, e as políticas de inclusão estão sendo duramente feridas então há preocupação com a permanência dessas políticas e aí as alegações que estão sendo feitas no sentido de redução de gastos e isso e aquilo e a gente sabe que não é bem assim, que o recurso da saúde é um recurso muito grande, a gente sabe das dificuldades de gestão, de utilização adequadas nos lugares adequados desses recursos que saem do Ministério da Saúde para a saúde de Estados e Municípios. [E9]

[...] é uma política de estado e que deveria permanecer enquanto estado e não como governo ou como gestão e ser desmontada. [E9]

Por fim, diante do exposto foi observado que a mudança de gestão resultou em mudanças nas prioridades da agenda política. Isso, juntamente com a descontinuidade do incentivo financeiro da ParticipaSUS, promovido pelo Ministério da Saúde desde 2012, fez com que as ações mencionadas ao longo do texto fossem interrompidas no decorrer de seu percurso, exceto nas ações desenvolvidas pelos comitês da população negra e LGBT, devido à sobra do recurso não utilizado na época.

[...] na cabeça de muitos gestores aquilo que não mata não é prioridade, então a gente não está na assistência. Hoje a gente vê a saúde muito voltado para a questão da assistência e justamente essa política foi para a gente dar outra dimensão à promoção, ao cuidado, à escuta qualificada, à participação do cidadão, à fiscalização do cidadão, a própria fiscalização através dele [...] é isso que eu entendo que seja a política da ParticipaSUS. [E2]

[...] é triste a gente ter uma política importante como essa, não sei se vai haver continuação disso através dessa PEC, é triste a gente ter que pensar que houve bastante recurso no COAP e não ter saído nada do papel, então a gente deixou de fazer esses investimento em outros componentes ... é triste a gente ver a política da ParticipaSUS se resumir em questão de gabinete e planejamento, ...mas eles não são detentores do poder de decisão, essa é a verdade. [E2]

Diante do exposto, foi sintetizado as etapas da categoria processo:

Quadro 11 – Síntese da categoria processo no ParticipaSUS em Pernambuco

PROCESSO		
Definição da Agenda e Formulação	Implementação	Monitoramento e Avaliação
Formulação da política pela SGEP do MS com financiamento Federal a partir de 2008	Forma de implementação Participativa	Ausência de avaliação qualitativa da política no Estado de Pernambuco
Perspectiva de formulação Pluralista	Facilidades de articulação política para implantação da Política no Estado de Pernambuco	Necessidade de promover a garantia da sustentabilidade da política em Pernambuco
Tipo de política Distributiva	Elaboração participativa do plano de ação para captação de recurso financeiro, disponibilização de Kits e apoio técnico do Ministério da Saúde	Mudança de prioridade por parte da gestão Estadual
	Concepção da política incrementalista por apresentar pequenas mudanças no corpo da política	Mudança de prioridade por parte da gestão Federal
	Relação entre níveis de governo com mecanismos de controle	

Fonte: Elaborado pela autora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise permitiu a compreensão sistêmica da implantação da ParticipaSUS no Estado de Pernambuco. A descrição das categorias do estudo foi realizada separadamente, sendo aqui brevemente discutida de forma imbricada, pois naturalmente o contexto, conteúdo, atores e processo de implementação se inter-relacionam conformando a política setorial da ParticipaSUS como um todo.

O contexto, primeiro objetivo do trabalho, foi respondido através dos aspectos relevantes que foram revelados. No nível nacional, a gestão de Lula (2003-2011) foi relevante, com destaque para a criação de uma agenda política social com foco na inclusão social, a qual compunha a PAC, que no setor saúde recebeu o nome de Programa Mais Saúde. Tendo um de seus eixos a participação e o controle social. Este eixo teve como diretriz o fortalecimento da participação e do controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde. Vale salientar que a Política de Saúde no governo Lula foi caracterizado com um misto de continuidade e mudança, com medidas de caráter incremental no processo contínuo de implementação do SUS, onde a ParticipaSUS se enquadra neste cenário.

Nesta proposta, o governo Lula aproximou as ações do Governo Federal com as esferas estaduais com o intuito, dentre outras propostas, de ampliar a ParticipaSUS no país. Assim, foi previsto uma linearidade da atuação da política no âmbito das relações intergovernamentais a partir do momento vivenciado.

No caso de Pernambuco, a posse de Eduardo Campos como Governador do Estado, logo após ter sido presidente nacional do PSB, o tornou a maior liderança do partido político, que com o apoio financeiro do Governo Federal foi possível viabilizar o seu modelo de gestão.

