



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA

**FINANCIAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
SEDE DE MACRORREGIÃO EM PERNAMBUCO ANTES E APÓS A
IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA EM 2006**

CRISTIANA ACEVEDO ZARZAR

RECIFE

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida, CRB4-1662

Z38f

Zarzar, Cristiana Acevedo.

Financiamento e oferta de serviços de saúde nos municípios sede de macrorregião em Pernambuco antes e após a implantação da programação pactuada e integrada em 2006 / Cristiana Acevedo Zarzar. – Recife: O autor, 2012.

86 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Programação. 4. Regionalização. I. Espírito Santo, Antonio Carlos Gomes do (Orientador). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2012-207)

CRISTIANA ACEVEDO ZARZAR

**FINANCIAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
SEDE DE MACRORREGIÃO EM PERNAMBUCO ANTES E APÓS A
IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA EM 2006**

Orientador: Prof. Doutor Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo.

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

RECIFE

2012



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

CRISTIANA ACEVEDO ZARZAR

No dia 07 de maio de 2012, às 14h, no Auditório do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Sidney Feitoza Farias (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Cristiana Acevedo Zarzar, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Financiamento e Oferta de Serviços de Saúde nos Municípios Sede de Macrorregião em Pernambuco antes e após a Implantação da Programação Pactuada e Integrada em 2006**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias

Para Lô, Marina e Máry (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre todas as coisas.

Ao meu pai (*in memoriam*), que me ensinou a importância de estudar, de trabalhar, de ser honesto e de ser verdadeiro.

À minha mãe (*in memoriam*), por ter me mostrado que o bom humor às vezes é a melhor saída para enfrentar as adversidades do cotidiano.

A Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, pela sua forma socrática e freiriana de ser e de ensinar, pelo acolhimento e pelo carinho a mim dedicado nessa caminhada.

À minha prima, Thânia Silveira Ribeiro Pessoa que sempre está ao/ do meu lado.

À minha sogra, Janete Zarzar pelo exemplo de sabedoria, generosidade e amor.

Aos professores, Ana Bernarda Ludemir, Ana Paula Oliveira Marques, Djalma Agripino, Garibaldi Dantas Gurgel Jr., Heloisa Maria Mendonça Morais, Luci Praciano Lima, Márcia Carrera Campos Leal, Maria Luiza Carvalho de Lima, Sandra Valongueiro Alves, Sérgio Souza da Cunha, Solange Laurentino dos Santos e Thália Velho Barreto de Araújo, pela generosidade que tiveram em compartilhar seus saberes e experiências.

Aos professores, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Maria Rejane Ferreira da Silva, Petrônio José de Lima Martelli e Sideny Feitoza Farias, pelas enormes contribuições prestadas à construção deste trabalho.

Aos professores Adriano Cavalcanti Sampaio, Fernando Antonio Gusmão Filho e Nilcema Figueiredo, pela disponibilidade em participar deste processo.

A todos os servidores do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, em especial ao Sr. José Moreira de Oliveira.

A Maria das Graças Oliveira Pinto de Souza, Sandra Abrantes Formiga e José de Sá Nogueira, técnicos em saúde coletiva pela ajuda concedida.

Aos colegas de turma, Avelino Maciel Alves de Aguiar, Danielle Silva, Elisângela Campos da Silva, Eliane Vasconcelos, Fernanda Helena Penha Coutinho, Felipe Proença de Oliveira, Fernanda Ferraz e Silva, Humberto Rochimin Fernandes, Jackelyne Faienstein Carneiro, João Luis da Silva, José Eudes de Lorena Sobrinho, Lindacir Sampaio de Oliveira, Manuela

Correia de Oliveira, Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, Vanessa Santos Sá e Viviane Lima Bastos Guimarães, pelo companheirismo e pela amizade.

A Maria Cristina Sette, Gestora do Sistema Único de Saúde de Caruaru no período de janeiro de 2009 a maio de 2011.

A Maria Aparecida Souza, Gestora do Sistema Único de Saúde de Caruaru no período de junho de 2011 até os dias atuais.

Aos amigos, Ana Cláudia Cantarelli, Ana Isabel Amorim, Ana Lúcia Freire da Hora, Ana Lúcia França, Ana Maria Saboia Mesel, Ana Maria Prosini, Candice Heiman, Claudia Prosini Rijo, Daniele Silveira Ribeiro Pessoa, Emanuela Rozeno, Gésica Oliveira, Gisele Vieira Vidal, Josiane Florêncio, Karem Pollyana, Rosiel dos Santos, Silvia Cauás Asfora e Wedneide Almeida.

A todos aqueles que de alguma forma prestaram apoio e ajuda para a conclusão do presente trabalho, expresse meus profundos agradecimentos.

“Afirmar sem ser cúmplice, criticar sem desertar.”

(Boaventura de Sousa Santos)

RESUMO

O estudo objetivou verificar possíveis mudanças ocorridas no financiamento e na oferta de serviços de saúde da média e alta complexidade após a operacionalização da Programação Pactuada e Integrada nas sedes de macrorregião do estado de Pernambuco em 2006. A pesquisa constituiu-se em um estudo de caso múltiplo, retrospectivo, de cunho empírico, natureza quantitativa, descritivo e de corte longitudinal, abrangendo o período de 2000 a 2010; foram utilizados dados secundários obtidos nos sistemas oficiais de informação de saúde. Concluiu-se que a Programação Pactuada e Integrada foi sobreposta a outras lógicas de alocação de recursos financeiros e não interferiu no processo atual de descentralização, marcado pela estadualização ao invés da municipalização. A gestão estadual cumpriu, cada vez mais, o papel de executor da assistência à saúde. A produção assistencial foi ampliada e persistiu a concentração da oferta de serviços em Recife, demonstrando que a regionalização não fora consolidada em sua totalidade. As redes públicas de assistência à saúde apresentaram tendência a utilizar a terceirização como ferramenta gerencial através de organizações sociais. Apontou-se como relevante que a Programação Pactuada e Integrada equacione as variáveis presentes no jogo político e na (re)constituição do poder em busca do fortalecimento das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Avaliação; Planejamento em Saúde; Programação; Descentralização; Regionalização.

ABSTRACT

The study aimed to assess possible changes in the financing and provision of health care services medium and high complexity occurring after the Programming Agreed and Integrated at the headquarters of the macro-region of the state of Pernambuco in 2006. The survey consisted of a multiple case study, the retrospective nature of empirical, quantitative, descriptive, longitudinal, covering the period 2000 to 2010, information was gathered from official systems of health information. It was concluded that the PPI was superimposed on another logical allocation of financial resources and did not affect the ongoing decentralization process, marked by decentralization, instead of municipalization. The state management fulfilled, increasingly, the role of executing health care. Assistance was expanded production and concentration continued to provide services in Recife, indicating that regionalization was not consolidated in its entirety. The public network of health care tended to use outsourcing as a management tool through social organizations. The study identified as important for Programming Agreed and Integrated balances the variables involved in the political game and the (re) constitution of power in pursuit of strengthening the organizational guidelines of the Unified Health System.

KEYWORDS

Assessment; Health Planning; Programming; Decentralization; Regionalization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 Situações da rede assistencial de média e alta complexidade no Brasil.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01 Transferências intergovernamentais referentes à média e alta complexidade (Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde) por período, percentual de aumento ou redução e cálculos proporcionais e absolutos, de Caruaru Petrolina e Recife, 2000 a 2010.
- Tabela 02 Proporção média de recursos financeiros alocados por esfera de gestão antes e após a PPI/ PE – 2006.
- Tabela 03 Média de recursos financeiros programados para a população residente e população referenciada dos municípios de Caruaru, Petrolina e Recife no período compreendido entre 2006 a 2010.
- Tabela 04 Média *per capita* macrorregional (Caruaru, Petrolina e Recife) antes (2001 a 2005) e após a PPI/ PE – 2006 (2006 a 2010).
- Tabela 05 Proporção de registros ambulatoriais de média e alta complexidade por esfera de gestão nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.
- Tabela 06 Proporção de registros ambulatoriais na média e alta complexidade por tipo de prestador nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife, nos anos de 2000, 2005, 2006 e 2010.
- Tabela 07 Proporção do registro de produção de internamento hospitalar por esfera de governo nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife, nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.
- Tabela 08 Proporção do registro de produção de internamentos hospitalares por tipo de prestador (público ou privado), ocorridos em Caruaru, Petrolina e Recife nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.
- Tabela 09 Síntese de desempenho proporcional dos territórios em relação ao programado (média de produção entre os anos de 2007 a 2010) do ponto de vista assistencial, Caruaru, Petrolina e Recife.
- Tabela 10 Número e proporção de unidades de saúde por esfera de governo (municipal) e tipo de prestador (público), de Caruaru, Petrolina e Recife nos anos de 2001, 2005, 2006 e 2010.
- Tabela 11 Número de leitos hospitalares existentes e necessários e proporção de leitos hospitalares sob gestão municipal e tipo de prestador (público) em Caruaru,

Petrolina e Recife em 2005, 2007 e 2010.

Tabela 12 Equipamentos selecionados e força de trabalho disponíveis ao Sistema Único de Saúde, existentes e necessários em Caruaru, Petrolina e Recife, antes e após a Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde em 2006.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01 Especificação dos momentos que integraram o desenho de estudo.
- Figura 02 Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) entre os anos 2000 a 2010.
- Figura 03 Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) e Gestão Estadual entre os anos 2000 a 2010.
- Figura 04 Figura 04 – Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, valores em reais *per capita* (população residente) do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) entre os anos 2000 a 2010.
- Figura 05 Evolução dos valores em reais *per capita* por macrorregião (população residente e população referenciada), PE (2006 a 2010).
- Figura 06 Construção de uma proposta de modelo possível de tendências.
- Figura 07 Evolução da Produção (Física) Ambulatorial relativa à média e alta complexidade dos territórios municipais (Caruaru, Petrolina e Recife), entre os anos 2000 a 2010.
- Figura 08 Evolução do registro da produção hospitalar por território (Caruaru, Petrolina e Recife), 2000 a 2010.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNESWEB	Sistema de Informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
IAPI	Incentivo de Assistência à População Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS/ 01/ 02	Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 e 2002
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organizações Sociais
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto

PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI/PE-2006	Programação Pactuada e Integrada de Pernambuco do ano de 2006
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISPPPI	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
TABWIN	Tabulador para Windows
TABNET	Tabulador para Internet
TIH	Taxa de Internamento Hospitalar
TFGMAC	Teto Financeiro Global da Assistência da Média e Alta Complexidade
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa	17
1.2	Pergunta de pesquisa	20
1.3	Objetivo geral da pesquisa	20
1.4	Objetivos específicos da pesquisa	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Do Planejamento na gestão do Sistema Único de Saúde à Programação Pactuada e Integrada	21
2.2	Interfaces entre a programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde e diretrizes do Sistema Único de Saúde: descentralização e regionalização	29
2.3	Conformação de redes assistenciais de saúde a partir da descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde.	37
2.4	Desenvolvimento da Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde em Pernambuco.	46
3	METODOLOGIA.	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.	53
4.1	Evolução dos tetos financeiros globais e <i>per capita</i> da assistência à saúde (Média e Alta complexidade) por esfera de gestão.	53
4.2	Da Programação Pactuada e Integrada ao registro da produção de serviços assistenciais (Média e Alta Complexidade) nos sistemas de informação em saúde, por esfera de gestão e tipo de prestador.	63
4.3	Conformação de redes de assistência à saúde nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife.	70
5	ABRANGÊNCIA, LIMITES E DIFICULDADES DA PESQUISA.	77
6	CONCLUSÕES, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.	78
	REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Construir uma política de saúde pautada pela negociação e pactuação entre os atores sociais não é tarefa simples. Esta dificuldade torna-se ainda maior quando ocorre em um país como o Brasil, marcado até recentemente por governos autoritários. Desde então, persiste a necessidade de superar os traços da cultura institucional herdados destes períodos.

A partir da proposta de criação de conselhos e conferências de saúde como instâncias de controle social e que garantem a participação de diversos segmentos da sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu uma nova ordem no processo de construção da política de saúde. Com a promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) em 1993, instituíram-se fóruns de negociação e pactuação entre gestores, a exemplo das comissões bipartite (CIB) e tripartite (CIT).

A partir da estruturação destas instâncias, as concepções relativas à participação, negociação e pactuação norteiam o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, propondo novos desafios à gestão. Observa-se então, a alternância entre avanços e impasses em sua trajetória de implementação. Neste contexto, a noção de planejamento das ações de saúde não se distanciou destas prerrogativas. Assim, em 1996 foi promulgada a NOB 96 que definiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência à saúde, cuja *práxis* envolve, em sua essência, estas estratégias que propiciam tanto a negociação, quanto a firmação de pactos intergestores.

A programação em saúde proposta pela PPI abrange diversos componentes do aparato do SUS, dentre eles, o financiamento da assistência. Na medida em que foi aplicada pelos diversos estados da federação, tetos financeiros atrelados a fluxos e referências assistenciais foram determinados. Interpôs, portanto, uma nova lógica de alocação de recursos financeiros que até então adotava outros critérios, a exemplo do pagamento por produção de serviços, *per capita* fundo a fundo e estabelecimento de convênios entre o Ministério da Saúde e os demais entes federativos.

A análise da alocação de recursos e o financiamento das ações assumem efetivo significado enquanto indutores de políticas e construtores do modelo de atenção à saúde; pois atuam como vetores que podem fragilizar o sistema, ao financiar estratégias não constituídas e cunhadas a partir das diretrizes organizativas previstas na política de saúde a ser efetivada.

Além de abordar a questão do financiamento, a PPI pressupõe a constituição e a

formatação de redes públicas de assistência à saúde capaz de responder às demandas de atendimento de residentes e, em determinadas situações, à população referenciada.

Com a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS/ 01/ 02), a PPI foi vinculada à diretriz de regionalização e, conseqüentemente, aos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI).

Em Pernambuco a ferramenta foi trabalhada em 1998 sem, no entanto, incluir aspectos orçamentários. Apenas em 2006 a PPI passou a vigorar no estado, alterando dispositivos de financiamento que prevaleceu até os dias atuais. Naquele momento foi elaborado o PDR e três cidades foram identificadas como sede de macrorregião de saúde: Caruaru, Petrolina e Recife.

Tendo em vista que a experiência advinda em torno da adoção do instrumento completou mais de cinco (05) anos, faz-se necessário investigar quais as possíveis modificações proporcionadas pelo mesmo no âmbito do financiamento, da oferta assistencial e conformação da rede vinculada ao SUS. Esta investigação permite identificar potencialidades e lacunas inerentes à sua utilização.

Neste aspecto, alguns questionamentos foram selecionados no intuito de identificar desde a evolução dos tetos financeiros, quanto ao direcionamento tomado pela formatação das redes públicas de assistência à saúde.

O primeiro questionamento relativo à constituição dos tetos financeiros da assistência; tem por base seus respectivos detalhamentos como fundamentais, na medida em que os mesmos nem sempre estiveram dispostos de maneira clara e precisa para os gestores, especialmente os municipais.

No âmbito da conformação de redes assistenciais vinculadas ao SUS, não se pode deixar de repensar sobre o direcionamento que tal formatação pode adotar. A configuração das redes públicas de assistência à saúde foi composta por serviços eminentemente de natureza pública? Ou as redes se construíram sob a perspectiva de uma rede complementar robusta? Foram ampliadas ou reduzidas? Houve alterações no que diz respeito ao seu modo de gestão e gerência? Estes questionamentos surgidos a partir da aplicação da PPI relacionam-se principalmente às diretrizes de descentralização e regionalização.

Regionalização que pode ser compreendida como uma estratégia de conformação de redes assistenciais de saúde com vistas a promover maior resolubilidade, resolutividade e possibilidade de acesso igualitário e integral, qualificando o princípio da universalidade premente no SUS. Uma vez ampliadas as possibilidades de ofertar serviços assistenciais com

aqueles atributos próximos à residência dos usuários; reduzem-se as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Reforça esta visão o estudo de Oliveira (2009) que ressalta a distância geográfica entre a residência do cidadão e a unidade de saúde como um dos fatores principais na determinação da acessibilidade. Coaduna-se com esta assertiva os achados de Rodrigues; Givisie (2010), segundo os quais pessoas enquadradas no estágio mais avançado de neoplasia residiam nos locais mais distantes dos centros de diagnóstico. Logo, é lícito supor que quanto maior o contingente de serviços regionalizados, tanto maior o acesso. Aceito este pressuposto, perseguir a regionalização seria simultaneamente viabilizar, em certo sentido, um sistema de saúde mais equânime, integral e universal.

Agregada à regionalização encontra-se a descentralização da saúde, não apenas disposta no ideário primordial do SUS, mas presente nos diversos instrumentos editados ao longo de sua implementação. De acordo com Levcovitz; Lima; Machado (2001) há consenso de que o processo de descentralização impetrado no Brasil apresentava avanços significativos transcorridos na primeira década da implantação do SUS. Os autores afirmam que a descentralização é a única diretriz organizativa do sistema que não colidiu com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90.

De fato, Pereira (1996) salientou em seu pronunciamento à Assembleia Geral Resumida das Nações Unidas e ao Seminário sobre a Reforma do Estado na América Latina e Caribe, que a descentralização é uma das características básicas da administração pública gerencial.

Portanto, investigar a descentralização com base nas consequências da PPI é também compreender como essa diretriz foi efetivada no que concerne às dimensões relativas à distribuição e alocação dos recursos financeiros e desenho das redes assistenciais vinculadas ao SUS. Pois, uma vez que os rumos destas dimensões podem ter sido transcritos sob a perspectiva da “modernização institucional”; é importante averiguar como a ferramenta em foco, operou a partir da perspectiva da descentralização da saúde implantada no Brasil desde os ditames impostos pelo modelo de Reforma do Estado. Reforma esta, delineada na gestão Fernando Henrique Cardoso, que assumiu novos contornos nos últimos governos presidenciais (grifos nossos). Em especial, investigar a organização das redes públicas de assistência à saúde a partir da análise sobre a interferência que as mesmas podem ter sofrido em decorrência da política “moderna” de gerência propalada através de organizações sociais (OS) (grifos nossos).

Certamente, abordar a questão da descentralização da saúde no Brasil é não deixar de salientar sua característica predominante do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas

a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Neste contexto, o presente trabalho buscou verificar possíveis alterações ocorridas após a operacionalização da PPI nas sedes de macrorregião do estado de Pernambuco (Caruaru, Petrolina e Recife) em 2006; no âmbito da alocação de recursos financeiros para a gestão municipal, registro da produção de procedimentos nos diferentes níveis de complexidade e expansão da rede pública de atenção à saúde.

1.2 Pergunta de pesquisa

Pergunta: Quais as possíveis modificações ocorridas após a operacionalização da PPI em Pernambuco, a partir de 2006 até o ano 2010, nos municípios de Caruaru, Petrolina e Recife, quanto à alocação de recursos financeiros para a gestão municipal, o registro de procedimentos de média e alta complexidade (MAC) e a expansão da rede pública assistencial?

1.3 Objetivo geral

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral verificar possíveis mudanças ocorridas, após a operacionalização da Programação Pactuada e Integrada, nas sedes de macrorregião do estado de Pernambuco (Caruaru, Petrolina e Recife) em 2006; no que diz respeito à alocação de recursos financeiros para a gestão municipal, o registro da produção de procedimentos da MAC e a expansão da rede pública de assistência à saúde.

1.4 Objetivos específicos

Comparar:

1.3.1 A alocação de recursos financeiros efetivada nos municípios sede de macrorregional, anterior e posterior à operacionalização da PPI/ PE-2006.

1.3.2 Os dados de produção física registrados dos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife entre os anos 2000 a 2010, a partir da programação assistencial desenvolvida.

1.3.3 A conformação das redes assistenciais públicas nos territórios sede de macrorregião entre os anos 2000 a 2010.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Do Planejamento na gestão do Sistema Único de Saúde à Programação Pactuada e Integrada.

Em decorrência do caráter participativo impresso na atual política de saúde brasileira, a partir da criação de instâncias como os conselhos e as conferências de saúde, além das comissões intergestores; a concepção do planejamento estratégico situacional (PES) adéqua-se à gestão do SUS de maneira decisiva. Dentre outras razões, sua adequação reside no pressuposto de Rivera (1989) quando afirma que este método não deve admitir a ausência da participação de atores sociais. A PPI enquanto instrumento de planejamento em vigor no SUS, estabelece em seu *modus operandi*, tanto a negociação e a pactuação entre gestores, quanto utiliza a programação como elemento norteador da sua constituição.

De acordo com Gondim et al. (2009), a aplicação do PES deve ocorrer de maneira contínua e ascendente como forma de ordenamento de um território definido. No âmbito do PES, a programação em saúde, interpõe-se como um espaço do planejamento e se define pela menor agregação do seu objeto. A partir desse espaço delimitado, o planejamento é processado e materializado por meio de informações territorializadas acerca da situação de saúde e das condições de vida da população. Estrutura-se, assim, o processo de planejamento e programação locais em saúde como elementos cruciais e basilares do sistema de saúde.

Através da territorialidade e o desenvolvimento da programação local, a participação popular torna-se viável. Para isto, salienta Rivera (1989), a programação local deve comportar um movimento de descentralização do aparelho institucional, que garanta a participação efetiva da população no planejamento. O autor chama a atenção para que a programação local não tome uma dimensão exclusiva de técnicas estimativas de recursos e otimização econômica e não se aproxime dos enfoques programáticos baseados na mera oferta de recursos, em detrimento das necessidades de saúde.

Em geral, a programação local busca aproximar-se das necessidades de saúde. Entretanto, esta aproximação pode ocorrer de maneira equivocada quando considera apenas os danos de saúde, negligenciando as condições de vida ou as considerações de reprodução social das mesmas, de forma que reduz as necessidades ao plano setorial ou das situações de saúde (RIVERA). Silva Júnior; Alves (2007) concordam com esta visão e salientam que ao se basear em uma análise deste tipo, está implícito um caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os cidadãos, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua “curva epidemiológica” (grifos dos autores). Esse saber é absolutamente necessário, mas, quando é utilizado para planejar o sistema de atenção e gestão, remete-se a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar

sobre a produção de acolhimento e escuta das pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas.

Calleman; Moreira; Sanchez (1998) estabeleceram diretrizes e etapas que determinam a programação operativa no SUS. Segundo tais autores a programação de unidades de saúde da própria rede assistencial deve ser prioridade. Neste aspecto, é necessário identificar a capacidade potencial da unidade, agregada ao perfil de atendimento. Em seguida, realiza-se a programação dos procedimentos de acordo com o perfil de atendimento na unidade. Para esta atividade, alguns instrumentos devem ser considerados, como o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), bem como sua ficha de programação físico-orçamentária (FPO).

De certo modo, salientam os autores, a programação representa a necessidade de procedimentos para causar impacto positivo nas condições de saúde da população. O processo de monitoramento da programação e a reprogramação deve ser uma atividade contínua e sistematizada, visando o replanejar dos serviços prestados e a garantia do resultado almejado. Tais monitoramentos podem ser realizados através de centrais de regulação de serviços de saúde ou outras instâncias de autorização de procedimentos programados; análise de banco de dados do sistema de informação; pesquisas periódicas de invasão e evasão, dentre outros.

Ao realizar a programação local pode-se chegar à conclusão de que a rede de atenção à saúde posta não atenda às possíveis demandas da comunidade. Coloca-se então, opções estratégicas nesta direção. Uma delas é partir para incrementar a rede pública de assistência à saúde (CALLEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998). Entretanto, Ayres (1995) destaca que ampliação dos serviços de saúde oferecidos não significa aumento da efetividade de ações. Outra opção, a ser desenhada é estabelecer o encaminhamento da população para outras localidades que possuem rede assistencial que possa receber estas demandas.

Rivera (1989) acentua que a programação local não pode ser aplicada de forma dissociada da programação regional (ou da programação de rede). Certamente, as unidades locais de saúde, enquanto objeto de programação, não podem instituir-se de maneira isolada, uma vez que devem ser considerados os diversos níveis de complexidade tecnológica que compõem um sistema de saúde, sob o perigo de instaurar-se a asincronicidade estrutural da rede. Esta noção prevista por Rivera (1989), além das demais ideias enfocadas até o momento, foram retomadas tanto na NOAS (01/ 02), e especialmente no Pacto pela Saúde ao enfatizar o planejamento solidário e cooperativo, envolvendo a participação intergestores, tendo em vista a regionalização. Neste âmbito, a PPI situa-se como um instrumento que pode auxiliar o processo de planejamento, concebido de maneira ascendente, a partir da configuração territorial, congregando as diversas negociações em torno da assistência por parte dos gestores envolvidos.