O principal objetivo do seu programa de governo consistiu na necessidade de contemplar um novo ciclo de crescimento econômico sustentável, acompanhado da melhoria dos indicadores sociais no estado de Pernambuco. A proposta era que esse desenvolvimento assegurasse o aumento da qualidade de vida dos cidadãos, tendo sido usado como justificativa para a urgente modernização do sistema de gestão pública.

Na saúde, dentre as prioridades, foi identificado a ampliação da rede de saúde através da construção de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e terceirização de alguns serviços de saúde, através dos contratos do Governo do Estado com as OSS. Nesse contexto, o Estado de Pernambuco incentivado pelos recursos do Governo Federal resolveu implantar a

ParticipaSUS, a partir da descentralização de seus serviços no âmbito estadual.

A ParticipaSUS foi incluída na agenda política em 2008, com o objetivo de implantar tal política e descentralizar suas ações para Pernambuco. Para isso, o Estado contou com o apoio do Ministério da Saúde, cujas portarias previam recursos financeiros e técnicos para implementar e descentralizar as ações dos componentes da política para Distrito Federal, Estados e alguns municípios.

Para melhor efetivação desse processo de descentralização das ações da referida política e de seus componentes, o Estado de Pernambuco incluiu no organograma da SES a Gerência de Gestão Estratégica e Participativa. Esta gerência ficou responsável pela elaboração do plano de ação, para captação do recurso ministerial, de maneira articulada e planejada com os componentes envolvidos. É importante ressaltar que cada componente da ParticipaSUS contou com apoio técnico do Ministério da Saúde, cuja atribuição era fomentar a discussão e acompanhar a execução da implantação e descentralização de suas ações.

Além disso, foram identificados como atores fundamentais na implantação da ParticipaSUS em Pernambuco, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, vinculada ao Ministério da Saúde, como formuladora da política e para a descentralização de seus serviços foi necessário inicialmente o envolvimento do Secretário Estadual de Saúde, Diretor de Planejamento, a Gerência de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e, posteriormente, a participação direta dos atores responsáveis por cada componente: Superintendente da Ouvidoria; Gerente da Auditoria; Gerente da Informação Estratégica; Representante do Conselhos de Saúde; Coordenação da População Negra e Coordenação de LGBT.

Nesta época, apesar da prioridade do Estado ser a ampliação e terceirização dos serviços de saúde em seu território, a gestão estadual não interferiu no processo de implantação da política. Ou seja, a responsável pela política tinha governabilidade e capacidade técnica para iniciar o processo de implantação da ParticipaSUS em Pernambuco.

O Ministério da Saúde além de fomentar a implementação através da descentralização de seus componentes para os Estados e Municípios, posteriormente também incluiu alguns eixos prioritários a serem trabalhados pela ParticipaSUS. Conseqüentemente, a política foi marcada por três momentos evidenciados pelas diretrizes propostas nas portarias ministeriais: O primeiro momento foi marcado pela divisão em quatro componentes estratégicos de ação, sendo a Ouvidoria do SUS, Auditoria do SUS, Avaliação e Monitoramento e Controle Social; o segundo momento foi marcado pelo foco dado na promoção da equidade em saúde, através da elaboração e implantação de comitês técnicos, induzindo a discussão de políticas para populações de vulnerabilidade, assim como a implementação e fortalecimento das CIR e do

sistema de planejamento; O terceiro momento e último consistia na formalização do COAP.

Observando a história do que foi preconizado pela ParticipaSUS, pode-se constatar que a política apresentou dois eixos principais, onde um eixo tem o intuito de realizar o aprimoramento técnico e metodológico da gestão e o outro é voltado para o fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde, assim como a promoção da equidade para as populações vulneráveis.

Em relação ao primeiro eixo não houve uma articulação efetiva ou integração entre os componentes que gerasse esse direcionamento da política. Já o segundo eixo, apesar de representar a parte participativa da política não foi identificado uma proposta de integração tanto entre os conselhos de saúde e as populações vulneráveis quanto na aproximação desses dois tipos de ação em relação aos componentes de qualificação da gestão, como a avaliação e o monitoramento.