Branco; Guerreiro (2011) revelam que a PPI como um instrumento formal de pactuação intergestores, utiliza-se de uma programação físico-financeira, contempla a alocação de recursos e especifica a distribuição de competências assistenciais entre as esferas de governo. A partir da programação estabelecida, procura-se garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, quer no próprio território, quer em outros municípios, que passam a ofertar serviços por meio de encaminhamento formalizado e pactuado.

A lógica instaurada na PPI foi inicialmente construída a partir da tabela de procedimentos e vigorou até a NOAS 01/ 02. Na medida em que os quantitativos de procedimentos eram dimensionados, estimava-se a possibilidade de atendimento em seu próprio território. Caso contrário, eram negociados com outros gestores estes atendimentos.

A partir de 2006, esta lógica foi modificada. O Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a) que definiu a programação a partir de áreas estratégicas, possibilitando ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento. Esta versão era imbuída da ideia de integrar de forma mais efetiva as ações básicas e de média e alta complexidade, na medida em que os três níveis da atenção passaram a compor um mesmo momento do processo de programação. Ao incluir a programação dos diversos níveis de complexidade, a questão do financiamento das ações foi resgatada. Portanto, a nova metodologia de programar em saúde através da lógica da PPI, instituiu pela primeira vez a participação financeira das três esferas de governo. De acordo com Oliveira (2004), as programações firmadas até a NOAS não vislumbravam as parcelas estaduais e municipais.

Não obstante, a PPI, desde o seu surgimento em 1996, passou a operar em uma metodologia diferenciada de programação em saúde, marcada pela negociação intergestores, cujos recursos financeiros são inseridos como elementos *sine qua non* para sua realização. Esta concepção foi resultado da interveniência de diversos fatores. Dentre eles, a experiência de programação em saúde ao longo da construção do pré e pós SUS e a necessidade de firmar e fortalecer a gestão.

Para garantir o acesso da população própria em seu município e também nas referências extraterritoriais, os limites financeiros eram especificados no processo de construção da PPI. A composição dos tetos financeiros era detalhada, identificando-se os montantes para a população própria e para a referenciada. Essa lógica previa “[...]equidade da distribuição dos recursos e da organização de uma rede regional e resolutive” (OLIVEIRA, 2004, p. 36).

Com o advento da PPI, as responsabilidades de cada município puderam ser delimitadas, bem como garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Esta garantia advinha tanto da oferta existente no próprio município, quanto da possibilidade de encaminhar para outros locais que tinham o serviço necessário. Para que isto se efetivasse, seria necessário a pactuação entre os gestores municipais, tendo o gestor estadual como mediador desse processo.

A construção da PPI teve como ponto de partida, a programação municipal. Assim, respeitar-se-ia o caráter autônomo do ente municipal. O resultado desta programação deveria ser submetido à apreciação e deliberação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Corroborando com este processo, o gestor estadual tinha a incumbência de harmonizar e compatibilizar as programações municipais, tendo em vista as negociações travadas na CIB. Buscava-se, portanto, a equidade, a qualidade da atenção e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde. Ao consolidar a PPI estadual, o Conselho Estadual de Saúde (CES) manifestava-se aprovando ou não a mesma.

A PPI deveria observar critérios e parâmetros definidos pelas CIB e aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde. No que concerne aos recursos federais de custeio da atenção à saúde, propunha-se que o Ministério da Saúde, estabelecesse, via ato normativo, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberado no Conselho Nacional de Saúde, os critérios, os instrumentos, os prazos e os fluxos da PPI e de suas reprogramações periódicas (OLIVEIRA, 2004, p.32).

Principalmente, a partir da publicação da NOAS 01/ 02, a PPI foi instalada nos diversos estados da federação. Desde então, alguns estudos e pesquisas acerca de sua aplicação, foram realizados. Contudo, o MS (BRASIL, 2006b) assegura que o instrumento não chegou a ser amplamente pesquisado e analisado do ponto de vista acadêmico. Portanto, as normatizações têm consubstanciado até então estudos sobre o tema. Corroborando com esta ideia Rodrigues (2010), que evidenciou haver poucas publicações na biblioteca virtual em saúde de artigos que estabeleçam análise em torno de instrumentos de planejamento inseridos na política de regionalização. Salienta, no entanto, os vastos textos trabalhados pelo MS que enfocam o *modus operandi* em torno da execução da política de regionalização e a adoção dos instrumentos supramencionados. Além das normas vigentes, as poucas pesquisas existentes são retomadas aqui para melhor compreensão sobre o tema.

Oliveira (2004) estudou a PPI no contexto da NOAS 01/ 02, considerando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) enquanto controle social, bem como a gestão do SUS. O trabalho desenvolvido pelo autor buscou discutir a PPI, a partir do seu processo de construção e implantação no período 2001/ 2002, analisando primordialmente a participação do Conselho Nacional de Saúde quanto a sua definição e deliberação. Assim, o estudo abordou e analisou

os pressupostos, objetivos, abrangência, metodologia e instrumental operativo da proposta da PPI. Em relação ao controle social, pontuou a necessidade dos Conselhos de Saúde participar das funções de planejamento, programação, normatização, controle e avaliação, sob o risco de restringir o controle social aos aspectos mais gerais do SUS e sua capacidade de intervir de modo mais direto e eficiente.

Efetou críticas à PPI dirigidas à concepção lógica dos seus instrumentos, principalmente ao sistema informatizado, o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI). Agregaram-se a estas, questionamentos em relação ao caráter excessivamente normativo da PPI, sua aderência à tabela de procedimentos do SUS e à ausência de uma correspondência com as necessidades de saúde da população. Assim, propôs a construção de um novo modelo de programação e destacou o fortalecimento dos processos gerais de planejamento local e regional das esferas de gestão. Apontou a participação restrita dos municípios na definição das diretrizes e parâmetros norteadores da PPI, bem como a impossibilidade de tradução das necessidades e especificidades locais e regionais como fragilidades (ibidem).

Estabeleceu a centralidade da atenção básica como orientadora das programações das ações de média e alta complexidade, aberturas programáticas coerentes com as regras atuais de financiamento do SUS, com a diversidade do conjunto de sistemas municipais brasileiros, níveis de complexidade tecnológica e inserção na rede de serviços, estabelecendo uma ruptura em relação à “lógica de produção” (grifos do autor), realização da PPI em diversas etapas, incluindo a etapa regional (intermunicipal e intra/ interestadual), dentre outros elementos.

Por meio de processos participativos, a PPI pode propor discussões sobre os parâmetros assistenciais de programação a serem adotados. Estas discussões remetem à questão das necessidades em saúde.

As proposições de levar em consideração as “necessidades em saúde” nos instrumentos de planejamento e programação do SUS são antigas e recorrentes. Tais proposições assumem, em geral, um caráter muito genérico. O SUS é herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada realizada de forma irracional, orientada pelos interesses e pelo perfil da oferta dos mesmos. A reversão desse quadro implicaria em redirecionar o sistema para as reais necessidades de saúde da população. Acontece que, na prática institucional, essas proposições nunca se moldam em alternativas concretas, restringindo-se, no mais das vezes, a uma coletânea de dados e informações demográficas e epidemiológicas que são consolidadas nos primeiros capítulos dos planos estaduais e municipais, sem a necessária correspondência ou clara ligação com as proposições do plano. Reproduz-se, assim, a prática dos diagnósticos de saúde, tão típicos dos modelos de planejamento normativo (grifos do autor, OLIVEIRA, 2004, p. 44).

O autor salientou um aspecto essencial proporcionado pela PPI, tendo em vista que “[...] pela primeira vez na história do desenvolvimento do SUS, todos os municípios puderam

saber a quantidade de recursos disponíveis para as ações e serviços de saúde em seu território e/ou alocados nos orçamentos de outros municípios” (OLIVEIRA, 2004, p. 46). Esta prerrogativa permite transparecer os critérios considerados quando da alocação de recursos financeiros, facilitando a análise e avaliação da execução dos recursos financeiros, estabelecendo assim condições para a efetiva prestação de contas à população, sobre a gestão do SUS. Após delinear o estudo de Oliveira (2004), outras pesquisas sobre a PPI serão enfocadas a seguir.

Neste aspecto, alguns trabalhos sobre a PPI ocorreram de forma localizada, a exemplo da pesquisa de Daniel; Moron (2011) que analisou a concretização da PPI com o uso do sistema de informação em municípios do Rio Grande Sul. Afirmam a importância de planejar e quantificar os serviços a serem ofertados na PPI. Esta quantificação, por sua vez, não é tarefa simplificada, segundo as autoras, tendo em vista a necessidade de manusear sistemas de informação para a produção de dados que possuam confiabilidade, considerando que estes devem subsidiar o processo de tomada de decisões.

Outro estudo localizado e específico foi o de Busato (2005) ao ressaltar que a partir do advento da regionalização e da PPI, a rede assistencial procurou readequar-se, como ocorreu em torno de um hospital de caridade no Rio Grande do Sul. O estudo revelou fragilidade da articulação dos gestores locais com a gestão estadual e com outros gestores de municípios limítrofes. Não foi identificado concretamente de que os pactos intermunicipais fossem colocados em prática na busca da regionalização. Neste aspecto, havia a dificuldade de estabelecer a regionalização, considerando principalmente a inércia da efetivação da PPI, carecendo de posicionamento estratégico adequado e coerente entre os hospitais e a política de saúde.

Amorim (2007) trabalhou a PPI no estado de Minas Gerais, com o objetivo de verificar e analisar o grau de cumprimento das metas pactuadas na PPI em 2006, tendo em vista variáveis específicas que poderiam influenciá-lo. Dentre estas variáveis, o autor assinalou a condição de gestão dos municípios, a capacidade instalada, a existência e funcionamento de um mecanismo de regulação e a origem da população atendida. Concluiu que a condição de gestão e a origem da população atendida exerciam influência sobre o grau de cumprimento da PPI em Minas Gerais. As outras variáveis não chegaram a influenciar sobre esse desempenho.

Alves et al. (2010) discutiram as diretrizes de regionalização e financiamento no estado de Minas Gerais, estabelecidos a partir de 2003, à luz dos indicadores epidemiológicos e da oferta assistencial, tomando como situação ilustrativa o câncer de mama. Especificam a

regionalização da saúde no SUS e entendem que uma vez efetivada esta se configura como instrumento de gestão a partir da NOAS, através do PDR, com o intuito de ordenar o fluxo da assistência de MAC.

Enfatizaram que a partir da definição da base territorial regionalizada, são aplicados parâmetros assistenciais que norteiam a programação física e orçamentária dos municípios da região, donde se pactuam ofertas e demandas. Os achados corroboraram com a hipótese de que a regionalização da assistência não chegou a alcançar os resultados esperados na modificação dos fluxos assistenciais existentes anteriores à regionalização. Salientam, portanto, a necessidade de revisão dos limites geográficos indicados pelo PDR de Minas Gerais ou a viabilização do PDI que dê suporte a atual concepção. Asseveram a necessidade de implantação do Cartão Nacional de Saúde e do sistema de ressarcimento dos atendimentos de pessoas com planos de saúde para compensar os frequentes atendimentos não programados. Salientam a necessidade de:

[...] revisão dos critérios normativos a partir de critérios técnicos orientados por protocolos clínicos baseados em evidência, e a criação de mecanismos indutores para uma efetiva regulação do sistema por parte dos gestores municipais. (ALVES et al., 2010, p. 27).

Leite; Assis (2010) procuraram caracterizar os serviços produzidos em um hospital geral público de um município da Bahia, a partir da PPI deflagrada para o atendimento de 07 municípios circunvizinhos. A pesquisa demonstrou que houve uma tentativa de planejamento intermunicipal; neste sentido, a PPI trouxe avanços na organização da rede de serviços de saúde, porém indicou a necessidade de melhorar a forma de pactuação conduzida pelo estado.

Hirano; Linguanotto; Donnini (2010) investigaram a PPI no âmbito das internações hospitalares de média complexidade no município de São Paulo. Assim, estabeleceram análise comparativa da produção do item de programação estabelecido na PPI para a população própria e referenciada.

Quanto aos resultados obtidos, o estudo identificou que para os residentes de São Paulo, considerando a totalidade das especialidades, a produção das internações apresentou-se maior do que o programado para o período, independente do local de internação. Em relação ao local de ocorrência, a produção foi maior que o programado no próprio território. Quanto à origem dos internados, todas as regiões analisadas tiveram produção superior ao programado, exceto uma (Região de Guarulhos).