Nesta lógica, a ParticipaSUS em Pernambuco passou por mudanças em seus eixos estruturantes, onde outros aspectos foram incluídos na política com o intuito de promover a equidade em saúde a implementação e fortalecimento das CIRs e do Sistema de planejamento do SUS e posteriormente abrangeu a implementação de ações com vistas a formalização do COAP. Essas inserções ocorreram ao longo do tempo e repercutiu no processo de implantação da ParticipaSUS, em seu formato inicial. Nos resultados, foram elencados os avanços e dificuldades vivenciados ao longo do seu processo de implementação.

Também foi verificado que a relação do Estado de Pernambuco com os seus Municípios consistiu em apoio técnico através de capacitações, assim como também no monitoramento da descentralização e da implantação dos serviços de cada componente, nos locais contemplados com o recurso do Ministério da Saúde.

A descentralização de suas ações foram realizadas de maneira satisfatória até 2011, quando os pensamentos e prioridades da nova gestão passou a ser considerado um entrave para a continuidade e implementação da política em questão.

A gestão estadual de saúde do período se posicionou contra a ParticipaSUS, pois na sua visão esta política deveria ser transversal, não sendo necessário formar um grupo de trabalho para planejamento e execução de ações estratégicas que vise o fortalecimento de uma gestão participativa.

Vale salientar que a portaria que visou a implementação das ações com vistas a formalização do COAP foi a última que o Ministério da Saúde decretou referente à ParticipaSUS.

Ao observar essas modificações ao longo da história da ParticipaSUS verificou-se a consolidação de uma mudança no discurso original. Pois no início a proposta era de expansão da participação na gestão e, conseqüentemente, de aprofundamento da Reforma Sanitária. Posteriormente ocorreu um destaque o componente estratégico, voltado para o aprimoramento técnico e metodológico dos processos de gestão, tendo como critérios a eficiência, efetividade e eficácia. Até esse momento pode-se verificar que os caminhos da participação e da estratégia caminharam de maneira paralela.

Apesar da proposta inicial ser voltado para a transversalidade, articulação e expressão nos processos cotidianos do sistema de saúde, não foi identificado esses dois aspectos tanto no arcabouço legal da política quanto nas práticas descentralizadas no Estado de Pernambuco. Sendo assim, verificou-se uma baixa articulação e fragmentação entre as ações dos componentes da política.

Outro aspecto a ser apontado é que o foco da política também esteve muito voltado para o componente técnico da gestão. Vale salientar que não foi realizado intervenções para trabalhar vinculações desse componente técnico para viabilizar a ampliação da participação nas políticas estadual, deixando assim de fomentar relações democráticas e de ampliar a participação no processo decisório.

Diante do exposto, recomenda-se realizações de debates públicos sobre o entendimento da participação na saúde e seu processo participativo afim de fortalecer sua implementação. Sugere-se também discutir o fato de que a configuração formal da ParticipaSUS demanda que os movimentos sociais e grupos de interesse vulnerabilizados estejam previamente organizados, afim de fortalecer essa característica no estado.

Sugere-se também criar estratégias para vincular os processos administrativos com as condições necessárias para viabilizar a ampliação da participação nas políticas de saúde no Brasil. Ou seja, aproximar efetivamente o cotidiano dos usuários e trabalhadores, de maneira a possibilitar que as relações de poder tenham lugar nos espaços institucionais onde a política se materializa. Essa é uma condição necessária para garantir e propor novos direitos na área saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. de (org.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 277-303.
- ALVES, A. C. R. **A Ouvidoria como Instrumento de Controle Social da Administração Pública**: A experiência da prefeitura municipal de Lavras – MG. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2013.
- ARAÚJO J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing an Operational Framework for Health Policy Analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n.3, p. 203-221, 2001.
- ARAÚJO, J. F. F. E. **Avaliação da gestão pública**: a administração pós-burocrática. 2007. 16 p. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8309/3/ArtigoUNED.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- ARAÚJO, J. L. J. **Health sector reform in Brasil, 1995-1998**. Na health politic analyses of a developing health system. 2000. Tese (Doutorado) - Course in Health Service Studies, The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leed, 2000.
- ARAÚJO, T. B. **O voto do Nordeste**. São Paulo, 19 out. 2010. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/politica/o-voto-do-nordeste/>>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- AMORIM, P. E. G. B. **Controle social no município de Vitória da Conquista**: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde. 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- AROUCA, A. S. S. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 15-18, 1987.
- ATKINSON, P.; COFFEY, A. Analysing documentary realities. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research**. Theory, method and practice. London: Sage, 1997. p. 45-62.
- AZAMBUJA M. I. R. *et al.* Saúde urbana, ambiente e desigualdade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 110–115, 2011.
- BARBOSA FILHO, N. Latin America: counter-cyclical policy in Brasil: 2008-09. **Journal of Globalization and Development**, cidade, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2010.
- BARRETO, T. V. Vitória de Eduardo Campos (PSB): O fim de um ciclo político em Pernambuco. In: SIMPÓSIO OBSERVANORDESTE, 8., 2006, Natal. **Anais**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2006. Disponível em: http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/ixedicao/OBSERVANORDESTE_IX_Edicao_texto_PE_rev.pdf. Acesso em: 15 mar. 2016.
- BATISTA, E. L.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p.