Houve um aumento de internações de média complexidade para os residentes em São Paulo, acompanhado de um aumento também de referenciamento dos residentes nas demais regiões para os hospitais do município. Provavelmente, em virtude do aumento da oferta dos mesmos. Entretanto, esta ampliação não interferiu no crescimento de obstetrícia quer para os

municípios de São Paulo, quer para os referenciados. Atentaram que novos estudos para o fenômeno da obstetrícia devam ser desenvolvidos de maneira mais profunda. Entretanto, revelam que a tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos, implantada a partir de 2008, talvez tenha contribuído para esta diminuição. A pediatria apresentou diminuição da oferta, uma vez que foi constatada demanda reprimida, logo esta especialidade merece atenção por parte dos gestores.

Alegaram o fenômeno da “metropolização” e a ausência de instrumentos e mecanismos de regulação de acesso como elementos que contribuíram para a desorganizada mobilidade da população à procura de oferta. Ressaltaram que a particularidade da PPI está na organização da rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e à definição de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência e a formalização de pactos para a sua operacionalização.

De acordo com Molesini et al. (2010), que analisaram a PPI como instrumento de compartilhamento da gestão do SUS em dois municípios baianos, este não fora capaz de garantir efetivo compartilhamento do referido processo de planejamento entre as instâncias governamentais.

Em uma análise mais genérica e menos localizada, Kamimura; Molina (2004) salientaram que a PPI configura-se como um instrumento de planejamento e negociação entre os municípios. No entanto, ocorrem impedimentos para que os gestores possam pactuar e trocar serviços na tentativa de garantir atendimento integral à saúde da população. Nesta perspectiva, a insuficiência de recursos compromete e é um dos grandes impeditivos para que os processos de negociação e pactuação se consolidem. Não obstante, as autoras intencionaram compreender a PPI como instrumento de programação no processo de regionalização da saúde. Os resultados demonstraram a necessidade de negociação e pactuação entre os municípios. Contudo, tais processos sofrem influência da limitação dos recursos financeiros por meio do teto global da assistência e do valor atribuído aos procedimentos de média complexidade, não contemplando os custos efetivos das ações de saúde indispensáveis à população.

Fadel et al. (2009) trataram do pacto pela saúde como uma tentativa de consolidar a equidade social, visando transpor entraves regionais e operacionais vivenciadas no setor saúde. Assinalaram a descentralização, a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde como diretrizes importantes neste sentido, ao mesmo tempo em que vislumbram o processo de pactuação intergestores como elemento de aprimoramento do SUS. Definiram pacto como um encontro de vontades com o objetivo de produzir efeitos de direito desejados pelas partes. Dessa forma, o Pacto de Gestão é designado como um “processo que

visa definir as programações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores” (Brasil, 2006c), devendo a PPI guardar íntima relação com o desenho de regionalização a qual está vinculada, assumindo e moldando-se as suas características.

Para Conil (2004) houve um saudável avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do SUS, quando comparados com as antigas práticas das instituições federais, centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de programas verticais. Os sistemas de informação em saúde (SIS) também se diversificaram disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados. Contudo, as instâncias de negociação entre os gestores, carecem de um planejamento mais comunicativo, em pesem encontrarem-se sob forte regulação federal.

A partir dos estudos e pesquisas desenvolvidos relacionados à PPI até então resgatados, percebeu-se que a aplicação desta ferramenta alavancou avanços, mas também esbarrou em entraves para a organização da assistência à saúde. De todo modo, configurou-se como deflagrador de um processo específico de planejamento e programação em saúde, que vislumbrou a inserção de procedimentos cooperativos e solidários entre os gestores. Nesta lógica, é importante demarcar que na fase anterior à instalação do SUS, algumas das diretrizes atualmente provisionadas e determinadas legalmente, não norteavam a política de saúde. Assim, as programações em saúde anteriores ao SUS não tinham o caráter inclusivo, equânime, nem tão pouco abrangente, característica que demarca decisivamente a política de saúde brasileira em vigor. Por isso, o próximo item constitui-se em um recorte nas diretrizes enfocados neste trabalho, incluindo suas interfaces com a PPI.

2.2 Interfaces entre a programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde e diretrizes do Sistema Único de Saúde: descentralização e regionalização.

O SUS constituído legalmente, a partir da publicação da Constituição Federal em 1988 e de documentos técnicos e normativos, contempla em suas diretrizes organizativas a descentralização e a regionalização.

Tobar (1991) examinou o conceito de descentralização enfatizando seus usos diferenciais e concebeu que os processos descentralizadores configuram a transferência de autoridade no planejamento da tomada de decisões. Apesar das concepções terminológicas diferenciadas em torno da descentralização, há uma compreensão que sugere enfatizar o fortalecimento da esfera “local” (grifo do autor). Há consenso que a questão da descentralização permeia o campo da política. Sua implementação eficaz e eficiente situa-se,

pois, no campo administrativo. O autor afirma, no entanto, que o processo da descentralização em si não é possível de se atingir de forma isolada, podendo apenas ser viabilizado quando inserido em um percurso geral de reforma.

Barata; Mendes; Tanaka (2004) consideram a descentralização e a participação popular como princípios organizativos do SUS. Nesta lógica, como mecanismo que pode garantir o acesso às ações e serviços de saúde, equidade e integralidade no atendimento às necessidades das pessoas, uma vez que aproxima os gestores dos cidadãos na definição e execução das políticas de saúde, viabilizando a participação e o controle do setor saúde, por parte da sociedade.

Conforme Arretche (1997) na década de 80 ocorreram reformas de tipo descentralizador em um número expressivo de países. Tais reformas foram realizadas segundo estratégias distintas, sendo as mais conhecidas a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. Rondinelli (1983) aponta para outro conceito que é o da devolução.

Tobar (1991) enfatizou diferenças e similaridades entre os termos descentralização e desconcentração. Efetivamente, descentralização implica redistribuição do poder, havendo uma transferência na alocação das decisões e atingindo interesses de grupos que o detém. A desconcentração, no entanto, estrutura-se como a delegação de competência sem deslocamento do poder decisório.

De acordo com os estudos comparativos de Vieira (*apud* TOBAR, 1991) quando foram enfocados os níveis de descentralização em quarenta e cinco países, concluiu-se que o grau de descentralização em um país depende principalmente do desenvolvimento de seus recursos econômicos e tecnológicos e não dos elementos e das características da organização constitucional.

No SUS, ocorre simultaneamente processos de desconcentração, devolução e delegação. Dessa forma, a descentralização, é permeada pela maior eficiência alocativa e pela influência dos cidadãos locais que participam do processo de tomada de decisão, dentre outras características (MILLS et al., 1990).

Por outro lado, é importante enfatizar as fragilidades do processo em tela, conforme especificou Prud'Homme (1995): enfraquecimento das estruturas centrais, dificuldade de coordenação, incremento dos custos de transação, fragmentação dos serviços, ineficiência por perda de economia de escala, escassez de recursos gerenciais, clientelismo local e a desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Hunter; Vienonen; Wlodarczyk (1998) afirmaram que a descentralização, a partir da experiência europeia, traz vantagens e desvantagens, sem que o processo possa estabelecer uma relação com garantia da equidade, porém aumenta as possibilidades de escolha por parte dos cidadãos.

Tobar (1991) salientou que a descentralização tem *status* de "meio" (tático e estratégico) para atingir determinados "fins" que são anteriores e superiores a ela mesma (grifos do autor). Por outro lado, a ideia de descentralização foi adotada:

[...] como ferramenta para a expansão e intensificação da democracia, e também como mecanismo de controle e dominação. Da mesma forma, há definições que são compatíveis com a estatização dos serviços e outras centradas na transferência dos mesmos ao setor privado. Na sua aplicação pode-se perseguir tanto a equidade como manter as diferenças no acesso aos serviços que existem até o presente (TOBAR, 1991, p. 04).

Ressaltou o autor, que a descentralização pode ser aplicada de maneira isolacionista. Esta forma de descentralizar pode implicar, portanto no "surgimento" (grifos do autor) de novas autonomias diferenciadas do poder soberano, sendo este redistribuído. Há, contudo, a possibilidade de instalar-se, a depender dos protagonistas do processo de descentralização, a reprodução de feudos que induzem a uma prática coronelista.

A descentralização cooperativa pode ocorrer a partir da revisão do pacto federativo que busca viabilizar determinadas funções governamentais, onde as instâncias envolvidas podem acordar a descentralização num aspecto e, ao mesmo tempo, a centralização em outro. O processo descentralizador, no entanto, em seu caráter político perpassa por uma luta de vários *rounds*, marcados por momentos de avanços e retrocessos.

A descentralização traduz-se a partir de um processo político, não impõe-se por decreto. Enquanto debate político, a descentralização é controversa e imprime uma noção administrativa, mas que se institui politicamente (TOBAR, 1991).

No âmbito Reforma Sanitária Brasileira a descentralização tem um caráter organizativo para atingir os princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso e a participação nas decisões.

Contudo, o estatuto de intermediação que caracteriza o processo descentralizador não é outra coisa do que a intermediação dos conflitos sociais. Portanto, supõe-se a existência de diferentes maneiras de instrumentalizar o conceito, que por sua vez estão relacionados aos distintos atores que fazem parte do conflito. Praticando uma simplificação, poderia-se dizer que por um lado se procurará ampliar a dominação, e pelo outro o controle social; ou, em outros termos, a descentralização pode surgir como uma forma de reforçar o aparelho de dominação ou como um mecanismo de participação que permite o retorno do poder à sociedade civil (TOBAR, 1991, p. 09).

Nesta lógica, a descentralização pode promover o deslocamento do conflito, uma vez que transfere-se para outras esferas a negociação. O conflito é então amortizado. Ao proliferar instâncias de negociação pode-se reproduzir processos permeados pela conciliação. Estes mecanismos podem determinar a descentralização como uma estratégia de dominação.

Preteceille (*apud* TOBAR, 1991) assinalou tendência a uma concentração cada vez maior do poder econômico do capital monopolista que vem acompanhada da descentralização das políticas sociais para as esferas locais. O poder central deixaria de aparecer como responsável imediato por uma política de austeridade que afeta as condições de vida, delegando às autoridades locais essa responsabilidade.

Cabe então questionar se a descentralização está associada a uma nova e mais ampla cidadania ou a uma reestruturação da hegemonia abalada pela política de ajuste que aumenta a dívida social impedindo ou reduzindo a redistribuição de benefícios sociais. Os custos políticos desse agravamento do déficit de legitimidade originado pelas políticas denominadas "recessivas", "neoliberais", de "ajuste" (grifos do autor) ou de contenção do gasto social seriam deste modo espalhados territorialmente e não se acumulam no centro administrativo do Estado.

O termo está carregado de conotações positivas como "democracia", "solidariedade", "participação" etc. Este fato o transforma numa faca de dois gumes. Em mãos dos reformistas pode motivar relações capazes de reconstruir um tecido social mais organizado e solidário, a constituição de novos papéis e status (Borja 1984:10), em síntese, pode aportar as condições favoráveis à transformação. O outro gume desta ferramenta é capaz de operar um "lifting" na face obscura de um regime autocrático e fechado (TOBAR, 1991, p. 10).

O trabalho de Lobo; Afonso (1996) apontam os mecanismos de controle e de participação social como estratégias que garantem a democratização do Estado, agregadas à descentralização fiscal. Porém, alertam que o isolamento dos conflitos locais que permite a descentralização, garante que as reivindicações dos atores locais não sejam distorcidas nem diluídas. A única garantia de que a descentralização não está sendo formulada como uma forma de restrição do espaço público é através da participação popular.

A descentralização também pode ser uma estratégia de redução do gasto público. Sob o pretexto da "modernização" (grifos do autor), este processo viabilizaria redução, ou ao menos um maior controle, dos custos de produção dos serviços públicos. A descentralização prevista neste caso pode propor desde a privatização dos serviços públicos, à terceirização ou delegação de responsabilidades públicas a setores do mercado e cobrança de taxas para utilização dos serviços públicos. As estratégias elaboradas de acordo com esses princípios podem ampliar a iniquidade dos sistemas sociais. Neste sentido, podem ser consideradas como uma alternativa neoliberal que emerge como uma resposta à crise do Welfare State (TOBAR, 1991).

Ainda chamou a atenção para o risco de se adotar uma descentralização estritamente financeira, mantendo por outro lado, a centralização do conhecimento científico-técnico. Neste âmbito, apenas seriam beneficiados da descentralização as unidades locais que tenham um aparelho técnico-burocrático desenvolvido. “Isto significa que, embora possa haver uma descentralização formal dos recursos; na prática a sua distribuição não é equitativa e favorece a conformação de monopólios” (TOBAR, 1991, p.14).

Quanto à descentralização político-institucional é possível favorecer sistemas clientelistas e personalistas. Esta estratégia passa ao largo de ser considerada democratizadora, mas antes significa a negação da cidadania. Alegou, portanto assemelhar-se a uma volta ao antigo regime onde as instituições e a vida dos súditos transvestiam-se como propriedade do governante.

Na orientação relacionada à estadualização ou à municipalização, Tobar (1991) afirma que a opção estratégica não pode trazer prejuízo ao federalismo. Isto pode ocorrer quando algumas das instâncias encontram-se fragilizadas.

Após tecer algumas considerações gerais sobre a descentralização, os parágrafos seguintes abordam a perspectiva da referida diretriz adotada no SUS, na visão de alguns autores. Tais noções embasaram a formatação da PPI enquanto instrumento de planejamento e programação em saúde.

Assim, recorre-se a Campos (2007) quando demarcou que a doutrina de descentralização no Brasil assumiu contornos de municipalização. Por outro lado, há a preocupação com o padrão de descentralização consubstanciado pela municipalização autárquica, caracterizada pela ideia de que o município é o principal responsável pela gestão do sistema de saúde local. Discute-se que essa forma de organização do sistema de saúde pode conduzir à fragmentação dos serviços, à perda da qualidade e à eficiência na utilização dos recursos (MINAS GERAIS, 2004).

Barata; Tanaka; Mendes (2004) reforçaram a ideia baseada na descentralização empunhada na perspectiva da municipalização. Nesta lógica, a descentralização aparece como resposta a uma estrutura da assistência à saúde, fundada anteriormente extremamente concentradora e autoritária nas decisões, inadequada para o Brasil em virtude de suas dimensões geográficas e especificidades de cada local.

Corroborando com esta concepção a noção que somente em um sistema descentralizado, seria possível viabilizar a participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, englobando as realidades locais.

A municipalização também foi uma opção na medida em que considerou-se o município ser o ente mais adequado para tratar a questão da saúde de maneira direta, tendo em vista estar mais próximo da população. Apresenta, portanto, capacidade de identificar as peculiaridades e

as diversidades locais com maior presteza, bem como adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde, de forma integral. Assim, o gestor municipal era mais acessível à participação, avaliação e fiscalização dos cidadãos que utilizavam diretamente o sistema (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Conforme Abrucio (2005), a Constituição Federal de 1988 concedeu autonomia aos municípios. Entretanto, o autor compreende que esta dada autonomia culminou por incentivar a “prefeiturização” (grifos do autor), uma vez que promoveu a concorrência entre os municípios, fortalecendo um modelo predatório, pautado pelo não cooperativismo entre as relações governamentais. Em diversas localidades do Brasil, o processo de municipalização ocorreu sem a devida cooperação técnica e financeira por parte dos estados (SOLA, 2006). Em determinadas situações, os municípios de pequeno porte, eram forçados a organizar serviços de MAC, com recursos próprios, sem qualquer racionalidade técnica ou econômica (CECÍLIO et al, 2007).

Outra questão propiciada por este padrão refere-se à indefinição do papel do ente estadual. Junior; Silva (2004) analisaram a recente reforma das políticas sociais no Brasil. Esta apontou para um aumento da responsabilidade e da participação dos municípios na gestão da saúde. Por outro lado, nos últimos anos, acarretou uma transformação nas atribuições e competências da gestão estadual, que adquiriu nova centralidade no sistema. Dessa forma, foram impressas modificações nas atribuições do gestor estadual enquanto fornecedor de serviços e administrador do sistema.

Carvalho (2005) retomou a Lei 8.080/ 90 e reafirmou que a execução precípua da assistência à saúde é colocada nas mãos dos municípios. Para que a união e os estados possam desincumbir-se de suas competências devem, pois, prestar a cooperação técnica e financeira aos municípios. Portanto, não caberia aos estados gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, deslocando para aí recursos próprios e de transferências do MS e deixando a municípios apenas a atenção primária e secundária, imprescindíveis e altamente deficitárias.

Júnior; Silva (2004) ressaltaram que a gestão estadual, especialmente a partir da implantação da NOAS de 2002, teve sua responsabilidade ampliada, uma vez que a regionalização da atenção à saúde adquire espaço na agenda do SUS e ele deve ser o grande articulador e gerente do processo. É necessário diferenciar essa atuação em pelo menos duas frentes: o papel como “articulador” do sistema e como prestador de serviços de saúde (grifos dos autores). O papel das gestões estaduais no novo desenho do sistema de saúde é articular os sistemas municipais e organizar as redes assistenciais regionalizadas, estabelecendo como principal objetivo combater as desigualdades regionais e intermunicipais, para que a oferta de serviços seja distribuída de maneira mais equânime entre a população do estado. A

regionalização demarcou processo de reestruturação do sistema de saúde; dessa forma, foram dispostas algumas considerações em seu entorno nos próximos parágrafos.

Surgida na antiga União Soviética, no período pós-revolução, a regionalização vem sendo aplicada nesta dimensão e vigora no Reino Unido, Itália e Canadá (PINTO; SPEDO; TANAKA, 2010). No Brasil, a regionalização, de forma articulada ao princípio da descentralização e na luta pelo direito universal e integral à saúde, não foi excluída da pauta das discussões da política de saúde a partir dos anos 70. Durante décadas o sistema de saúde ignorou os problemas determinados pela municipalização. Somente com a publicação da NOAS 01/2001, os gestores passaram a trabalhar com base na lógica organizativa da divisão territorial em regiões de saúde (PARAÍBA, 2011).

A partir da publicação da NOAS/ SUS 01/ 02, foi proposto o desenho das regiões de saúde inserido no processo de planejamento regional (MINAS GERAIS, 2004). O Pacto pela Saúde de 2006 resgatou a regionalização da atenção à saúde numa perspectiva de negociação e coresponsabilização dos entes federativos (BRASIL, 2006); a regionalização, por sua vez, orienta tanto a descentralização quanto a pactuação.

Considerado tema de importância estratégica para a saúde coletiva na atualidade (OLIVEIRA, 2009), a regionalização do SUS visa garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais através da identificação e reconhecimento das regiões de saúde e das gestões compartilhadas com a criação de instâncias regionais que garantem a participação da totalidade dos municípios que compõem a região (BRASIL, 2006 c). Albuquerque, Costa; Silva (2000) compreenderam a regionalização como uma estratégia para aperfeiçoar a utilização dos serviços e aumentar a efetividade das ações.

Barata; Tanaka; Mendes (2004) identificaram os princípios organizacionais da regionalização e da hierarquização de serviços, imprescindíveis para a racionalização do sistema, que também visam modificar a situação anterior. Até então, os serviços de saúde, públicos ou privados, não trabalhavam de maneira integrada, mas isoladamente, sem o estabelecimento de referências formais e exigindo da própria população o exercício de descobrir onde obter o atendimento de que necessitasse.

Dourado; Elias (2011) examinaram implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização de ações e serviços de saúde no SUS, considerando que o planejamento regional de saúde no país deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais que expressam o federalismo cooperativo no âmbito sanitário. Concluíram pela necessidade de centralizar o processo no nível da CIB para o exercício da coordenação federativa. Torna-se, portanto, relevante formalizar espaços de consenso nos colegiados regionais e na própria CIB para efetivar a construção política consensual na

regionalização da saúde. Estes espaços decisórios compartilhados devem então conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico em prol do bem-estar coletivo.

A implementação de uma regionalização da saúde, de caráter cooperativo e solidário, implica na construção de um processo contínuo e sustentável de negociação, de implementação do Pacto pela Saúde, na medida em que a negociação dos termos de compromisso deve contar, necessariamente, com a participação de todos os atores estratégicos para a construção das novas regiões de saúde.

Carvalho (2005) ressaltou a importância de abordar a regionalização do SUS como eixo organizacional dos serviços de saúde sendo, entretanto, mandatório quando transcrita para a realidade brasileira, uma vez que foi estabelecida tanto na Constituição federal de 1988, quanto na Lei 8.080/ 90. Resgatou que nos anos 70/ 80/ 90, o movimento sanitário empunhavam a noção da “municipalização como caminho” (grifo do autor). Ressaltou que a introdução de novos recursos é fundamental para a estruturação de uma rede regionalizada e atenta para que não se entenda o estabelecimento de pactos como “salvadores da pátria” (grifos nossos).

O desafio está posto e depois de mais de quinze anos de promulgação do direito universal à saúde, não se pode mais esperar o milagre de pactos para que este direito se garanta. O que precisamos é que, sem tardança, os entes públicos, responsáveis pela saúde, parem de redefinir, reescrever, repactuar e passem a cumprir cada vez mais e melhor seus papéis constitucionais, regidos pela Lei 8080 (CARVALHO, 2005, p 07.)

A regionalização do SUS, enquanto dispositivo constitucional pode ser revista como região de saúde, ou seja, como divisão territorial na qual está organizada uma rede de ações e serviços de saúde. As regiões de saúde devem, portanto, responsabilizarem-se pelas ações e serviços de saúde, visando cumprir os objetivos do SUS; exercer as funções de regular, fiscalizar, controlar e executar as ações e serviços de saúde; organizar os serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, dentre outras funções (ibdem).

As regiões de saúde podem se configurar como um conglomerado de estados, de partes de estados, de conjunto de municípios e de partes de um próprio município. A responsabilidade pelas diversas regiões de saúde, quando englobando os estados “será dos próprios com a cooperação técnica da união. Quando envolvendo mais de um município, será deles a responsabilidade direta com a cooperação técnica dos estados e da união” (CARVALHO, 2005, p. 05).

O SUS definiu a regionalização como princípio de organização, objetivando conformar uma rede de serviços hierarquizada e articulada, em um território regional definido a partir de critérios, que possibilite a assistência à saúde do cidadão de forma integral e mais

próxima do nível local, respeitando a capacidade da rede de serviços e as potencialidades técnicas operativas. Um sistema de saúde organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva, capaz de negociar e articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas ((PARAÍBA, 2011).

A PPI, por sua vez, atrelada ao PDR e ao PDI, estabeleceu sua base de programação no âmbito do município. “Abraçou”, portanto o ideário que considera a regionalização com ênfase na municipalização não autárquica, mas antes, solidária e cooperativa (grifos nossos).

Carvalho (2005) salientou que o processo de regionalização é imprescindível na prática quando se almeja instalar a integralidade do direito à saúde, uma vez que os municípios, mesmo os de maior porte, não têm condições de desenvolver todas as ações de saúde. Assim, após a identificação do que cada um pode realizar, além do que pode oferecer como referência aos outros, deve-se negociar como outros gestores na intenção de encaminhar para outros locais (municípios ou outros estados) na perspectiva da garantia da integralidade. Delineia-se dessa forma, uma rede de assistência, muito mais do que uma rede hierárquica.

Sobre essa rede assistencial, o autor ressaltou que esta deve vir numa concepção diferenciada daquela noção de regionalização vertical repleta de papéis impostos de uma esfera de governo para outra, especialmente na forma de financiamento, muito mais do que na forma de territorialização. Enfocou a ideia dos municípios organizados, tomarem à frente do processo para que não ocorra a deflagração da PPI eminentemente estadual, em que pesem tenham sido aprovadas, não chegaram a sair do papel, porque foram concebidas apenas para “cumprir tabela” (grifos nossos).

Uma vez que a PPI inserida na regionalização implica na conformação da rede de serviços, este trabalho enfocou a questão da rede pública no SUS, a ser vista no próximo item.

2.3 Conformação de redes assistenciais de saúde a partir da descentralização e da regionalização do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Lima (2010), até a década de 1980, o sistema de saúde no Brasil era dicotomizado entre as ações de saúde pública (direcionadas à população geral) e a atenção médica individualizada (destinada para os cidadãos que possuíam vínculos formais de trabalho).

[...] Esta dicotomia era, no entanto, um reflexo da dualidade da gestão da saúde em nível federal, executada de um lado pelo Ministério da Saúde, ao qual competiam as ações de medicina preventiva e saúde pública (ênfase no combate a endemias e epidemias) e de outro pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela prestação estratificada de assistência à saúde (LIMA, 2010, p. 25).