681-690, out./dez. 2013.

BELIK, W.; DEL GROSSI, M. E. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, SP, v. 10, p. 1-24, 2003.

BEZERRA, L. C. A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.883-900, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (Lei Orgânica de Saúde). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/18142.htm. Acesso em: 12 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DENASUS – A Gestão da Auditoria Federal e o SNA – Mudanças no Componente Federal, rumo à efetivação do Sistema Nacional de Auditoria: problemas, ações e resultados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 27 mar. 2003. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202002.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Relatório de Gestão 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro de cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. p. 5.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível também em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livro.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.027 de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 nov. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_2ed.pdf. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011**. Brasília, DF, 2007c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.588/GM, de 30 de outubro de 2008a. Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2588_2008_plan_sgep2009.pdf. Acesso em: 26 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Documento preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caderno BrasilSGEP**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Caderno DEMAGS 2009**: subsídios para o encontro temático. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2344, de 6 de outubro de 2009**. Regulamenta as condições para a transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS, em 2009, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislações/gm/100741-2344?q=>. Acesso em: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.251, de 22 de dezembro de 2009**. Acrescenta municípios à portaria nº 2.344 de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2351, de 22 de dezembro de 2009**. Acrescenta municípios à portaria nº 2.344 de 2009, que regulamenta condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e

Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS, em 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep.html. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.329, de 29 de outubro de 2010**. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) em 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106041-3329.html?q=>. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.997, de 16 de dezembro de 2010**. Acrescenta municípios e valores à portaria nº 3.329/GM/MS, de 2010, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106679-3997.html?q=>. Acesso em: 26 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Processos e Práticas do Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS: contribuições e reflexões dos encontros temáticos**. Relatório técnico (impresso), Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2979, de 15 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a transferência de recursos aos estados e ao Distrito federal para a qualificação da gestão do SUS, especialmente para a implementação e fortalecimento do ParticipaSUS com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2836, de 1º de dezembro de 2011. Institui no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º dez. 2011b. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/public/media/EU6sWLAaw55isy/90910111909016012645.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2878, de 7º de dezembro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações com vistas à formalização do contrato organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017b.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., 2012, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 15., 2016, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de governança pública. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 10, p. 1-19, jun./ago. 2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-10-JUNHO-2007-BRESSER%20PEEREIRA.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRITO, R. L. **Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BOBBIO, N. **O Futuro da Democracia: uma defesa das regras do jogo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CAMPOS, W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, E. J.; GUIZARDI, F. L. A Contrarreforma do Estado Brasileiro e o Desafio da Avançar a Participação Democrática na Gestão em Saúde. In: GUIZARD, F. L. et al. (org.) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

CARVALHO, B. G. P.; AIRTON, J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 93-110.

CARVALHO, J. M. **Os Bestializadores O Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 01-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12> . Acesso em 10 set. 2015.

CASTRO, A. L. B. C. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CESALTINA, A. **Título**. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp/codServico=36-codPagina=48>. Acesso em: 5 mar 2015.

CICONELLO, A. **A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil in From PoverPower: How Active Citizens and Effective States Can Change the World**, Oxfam Internatinal – Oxfam International Junho de 2008.

CONSELHO ESTADUAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (PE). **Consolidação e internalização do desenvolvimento**. Câmara temática: Recife, 9 jul. 2007. Disponível em: <http://www2.cedes.pe.gov.br/web/cedes/novos_investimentos/documentos-da-camara> Acesso em: 10 ago. 2013.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO L. V. C. (org.). **Participação Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CÔRTEZ, S. M. V. et al. Conselho Nacional de Saúde: Histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S. M. V. **Participação em Saúde no Brasil: atores, mecanismos e dinâmicas participativas**. 2008.