Visando operacionalizar a prestação de serviços de saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) oferecia atendimentos médicos ambulatoriais e hospitalares que eram realizados por sua rede própria de serviços de saúde ou por estabelecimentos privados. Estes últimos, contratados ou conveniados ao INAMPS, predominavam a prestação de serviços. Assim, havia uma dissociação entre o financiamento (público) e a prestação (privada) dos serviços de saúde. Logo, o INAMPS passou a ser um grande comprador de serviços de saúde (MACHADO, 2005).

Além da compra de serviços, o INAMPS no período pré SUS também, através do Fundo de Assistência Social, investia na expansão da infra estrutura hospitalar do setor privado (UGÁ; MARQUES, 2005, in LIMA; GERSCHMAN; EDLER (orgs.), 2005). Esta forma de alocação de recursos, por sua vez, fortaleceu o modelo hospitalocêntrico privatista. O movimento sanitário brasileiro passou a contestar o subsídio do setor privado pelo sistema público de saúde e condenar o padrão hospitalocêntrico da atenção. (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

A força do setor privado pôde ser vista no texto constitucional que garantiu sua participação no SUS. Neste aspecto, Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu artigo 197, que:

[...] são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 01).

Mais adiante, o texto legal enfoca que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo estas participar, de forma complementar, do SUS, mediante o estabelecimento de contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Em 1990, a partir da publicação da Lei Orgânica da Saúde, a configuração assistencial do SUS foi reeditada, sendo então “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder público” (BRASIL, 1990, p.02). Portanto, em que pese a rede privada ressurgir no SUS, reaparece com parcimônia, advogando-se que o sistema público assistencial deve ser prioritário e privilegiado. Atualmente, trabalha-se a perspectiva da conformação de redes assistenciais vinculadas ao SUS, especialmente no âmbito de suas últimas tendências a partir da Reforma do Estado brasileiro.

Neste ínterim, o debate travado trouxe à tona perspectivas retomadas por Mendes (2011). Afirmou este autor, que as redes de assistência à saúde originaram-se na década de 20,

no Reino Unido, imbuídas na concepção de Dawson prevista para os sistemas públicos de saúde. Na década de 90 resurgiu nos Estados Unidos, contudo organizada de maneira segmentada, tendo o setor privado com prevalência hegemônica. Esta formatação influenciou na estruturação das redes de atenção dos sistemas públicos e privados de outros países.

Desde então, algumas concepções e inclinações têm demarcado a definição e organização das redes assistenciais de saúde. O foco nas necessidades de saúde da população é uma delas. Neste contorno, o cuidado deve ser coordenado e integrado através de um *continuum*.

Outras dimensões foram agregadas pelo MS conforme publicação da Portaria nº 4.279/2010. De acordo com esta norma, as redes assistenciais de saúde são definidas como configurações organizativas de ações e serviços de saúde que apresentam variadas densidades tecnológicas. Devem ser integradas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Esta integração pode promover a “provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p. 04).

A organização da assistência e da gestão do SUS define o contexto identificado por uma intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas. As redes públicas assistenciais de saúde caracterizam-se pela diversidade de especificidades regionais diferentes, tanto do ponto de vista social, quanto econômico. Há diferenças, especialmente, quanto às necessidades de saúde da população entre as regiões. Esta situação é agravada “pelo alto peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde” (BRASIL, 2010, p. 02). Outros problemas podem ser assinalados desde a existência de lacunas assistenciais importantes até a pulverização dos serviços nos municípios, além de outras tantas dificuldades.

Sobre a formatação das redes de assistência à saúde, Mendes (2011) enfatizou que “hospitais e profissionais que fazem um maior volume de procedimentos ou tratam mais pacientes, com as mesmas condições, provêm cuidados de maior qualidade” (MENDES, 2011, p. 07). Tanto nos Estados Unidos como o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido colocam o tamanho das unidades e o volume de procedimentos como uma *proxy* de qualidade. A Holanda também é outro país que segue esta tendência, uma vez que apenas credencia unidades de cirurgia cardíaca que realizem no mínimo 600 cirurgias por ano.

Mendes (2011) salientou que apesar dos trabalhos indicarem esta centralização, baseada no volume de procedimentos e em resultados sanitários mais positivos, há uma ideia

contrária a este processo. Advinda da população, esta ideia valoriza a facilidade do acesso. Portanto, na medida em que os serviços se organizam de forma contrária à centralização haveria maior garantia em torno da acessibilidade.

Neste sentido, é importante salientar a questão da distância que remete às barreiras de acesso aos serviços de saúde que podem instalar-se dificultando o atendimento às necessidades dos cidadãos. Esta questão foi abordada por Oliveira (2009) onde dentre elas está a distância geográfica entre a residência do cidadão e a unidade de saúde como um dos fatores principais à inacessibilidade.

Corroborando com esta ideia, a pesquisa de Júnior et al (2010) que especificou a dimensão geográfica como essencial para a compreensão da acessibilidade aos serviços de saúde. Sobre tal dimensão entende-se que a mesma reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento. Entre os fatores geográficos, as barreiras naturais ou geradas a partir da transformação do espaço pela atividade humana e o tempo de deslocamento determinado pela distância percorrida constituem os principais obstáculos ao acesso dos usuários aos cuidados de saúde, pois representam a resistência imposta pelo espaço geográfico às trajetórias de deslocamento dos usuários em direção aos serviços ou aos locais onde se desenvolvem as ações de saúde.

Reforça estas assertivas, a especificação de Rodrigues; Givisie (2010) que em seus estudos apontaram para tendência de pessoas, que se encontravam no estágio mais avançado de câncer residem nos locais mais distantes do centro de diagnóstico. Assim, quanto maior o contingente de serviços regionalizados, tanto maior o acesso.

Ao se analisar a realidade assistencial no Brasil é importante citar o estudo de Farias (2009) ao afirmar, com base na pesquisa de Assistência Médico Sanitária realizada em 2005, que a quantidade de estabelecimentos de saúde no Brasil, apresentava tendência de crescimento.

[...] Como o surgimento do SUS, especialmente a partir de 1990, essa tendência sofreu um novo impulso, resultado da ampliação da rede de assistência em todo o país com a descentralização dos serviços. [...] Os dados revelam um aumento relativo de 17,8% no número de estabelecimentos no período de três anos em relação à última pesquisa de 2002, correspondendo a uma taxa anual de crescimento de cerca de 5,6%. Os estabelecimentos de saúde com internação se mantiveram estáveis (FARIAS, 2009, p. 73).

Ainda sobre a realidade brasileira, conforme enfatizado pelo CONASS (2007), quatro situações distintas podem ser encontradas, conforme consta no quadro 01.

Quadro 01 – Situações da rede assistencial de média e alta complexidade no Brasil.

ESPECIFICAÇÃO	DETALHAMENTO
Inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região	Quando não existe oferta de determinados serviços, seja na rede pública ou na rede privada de saúde de uma dada região. Nesta situação cabe analisar se a região comporta investimentos para a criação de uma nova unidade. É importante identificar os tipos de procedimentos (frequência e urgência com que devem ser utilizados pelos pacientes) e os meios de deslocamento disponíveis para o acesso da população, a fim de definir a melhor estratégia a ser utilizada na estruturação dos serviços.
Insuficiência dos serviços de saúde existentes	Existem unidades que realizam o procedimento, mas verifica-se sua incapacidade de atendimento à demanda.
Capacidade existente e adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio.	Ocorre quando os serviços de saúde instalados têm capacidade superior à demanda existente no momento em foram construídos. Com o crescimento da demanda, esta capacidade poderia ser utilizada plenamente, mas encontra barreiras, a exemplo da ausência de crescimento dos recursos financeiros do sistema.
Oferta de serviços superior às necessidades	Devido a não adequação do planejamento em saúde no que diz respeito à infra-estrutura de saúde ou alteração de necessidades em diferentes épocas e transformações das técnicas em saúde, a rede assistencial pode tornar-se excessiva ou de baixa resolutividade. Por vezes, investimentos de alta monta na rede privada, lucrativa e filantrópica de saúde podem ocorrer pressionando a introdução de recursos públicos no SUS.

Fonte: CONASS, 2007.

Sobre estas distintas realidades, debruçaram-se o planejamento e a programação das ações, efetivados através da PPI. Portanto, resgatar o PDI enquanto instrumento equalizador para dirimir as disparidades encontradas, era uma das ideias previstas desde a NOAS 01/ 02.

Uma vez analisadas as questões referentes à configuração das redes de assistência à saúde vinculadas ao SUS, e doravante denominada rede pública de assistência à saúde, ressalta-se a tendência à terceirização operacionalizada, em alguns casos, no âmbito da gerência das unidades de saúde. Para tanto, destaca-se Nogueira (2010) que afirmou como um dos grandes desafios do SUS, a gerência das unidades assistenciais, constituída pelos hospitais e ambulatórios.

[...] essas unidades do SUS estão longe de exibir desempenho adequado em termos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Segundo avaliação promovida pelo Banco Mundial, esse mau desempenho é atribuível, entre outros fatores, à falta de autonomia financeira e técnico-administrativa

(WorldBank, 2007). Há também que se considerar os níveis de financiamento do sistema pelo governo federal, os quais a maioria dos gestores avalia como insuficientes e cujo impacto desfavorável sobre a qualidade dos serviços hospitalares próprios e de terceiros não pode ser subestimado (NOGUEIRA, 2010, p 24.).

Entendeu o autor, que o SUS após ter passado por um período denominado de reforma democratizante do Estado, atualmente vivencia uma redefinição institucional do papel de suas unidades assistenciais.

Neste cenário, a principal mudança que vem sendo inscrita, situa-se na criação de novas modalidades institucionais assistenciais não subordinadas à administração do Estado. Estas modalidades denominam-se OS e fundações estatais. As OS são entes privados, enquanto as fundações estatais são entes estatais. Estas modalidades têm sido alvo de intensa polêmica entre os diversos atores políticos do SUS (NOGUEIRA, 2010).

Um dos principais problemas que o SUS enfrenta, refere-se à questão da falta de autonomia na gestão de pessoas e de material. Além desta questão, a necessidade de cumprir normas vigentes da administração direta, compromete a efetividade das unidades assistenciais. Assim, não propicia agilidade na contratação de pessoal e na aquisição de medicamentos e insumos. Corrobora com essa situação, a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, lentidão dos processos licitatórios, dentre outros aspectos (Ibdem).

A resolução do problema relativo à falta de autonomia gerencial estaria na adoção de duas modalidades institucionais, a OS e a fundação estatal. Ainda existem mais outras duas modalidades. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) é mais uma alternativa, além das Fundações de Apoio.

Uma vez que neste trabalho, as OS foram alternativas mais comumente identificadas, o debate foi centrado na especificação das mesmas. Tratam-se, portanto de entidades gestoras, de cunho privado, muito embora sem finalidade lucrativa. Podem vincular-se às secretarias de saúde, através de contratos de gestão. De acordo com Nogueira (2010), essa modalidade vem sendo instalada pelos gestores “em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS” (NOGUEIRA, 2010, p. 36).

A concepção doutrinária de administração pública gerencial surgiu como proposta substitutiva ao modelo burocrático e foi defendida no Plano Diretor da Reforma Administrativa de 1995. A OS, pode ser então aplicada às áreas de serviços diretos aos cidadãos. Configuram-se como uma entidade gestora de caráter privado, sem a finalidade de lucro. Operam sob controle do poder público por meio de um contrato de resultados.

O estudo de Nogueira apresentou dados do CNES (2009) que demonstraram existir 106 unidades assistenciais do país sob a gestão de OS. É importante lembrar que

frequentemente uma entidade gestora credenciada como OS coordena mais de uma unidade assistencial. Neste mesmo ano, em Pernambuco, 02 unidades assistenciais encontravam-se sob gestão de OS.

Nogueira (2010) salientou que desde 1997, o Conselho Nacional de Saúde desaprovava a implantação de OS no SUS, muito embora compreendessem a necessidade de flexibilização por parte da gestão das unidades assistenciais. Na XIII Conferência Nacional de Saúde (2007) foi aprovada proposta de impedimento do MS contratar serviços através de FE, bem como:

[...] seja promovida a articulação de atores sociais “para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs”. Em conjunção com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a pressão do Conselho Nacional de Saúde, exercida ao longo do segundo semestre de 2009, parece ter sido o fator responsável pela retirada do projeto de lei complementar 92-A/2007 da pauta de votação da Câmara Federal. Contudo, visto que inexistem impedimentos constitucionais para tanto, anteriormente já haviam sido aprovados alguns projetos em estados onde as unidades assistenciais das FE já começam a ser implantadas (como Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro) (grifos do autor. NOGUEIRA, 2010, p 43).

Nogueira (2010) assinalou a existência de três posições políticas em torno do tema. A primeira delas, denominada de “SUS público puro” (grifos do autor); rejeitam a criação tanto das OS quanto das fundações estatais. Outro posicionamento refere-se ao “SUS de gestão pública flexível” (grifos do autor). Estes rejeitam as OS e defendem o modelo das fundações estatais. A terceira corrente enfatiza o “SUS mais efetivo” (grifos do autor). Neste grupo estão aqueles que apoiam a ideia da modalidade das OS para a melhoria da assistência hospitalar à população e eventualmente defendem a modalidade da fundação estatal.

Alegou que enquanto a fundação estatal é desprovida de força política, as OS, uma vez que são regidas por contrato de gestão podem ter essa relação desfeita a qualquer momento, quando não atenderem às previsões contratuais.

Gonçalves (1998) abordou a terceirizações na Saúde Pública, considerando a observância de que vários serviços do setor estariam sendo transferidos à iniciativa privada. Segundo o autor, o argumento que tem embasado este movimento repousa-se no fato de que a gestão ou gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser atividade exclusiva, pode ser alocada à iniciativa privada sem fins lucrativos. A referida transferência proporcionaria melhorias nos serviços de saúde à população; promoveria maior autonomia gerencial e, por isso, aumento da eficiência e da qualidade na prestação de serviços. O cidadão, portanto, seria melhor atendido a menores custos, dentre outros benefícios.

Esta noção surgiu em meio ao Plano Diretor da Reforma do Estado em vigor nos idos de 1997, que indicou critérios para a definição OS. Estas entidades estariam, então, aptas a estabelecer parcerias perante o Estado, na condução da coisa pública, notadamente na

prestação de serviços de saúde pública, conforme determinou a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

Sob esta ideia, e, corroborando com a noção de modernização do Estado e com a proposta de melhoria da eficiência gerencial, passou a configurar-se no âmbito das políticas públicas a figura da “propriedade pública não estatal” (grifos do autor). Dessa forma, vários estados e municípios passaram a transferir os serviços de saúde de unidades públicas de saúde, especialmente hospitais às OS, denominadas, respectivamente de cooperativas de médicos, associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou entidades com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços médicos, dentre outras.

De certo, submete-se a prestação de serviços a um processo de terceirização. O entendimento desta questão perpassa pela ênfase ao Plano Diretor da Reforma do Estado. Nesta visão, o Estado desviou-se de suas funções básicas e passou atuar em setores (como o produtivo) que teriam propiciado a deterioração dos serviços públicos, provocando incremento da inflação. A administração pública, por sua vez, teria se tornado burocrática, formal e pouco eficiente. Contrapondo-se a esta qualificação, seria necessário fundar a administração pública gerencial, norteada por conceitos modernos de administração e eficiência.

O autor prosseguiu salientando os objetivos dos serviços não exclusivos, visando transferir o setor público não estatal serviços como os desenvolvidos pelo setor saúde, por meio de um programa de “publicização” (grifos do autor), transformando as atuais fundações públicas em OS. Estas entidades passariam então a constituírem-se em instituições de direito privado, sem fins lucrativos, com determinada autorização do Poder Legislativo para firmar contratos de gestão com o Poder Executivo. Passariam então, a ter direito à dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços. Adicionalmente, seria instaurado controle social direto sobre serviços. Resultaria em uma maior parceria entre o Estado que financiaria a instituição.

Neste âmbito, a própria OS, bem como a sociedade a que serve, “[...] deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços [...]” (GONÇALVES, 1998, p. 04).

Com o intuito de emitir seu parecer em torno da terceirização, o autor retomou principais aspectos relativos ao SUS relacionados ao direito à vida, à igualdade e à justiça como valores supremos da sociedade, além de salientar que a saúde é básica e que seu atendimento é de responsabilidade do Estado, muito embora faculte a prestação de serviços

também à iniciativa privada, em caráter complementar. Resgata também alguns princípios e diretrizes do SUS, além de seu financiamento.

Em seu parecer, entretanto, Gonçalves (1998) ressaltou o caráter complementar da participação da rede privada no SUS. Reafirmou alguns dispositivos constitucionais, a exemplo da definição de que o “[...] Estado deve prestar serviços de saúde diretamente” (GONÇALVES, 1998, p. 13), podendo recorrer à capacidade instalada de entes privados, quando sua própria capacidade for insuficiente. Neste sentido, o sistema foi previsto, de conseguinte, que após otimizada e em funcionamento pleno da capacidade instalada pública de prestação de serviços de saúde, mas sendo esta insuficiente, a iniciativa privada poderia então ser chamada para participar do SUS com seus médicos, suas instalações, seus prédios, seus equipamentos, seu *know how*, etc.

O que se tem observado, no entanto, é que por vezes o estado não amplia sua capacidade instalada e transfere suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e pessoal para a iniciativa privada. Esta passa a dispor dos mesmos como se fossem seus. Recebem “recursos públicos, gerindo-os como se particulares o fossem” (GONÇALVES, 1998, p. 13). Logo, não efetua licitação em qualquer momento.

Nos textos legais instauradores do SUS o propósito é que a iniciativa privada ocupasse o papel de coadjuvante do Poder Público. Dessa forma, apenas quando patente a insuficiência das disponibilidades do Estado, admitir-se-ia a participação de entidades privadas. Esta participação pautada exclusivamente, mediante sua capacidade instalada. Não previu, portanto que a rede privada devesse substituí-la completamente como vem acontecendo por intermédio das chamadas terceirizações.

Di Pietro (2006) realçou que a Constituição Federal de 1988 ao permitir a participação da entidade privada no SUS em caráter complementar, afastou a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde em sua totalidade. Ficava vedado, dessa forma, o Poder Público transferir para a iniciativa privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestada por uma unidade de saúde. A legislação possibilitaria sim, a transferência de atividades-meio, a exemplo das atividades de higienização e limpeza, vigilância, contabilidade, dentre outros. Neste aspecto, ocorreria a transferência apenas da execução material, mas não da gestão operacional.

Meirelles (1996) indicou que os serviços próprios do Estado são aqueles que se relacionam intimamente com as atribuições do Poder Público a exemplo da saúde. Enquanto serviço público deveria, então, sujeitar-se às regras estabelecidas pela Constituição Federal

em vigor, no que diz respeito à necessidade prévia de procedimentos licitatórios, recrutamento de pessoal a partir de concurso público e aos demais princípios que regem a administração pública (legalidade, moralidade e publicidade). Caso contrário, os tradicionais instrumentos de fiscalização concebidos para evitar o desvio de recursos públicos poderiam sofrer comprometimento, uma vez que não seriam aplicados, desguarnecendo os mecanismos que viabilizariam o controle sobre o uso das verbas do SUS.

Gonçalves (1998) destacou que a Lei nº 9.637, publicada em 15.05.1998, sinalizou que privatizar os serviços públicos, sob a alegação de eficiência, modernidade e eficácia, no final das contas é implantar na Administração pública, o regime de direito privado. Destarte, tornou letra morta o princípio da legalidade essencial na Administração.

Busca-se implantar, na Administração Pública, o regime de direito privado, tornando-se letra morta o princípio da legalidade, inerente à Administração. Assim, violenta-se o Estado de Direito, e quando o Poder Judiciário determina a observância do referido princípio, os tecnocratas de plantão vêm a público para afirmar que as decisões judiciais "atrapalham" a modernidade e a necessária reforma do Estado (GONÇALVES, 1998, p20.).

As especificações do autor foram acentuadas quando ressalta a importância da participação popular e do controle social através dos conselhos de saúde. Salientou também, que o mesmo se posicionou contrário à proposta das OS por entenderem que a mesma colide com os preceitos constitucionais.

Em contrapartida, a PPI não chegou a esboçar como deveriam configurar-se as redes assistenciais vinculadas ao SUS. Tal configuração dependeria da concepção adotada pelos gestores. Enfim, uma vez trabalhadas as tendências atuais das redes públicas de assistência à saúde, o item a seguir, intencionou definir como ocorreu a aplicação da PPI em Pernambuco em 2006, considerando que esta propôs uma concepção específica de organizar a assistência à saúde.

2.4 Desenvolvimento da Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde em Pernambuco.

Aplicada em 2006, a PPI de Pernambuco, considerou o PDR elaborado até àquela ocasião (PERNAMBUCO, 2006). Neste foram consideradas três sedes de macrorregião: Caruaru, Petrolina e Recife. Após a definição do PDR, foi constituída uma câmara técnica (com representantes dos municípios e do estado) para identificar os parâmetros a serem adotados na programação assistencial, bem como o montante de recursos financeiros que seriam alocados na PPI. Estes recursos, todavia, diziam respeito apenas aos repasses federais.

Quanto aos parâmetros, observou-se que os mesmos revestiram-se em um misto de considerações. Uma delas disse respeito à história de produção até então executada nos territórios de Pernambuco e introduzida no âmbito dos parâmetros adotados. Outra consideração referiu-se aos parâmetros assistenciais indicados na Portaria publicada pelo Gabinete do Ministro da Saúde nº 1.101/ 2002 que contribuíram para nortear a referida parametrização. Esta portaria apontava parâmetros de cobertura assistencial que representavam recomendações técnicas ideais. Estes parâmetros constituíam-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo, no que diz respeito ao planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas. Poderiam, no entanto, sofrer adequações regionais e/ ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

É importante enfatizar que a população considerada para parametrização foi do ano 2003, sendo considerada para a cobertura da média complexidade ambulatorial 80% de residentes em Pernambuco. Tendo em vista a Alta Complexidade ambulatorial, o referido percentual foi ampliado para 100%. Quanto aos internamentos hospitalares, considerou-se 07%. Este percentual tomou por base que em média 8% da população anualmente que requeria tal atendimento (BRASIL, 2002). Ademais, estudos referentes às séries históricas de produção assistencial, demonstravam tendência de redução de tal percentual. Tais percentuais indicaram as coberturas a serem atingidas quando da programação da PPI e estabelecidos a partir dos estudos apontados no item referente ao Sistema de Atenção Médica Supletiva disposto na acima citada.

Quanto aos recursos financeiros, a proposta de implantação da PPI inseriu uma nova lógica no que diz respeito à alocação de recursos financeiros referentes à média e alta complexidade. Anteriormente à instalação da PPI, os repasses fundo a fundo oriundos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios (gestão municipal) eram norteados pela constituição dos tetos financeiros que seguiam lógicas variadas e diversificadas. Portanto, os Tetos Financeiros Globais da Assistência de Média e Alta Complexidade (TFGMAC) eram construídos com base nas especificidades de cada local, rede existente e respectiva proposição de ampliação, histórico de produção e negociações “políticas” (grifos nossos). A PPI se propôs a atrelar grande parte dos recursos financeiros que integram os TFGMAC a uma determinada programação assistencial, tanto para a população própria, quanto para a população referenciada, à exceção do ajuste CIB.

Dessa forma, Caruaru teve como valor de ajuste CIB a quantia de três milhões, trinta e cinco mil, cento e cinquenta e reais e setenta centavos. Recife, oitenta e nove milhões,

oitocentos e noventa e sete mil, trezentos e sessenta e cinco reais e dezenove centavos. Petrolina não recebeu recursos não programados advindos de ajuste CIB. Tal alocação deveu-se à tentativa de estabelecer tetos financeiros para a assistência de média e alta complexidade de modo mais equânime.

Após pactuação dos parâmetros e montante de recursos financeiros na CIB, foi dado início à realização de oficinas de negociação e programação. Para concretização deste processo foi utilizado o SISPPI, disponibilizado pelo MS. A PPI de Pernambuco de 2006 (PPI/ PE – 2006), construiu, através do aplicativo SISPPI, programação assistencial referente à atenção primária à saúde (APS), bem como programação referente à MAC (ambulatorial e hospitalar). A programação da APS como não conferia referência intermunicipal, foi colocada como opcional para cada município e não foi alvo de negociação e pactuação intergestores. A programação referente à MAC foi definida por grupos, subgrupos de procedimentos e especialidade. Esta metodologia empregada foi marcadamente fragmentada e também não enfocou a questão epidemiológica de cada localidade.

Em Recife, a programação assistencial concentrou o maior contingente de procedimentos por tipo e nível de gestão (ambulatorial, hospitalar, média e alta complexidade). O território de Caruaru apresentou o menor quantitativo de procedimentos se relacioná-los à população adstrita. Uma vez que todos os municípios trabalharam suas referências, fossem elas no âmbito dos seus territórios, ou em outros circunvizinhos ou com mais estrutura assistencial, a programação final foi então apresentada nos respectivos conselhos e saúde e referendada na CIB em 2005.