CORDEIRO, J. V. B. M.; RIBEIRO, R. V. **Gestão da empresa**. Disponível em: <<http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/empresarial/1.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

COHN, A. A Saúde na previdência Social: antigos estigmas novos desafios. In: COHN, A. **Saúde no Brasil: Políticas e organizações dos serviços**. São Paulo, Cortez, 1996.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. S. **Pesquisa Social: teoria e método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 55-61.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Porto Alegre: Seplag, 2006.

CUNHA, M. L. S.; SILVA, A. G. Avaliação na Política de Saúde e Participação Social. In: GUIZARD, F. L. et al. (org.) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

DAHL, R. A. **Sobre a Democracia**. Brasília: Ed. UNB, 2001.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1998.

DENIS, J. L. CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **The Sage Handboool of Qualitative Research**. 3. ed. London: Sage, 2005.

DUBOIS C. A.; CHAMPAGNE, F. B. Histórico da Avaliação. In HARTZ, Z. et al. (org.). **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 19-39.

ELEIÇÃO de Dilma Rousseff. **BBC Brasil**, São Paulo, jan. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/especial/cluster_eleicao_dilma.shtml>. Acesso em: 17 jan. 2018.

FAGNANINI, E. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Campinas (SP): Unicamp, 2005.

FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FLORESTA, W. M. C. **Espaços Participativos em Saúde na Atenção Primária: Itinerários Descritivos no Município do Rio de Janeiro**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FREDERICO, P. **A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas**. 2001. 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100008>.

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, jun. 2000.

GALVÃO, A. O neoliberalismo na perspectiva marxista. **Crítica Marxista (São Carlos)**, São Carlos, n. 27, p. 149-156, 2008. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/numeros.php>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 294-307, 2008.

GONÇALVES, M. L., **Participação social no SUS: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 1999. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GONÇALVES, R. et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p. 1001-1013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/04.pdf>. Acesso em 12 out. 2016.

HAGUETTE, T.M F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

HOFFMANN, R. Desigualdade da renda e das despesas per capita no Brasil, em 2002-2003 e 2008-2009, e avaliação do grau de progressividade ou regressividade de parcelas da renda familiar. **Economia e sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182010000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182010000300010>.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. Policy Science and Policy Cycles. In: HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy: policy cycles and subsystems**. Oxford: Oxford University Press, 2003. cap. 1, p. 2-19.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL A. **Política Pública: Seus Ciclos e Subistemas**, Uma abordagem integral. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

IPEA. **A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda**. Brasília: 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf. Acesso em: 14 nov. 2017.

JACOBI, P. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

JOMILTON, C. S. **Avaliação da Implementação da política ParticipaSUS com Foco na ParticipaSUS com Foco na Estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde**. 2003. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

KHAN, M. M.; VAN DEN HEUVEL, W. The impact of political context upon the healthpolicy process in. **Public Health**, London, v. 121, p. 278-286, 2006.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and Public Policies**. Longman: Pearson, 2011.

KVALE, S. **Interviews**. An introduction to Qualitative Research Interviewing. 2. ed. Thousand Oaks: London Sage Publications, 2009.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **InterViews**: learning the craft of qualitative research interviewing. 2. ed. California: SAGE Publications, 2009.

LABRA, E. M. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: visão macro e micro. **Revista de Ciências Sociais**, cidade, v.6, n.1, p. x-x, jan./jun. 2006.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impacto sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, cidade, v. 19, n. 1, p. 59–77, 2010.

LIMA, J. P.; SICSÚ, A. B.; PADILHA, M. F. Economia de Pernambuco: transformações recentes e perspectivas no contexto regional globalizado. **Revista Econômica do Nordeste**. Fortaleza, v. 38, n. 4, out./dez. 2007. Disponível em:<http://www.bnb.gov.br/projwebren/exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1062>. Acesso em: 2 ago. 2016.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. 2003. Tese (Doutorado) -Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

LOPES, M. C. R.; MATTA, G. C. SUS, Gestão Participativa e Equidade. In: GUIZARD, F. L. et al. (org.) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

LYRA, T. M. **A Política de Saúde Ambiental do Recife em 2001 e 2002**: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MACAGNAN, I. P. *et al.* Análise do processo de “Democratização” do Sistema de Saúde Brasileiro. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PUCRS, 10., 2009, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: EdIPUCRS, 2009. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Administracao/71494-ISIS_PADILHA_MACAGNAN.pdf. Acesso em: 11 mar. 2018.

MACEDO, L. C., **Participação e controle social na área de saúde**: uma revisão bibliográfica. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>.

MAGALHÃES, J. L. Q. de. **Poder Municipal: Paradígm**as para o estado constitucional brasileiro. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARINHO, P. S. Gestão participativa nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde: principais componentes e desafios. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 4, n.1, p. x-x, jan/mar. 2015.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo**. 1. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MAY, T. **Social Research. Issues, methods and process**. 2. ed. Buckingham: Open University, 1998.

MELO, M. B. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho**. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca ENSP. 2007.
. Parei Mégine

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2018.

MINAYO, M.C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: A pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, J. M. B.; GUIMARÃES, S. de J. Controle social e conselhos locais de saúde em terezina: limites e possibilidades. **Revista FSA**, cidade, v. 10, n. 3, p. 212-227, mar. 2013.

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. 336-347, set./dez. 2003.

MONTEIRO, V. **O novo ciclo econômico de Pernambuco**. Recife, 12 fev. 2012. Disponível em: <<http://pedesenvolvimento.com/2011/02/12/o-novo-ciclo-economicode-pernambuco/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: perspectivas e desafio. 2002. Disponível em: <http://www.tropicologia.org.br/conferencia/2002/envelhecimento_populacao.html. > Acesso em: 20 jun. 2015.

NESPOLI, G.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; CUNHA, M. L. S.; LOPES, M. C. R. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde. In: GUIZARD, F. L.; NESPOLI, G.; CUNHA, M. L. S.; MACHADO, F.; LOPES M. (Org) **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de**

Pesquisa em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, p. x-x, 2º sem. 1996. . Parei Mégine

OLIVEIRA, M. L. **Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS1994/2002**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAULA, A. P. P. Administração Pública Brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 45, n.1, p. 36-49, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf>. Acesso em: 30 Jun. 2015.

PAIVA, F.S; STRALEN, C.J.V; COSTA, P.H.A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p 487-98. 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200487&script=sci_arttext. Acesso em 14 nov. 2014.

PANIAGO, C. **Controle Social e o Fundamento Liberal dos Conselhos Gestores**. In: X ENPES, 2006, Recife. Crise Contemporânea , Emancipação Política e Emancipação Humana. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

PANORAMA PERNAMBUCO. Recife: Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco, ano 1, n. 1, ago. 2014. Disponível em: http://www.cedesconsultoria.com.br/download/PanoramaPE_1_2208.pdf. Acesso em: 20 dez. 2015.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

PAULA, L. F.; PIRES, M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. x-x, 2017.

PEIXOTO, S.F; MARSIGLIA, R.M.G; MORRONE, L.C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião dos usuários e funcionários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-94. 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300012&script=sci_arttext. Acesso em 23 out. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Institucional**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>. Acesso em: 20 ago. 2013a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Recife, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **1º Plano Estadual de Promoção da Igualdade Racial 2016- 2018**. Recife, 2015.

PEREIRA NETO, A. de F. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. **Physis** [online], v. 22, n. 2, p. 441-462, 2012.

PINHEIRO, L., PINHEIRO, L.; GALIZA, M.; FONTOURA, N. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Revista Estudos Feministas**. v. 17, n. 3, p. 851–859, 2009.

PINTO, A. E. S. Ana Estela de Souza Pinto: Campos, questões, discussões. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ago. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/08/1500106-ana-estela-de-sousa-intocampos-questoes-discussoes.shtml>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PIRES, M. C. C. **Análise da PEC 241**. Nota técnica, IPEA, 2016.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2011: Sustentabilidade e Equidade, um Futuro Melhor para Todos**. New York, 2011. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Complete.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

RIBEIRO, F. B; NASCIMENTO, M. A. A. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do “ser sujeito”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 151-66, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSup11/a2306.pdf>. Acesso em 20 out. 2016.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RIVERA, U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 357-372, 1996.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a Institucionalização dos espaços de participação social: Avanços e Desafios. **20 Anos da Constituição Cidadã: Avaliação e Desafios da Seguridade Social**. Acesso: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf Data: 11/08/2015.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. C. Os modelos da administração pública como estratégias complementares para a co-produção do bem público. In: Encontro de Administração e governança – ENAPG, 2., 2006, São Paulo. **Anais**. São Paulo: ANPAD, 2006. Disponível em: http://www.anpag.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2006/ENAPG219.pdf. Acesso em: 18 Jun. 2015.

SAMPAIO, J., ARAUJO Jr, J. L.; Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, 6 (3): 335-346, jul./set., 2006.

SANTANA, V. G. D. **Os diferentes modelos de gestão pública da secretaria estadual de**

saúde de Pernambuco e as implicações na gestão do trabalho em saúde. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

SANTIN, J. R. O provedor de justiça europeu e a democratização das instituições comunitárias. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 152-169, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v55n2/09.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2015.

SANTOS, B. S. de (Org). **Democratizar a Democracia: Os Caminhos da Democracia Participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SCHWANDT, T. **Qualitative Inquiry: a dictionary of terms.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

SILVA, I. A. O. **O Programa de Modernização da Gestão Pública: Uma Análise da Política de Responsabilização Educacional em Pernambuco no Governo Campos (2007-2011).** 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVEIRA FILHO, R. M.; SANTOS, A. M.; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. Ações da Comissão Intergestora Regional: para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

SINGER, A. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 85, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002009000300004&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2014.

SIRAQUE, V. **Controle social da função administrativa do Estado: Possibilidades e limites na constituição de 1988.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

SOUTO, K. M. B.; SENA, A. G. N.; PEREIRA, V. O. M.; SANTOS, L. M. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 49-62, 2016.

SOUZA NETO, D. M. **A política externa brasileira nos oito anos do governo Lula: Legados e lições para a inserção do Brasil no mundo.** Rio de Janeiro: Puc-Rio, 2011.

SPE. Monitor de política fiscal: Resultado fiscal estruturado. **Ministério da Fazenda**, maio de 2016.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura.** Petrópolis: Vozes, 1984.

KVALE, S. **InterViews.** An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

SPOSATI A; LOBO E. Controle Social e Políticas de saúde. **Cad. Saúde pública.** Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/ dez, 1992.

TEXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: Paker R. , organizador. **Políticas,**

Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 1997. P. 43-68.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 31, p. 268–283, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde Pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TOURAINÉ, A. **O que é Democracia?** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

TRIVINOS, A.N. S. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 2, n. 30, p.5-43, mar.abr. 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1º ed. 20 reimpr. São Paulo – SP: Atlas, 2011.

VARVASOVSKY, Z.; BRUGHA, R. How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 338-345, 2000.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539 – 548, 2012.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 30, 1996, p.5-43.

VIANA, A.L.A.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2012. p. 59 - 88.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**. Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WALT, G.; GILSON, L. 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, dez. 1994.

WALT, G. **Health Policy: An Introduction to Process and Power**. London: Zed Books, 1994

WENDHAUSEN, Á. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALE, 2002.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista**. 1992. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Alguns procedimentos preliminares à entrevista deverão ser realizados, tais como:

- Agendar e confirmar com os atores da pesquisa data, local e horário;
- Conferir todo o material a ser utilizado na entrevista: gravador, roteiro de entrevista, diário de campo, caneta esferográfica, cópia do projeto de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Identificar informações sobre a entrevista e entrevistado (a) nos campos sistematizados abaixo.

ENTREVISTA N		
Data e lugar da entrevista:		
Hora de início/de finalização:	Duração:	
Nome:		
Idade:	Sexo:	E-mail:
Instituição/ Unidade:		Tel:
Cargo:	Tempo/cargo:	Titulação:
Roteiro das Entrevistas		
Categoria	Eixo temático	Perguntas
Contexto	Política setorial	Em que momento e de que forma você tomou conhecimento do ParticipaSUS no Brasil?
	Política Setorial Finanças do Setor Problemas de saúde e serviços existentes	Para você, o que motivou o surgimento de uma política nos moldes do ParticipaSUS em PE no ano de 2007?
	Esfera Política	Como estava o contexto/cenário político em que ocorreu a implantação do ParticipaSUS em PE?
	Problemas de saúde e serviços existentes	Como estava o contexto sanitário pernambucano no momento da implantação do ParticipaSUS?
	Finanças do setor	O contexto econômico para a implantação era favorável? Explicar/aprofundar.
Conteúdo	Programas, projetos e ações Recursos materiais, organizacionais e políticos	Quais são os dispositivos norteadores do ParticipaSUS?
Atores	Pessoas, instituições, organizações Formuladores e implementadores Apoiadores ou opositores Beneficiários ou prejudicados	Poderia me falar dos atores envolvidos ou que se envolveram na implantação do ParticipaSUS, e que considere relevante?
		Quem formulou e/ou implementou a Política?
		Quem apoia ou se opõe ao ParticipaSUS em PE?
		Quem se beneficia ou se prejudica com a implantação do ParticipaSUS?

Processo		Que aspectos (dificuldades ou facilidades) você gostaria de destacar acerca do ParticipaSUS em PE?
	Processo de tomada de decisão	Como ocorreu o processo de tomada de decisão para implantar o ParticipaSUS em PE?
	Relação entre níveis de governo	Como se dá a relação entre níveis de governo acerca desta Política em PE?
Sugestões		Há algo que não foi perguntado que você gostaria de acrescentar?
		Você gostaria de sugerir alguém que possa contribuir com o presente estudo?



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) no estado de Pernambuco”, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes e sob orientação do pesquisador Eduardo Maia Freese de Carvalho, a qual pretende analisar a Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) no Estado de Pernambuco e sua interface com outras iniciativas governamentais para estimular a gestão estratégica e participativa no período compreendido entre os anos de 2008 e 2015. Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação em entrevista semiestruturada na condição de entrevistado. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa diz respeito a possíveis interferências partidárias presentes direta ou indiretamente em seus relatos bem como tentativas de tendenciar resultados que possam trazer benefícios pessoais. Para minimizar tais riscos, ampliou-se o período do estudo (série histórica de 07 anos) e os nomes dos atores envolvidos bem como o período em que exerceram seus cargos públicos não serão mencionados no estudo, ficando sob sigilo do pesquisador. Do mesmo modo, os entrevistados não tomarão conhecimento dos nomes dos pares que também contribuirão com o estudo. Se você aceitar participar, de maneira voluntária, estará contribuindo para fomentar a reflexão sobre o desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do estado de Pernambuco e no Brasil e fornecer informações úteis para revisão/ajustes das ações desenvolvidas. Por fim, deixo claro que sua participação não é obrigatória e que a recusa não implica em nenhum prejuízo, podendo dessa forma abandonar a pesquisa em qualquer momento que desejar. Em caso de dúvida ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisa, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n – Campos da UFPE – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50,670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 -12:00 hrs / 13:00 – 15:00hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

TÍTULO: “Análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) no estado de Pernambuco” – Instituição: CPqAM/FIOCRUZ.

Pesquisador Responsável: Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes [Doutorando em Saúde Pública]; Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho (CPqAM/FIOCRUZ).

Eu _____, declaro que aceito o convite

para participar do estudo científico intitulado “Análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) no estado de Pernambuco”. As razões que justificam a minha escolha para participação neste estudo se dão pela minha participação no processo de formulação, implantação e /ou implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) e minha participação é voluntária. Consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo, que tem como objetivo analisar a Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (PARTICIPASUS) no período compreendido entre os anos de 2008-2015 e sua interface com as iniciativas governamentais para estimular a gestão estratégica e participativa. Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa e que esta pesquisa poderá contribuir com a melhor compreensão sobre o processo de formulação de políticas públicas, beneficiando a sociedade no enfrentamento de novos problemas e questões. Estou ciente de que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, e que está garantida a confidencialidade. Estou ciente de que há riscos não previsíveis, para além do risco de constrangimento ou desconforto pessoal diante das perguntas formuladas durante a entrevista. Sei ainda que os benefícios desta pesquisa residem na divulgação do produto final do estudo por meio de publicações científicas que tratam do tema para a comunidade acadêmica. Estou ciente de que a entrevista será gravada e que o material obtido será arquivado por cinco anos. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Desta forma, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios deste trabalho e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com o pesquisador.

Cidade: _____, Data: ____/____/____

Assinaturas:

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

Contatos do Pesquisador: fernandambm@yahoo.com.br (81) 988780038

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa do CpQAM/Fiocruz



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “Análise da política nacional de gestão estratégica e participativa do sistema único de saúde (PARTICIPASUS) no estado de Pernambuco”.

Pesquisador responsável: Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 08/06/2016

Registro no CAAE: 56814116.1.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.669.848

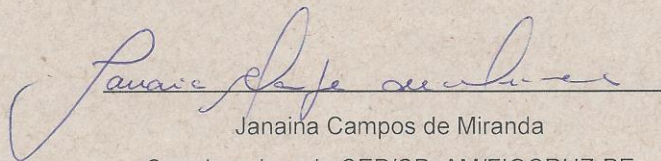
PARECER

O Comitê avaliou 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 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 12 de agosto de 2016.



Janaina Campos de Miranda

Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ



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

Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES



FIOCRUZ
Ministério da Saúde