Alguns municípios realizaram a microprogramação, caracterizada pela definição dos serviços e respectivos tetos financeiros no território. Especialmente àqueles com dupla gestão. Importante salientar que a microprogramação desenvolvida por alguns municípios juntamente com o estado, não integralizavam o banco de dados do SISPPI, sendo realizada à parte e não sendo disponibilizada pela internet, nem tão pouco facilmente identificada dentre os documentos referentes à PPI. Configuram-se, pois em memória relativa à construção da PPI, de difícil acesso.

Em 2006, a PPI entrou em vigor. Evidentemente, que este processo implicou em diversas negociações e conflitos entre os membros participantes. Entretanto, estes são inerentes ao processo de construção e pactuação desse tipo de programação. Em meados de 2007, muitos gestores municipais indicaram a necessidade de rever a programação feita. Assim, foi realizada a primeira revisão da PPI, estando a mesma em vigor até os dias atuais.

Ao final desta reprogramação, cento e doze municípios haviam programado atendimentos em Caruaru, vinte e seis para Petrolina e cento e oitenta e quatro para Recife.

Cabe salientar que, de acordo com Sóter (2009) a Secretaria de Saúde de Pernambuco emitiu nota técnica, onde foi proposta revisão do PDR estadual, incluindo Arcoverde como macrorregião além daquelas existentes até então (Caruaru, Petrolina e Recife), dentre outras modificações. Entretanto, a PPI não chegou a sofrer alterações, permanecendo até os dias atuais com as mesmas referências anteriormente programadas e pactuadas.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa configurou-se como um estudo de caso múltiplo, retrospectivo, de naturezas empírica e quantitativa, descritivo e de corte longitudinal, que cobriu o período de 2000 a 2010 e utilizou fontes documentais. Teve como unidades os municípios de Caruaru, Petrolina e Recife. A escolha destes municípios deveu-se ao fato de que constituíam sede das macrorregiões de saúde em Pernambuco, conforme definição do PDR em vigor no período pesquisado. Neste sentido, e tendo em vista que possuíam as maiores e mais complexas redes de serviços, desempenhavam importante papel no fluxo de procura e oferta de serviços, em suas respectivas áreas geográficas de influência.

O Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) contabilizou em 2010, na cidade do Recife, uma população equivalente a 1.537.704 habitantes. Capital do estado de Pernambuco, Recife localiza-se na posição central no litoral do nordeste brasileiro. É a capital do estado de Pernambuco e sede da região metropolitana. De acordo com os dados apreendidos do site oficial da Prefeitura do Recife (2012), a denominada região metropolitana concentra 14 municípios e Recife possui 94 bairros. Em 2008, seu Produto Interno Bruto (PIB) nominal registrou R\$ 22,5 bilhões, enquanto que o PIB do estado no mesmo ano equivaleu a R\$ 70.440 bilhões. Recife tem o mais importante polo médico do Norte/ Nordeste e o segundo mais importante do Brasil, sendo formado por 417 hospitais e clínicas. No desenho da regionalização, 77 municípios configuraram a região com uma população de 5.006.195 habitantes para o ano de 2003 (PERNAMBUCO, 2006).

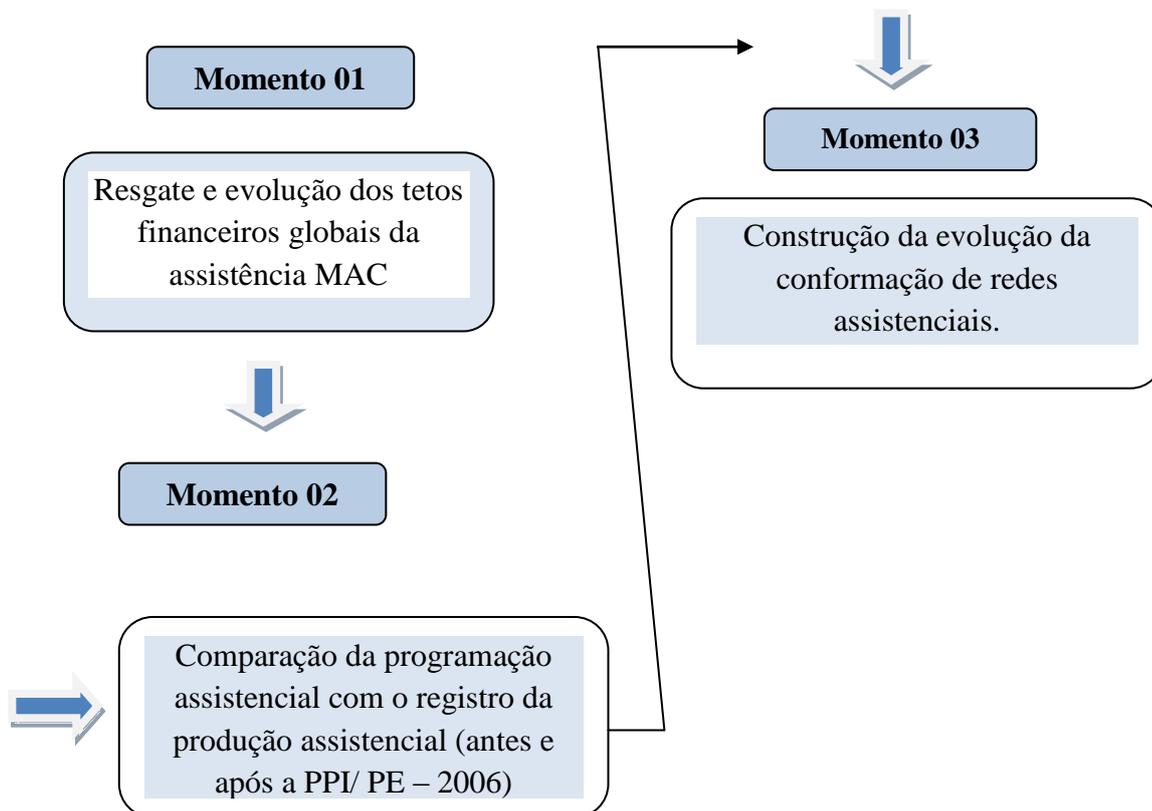
Caruaru localiza-se na região do agreste pernambucano distante 130 Km do Recife. Em 2010, tinha uma população de 314.951 habitantes e possuía 40 bairros (IBGE, 2010). Em 2008, o PIB era estimado em R\$ 2.195.251,00 milhões de reais em 2008 (IBGE, 2008). É considerada a cidade com o segundo maior polo médico de Pernambuco de acordo com a Associação Comercial e Empresarial de Caruaru (2012); possui em sua rede assistencial de média e alta complexidade desde Unidades de Pronto Atendimento a hospitais de referência interregional, a exemplo do Hospital Regional do Agreste. Quando a regionalização foi desenhada, 81 municípios foram agregados à região (PERNAMBUCO, 2006). Na época, 2.398.516 habitantes residiam nestes municípios (IBGE/ 2003).

Localizada no sertão de Pernambuco, Petrolina em 2010 possuía uma população equivalente a 294.081 (IBGE/ 2010). Situada a 730 Km do Recife, no PDR (2206) foram referenciados 27 municípios, com uma população de 838.855 habitantes. Tem o maior PIB do interior de Pernambuco, estimado em R\$ 2.375.492,00 para o ano de 2008 (IBGE, 2008).

Possui 45 bairros, além de diversos loteamentos. Tem o parque assistencial de saúde mais especializado da região.

Com relação desenho de estudo aplicado à pesquisa, a figura 01 apresenta os três momentos principais adotados.

Figura 01 – Especificação dos momentos que integraram o desenho de estudo.



No momento 01 a investigação resgatou a evolução dos TFGMAC dos municípios estudados no âmbito da gestão municipal, bem como da gestão estadual. Tal resgate teve o intuito de estabelecer análises e comparações a respeito da referida evolução.

O segundo momento do estudo apresentou a programação assistencial constituída nos territórios em análise e desenvolveu comparativo com o registro de produção assistencial realizada.

No momento 03 foi construída a evolução das redes assistenciais vinculadas ao SUS, existentes nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife, por esfera de governo e tipo de prestador (público ou privado). Também foram resgatadas informações relativas à força de trabalho e o detalhamento dos equipamentos selecionados cadastradas no SUS.

No que concerne à coleta de dados foram utilizados os Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/ SUS) e Hospitalar (SIH/ SUS), disponíveis nos *softwares* denominados

Tabulador para Windows (TABWIN) e Tabulador para internet (TABNET) e obtidos os dados de produção física.

Pesquisou-se o SISPPI, alimentado no estado de Pernambuco entre os anos 2006 a 2010 e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (CNESWEB). As portarias ministeriais publicadas relativas aos recursos financeiros (Alertalegis), através do ícone relativo aos repasses municipais (Setor do sítio: transparência) acessível na internet, foram obtidas através do site oficial do Ministério da Saúde. O tabulador disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do CNESWEB foi trabalhado extraindo-se alguns dados e informações progressas acerca dos estabelecimentos assistenciais de saúde.

Os sistemas de informação pesquisados forneceram dados do período compreendido entre o ano 2000 a 2010, obtendo-se, portanto, abrangência significativa que possibilitou análise evolutiva das dimensões relativa aos recursos financeiros, registro de procedimentos e constituição de redes assistenciais. O ano de 2006 representou um marco neste estudo, tendo em vista que foi o ano em que foi deflagrada a PPI. Assim, vislumbrou-se o período pré PPI, compreendido até o ano de 2005, e o período pós PPI, a partir de 2006, especificamente os anos de 2007 a 2010.

Ressalta-se que quando da conformação das redes assistenciais de saúde, não foi possível resgatar dados relativos ao ano de 2000. Portanto, foi trabalhada a série entre os anos 2001 a 2010. O detalhamento da rede assistencial de saúde por sua vez só pôde ser construído a partir do ano 2005 e foram destacados, além deste ano, o ano de 2007, considerando ser um ano após a implantação da PPI, e o ano 2010, por caracterizar o final da série pesquisada.

Após a coleta de dados efetuada nos sistemas de informação detalhados nos parágrafos anteriores, procedeu-se à tabulação estatística. Foi utilizado o *software* (Excel, versão 2007) para o desenvolvimento destas atividades. Os referidos dados foram inseridos em planilhas específicas que facilitaram a consolidação dos mesmos. Foram trabalhadas frequências absolutas, proporcionais, além de médias aritméticas.

Não foi pesquisada a estruturação dos complexos de regulação de serviços de saúde, nem tão pouco a questão da invasão e evasão no âmbito dos territórios estudados uma vez que estes enfoques não chegaram a integrar o objeto de estudo; entretanto ressalta-se a importância de outras investigações avaliativas serem envidadas nesta direção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.

4.1 Evolução dos tetos financeiros globais e *per capita* da assistência à saúde (Média e Alta complexidade) por esfera de gestão.

A tabela 01 apresenta os valores em reais das transferências intergovernamentais efetuados pelo MS ao fundo de saúde dos municípios analisados, entre 2000 a 2010; além de outros cálculos de interesse no tocante à constituição dos TFGMAC.

Tabela 01 – Transferências intergovernamentais referentes à média e alta complexidade (Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde) por período, percentual de aumento ou redução e cálculos proporcionais e absolutos, de Caruaru Petrolina e Recife, 2000 a 2010.

Ano Base	Caruaru		Petrolina		Recife	
	TFGMAC	% Aumento ou Redução	TFGMAC	% Aumento ou Redução	TFGMAC	% Aumento ou Redução
2000	2.597.132,80	---	9.064.181,80	---	36.793.154,20	---
2001	3.270.218,40	25,90%	9.555.992,14	05,40%	38.329.883,64	04,18%
2002	4.189.393,72	28,10%	10.062.539,39	05,30%	40.697.550,33	06,18%
2003	4.836.977,79	15,50%	10.700.696,42	06,30%	47.290.998,07	06,20%
2004	7.946.687,4	64,30%	11.865.207,63	10,90%	57.371.282,03	21,32%
2005	9.387.925,26	18,10%	11.517.628,34	-02,90%	60.032.009,98	04,64%
2006	13.850.940,14	47,50%	14.482.310,29	25,70%	63.469.723,03	05,73%
2007	14.961.969,59	8,00%	18.290.270,17	26,30%	67.591.929,15	06,49%
2008	17.942.409,93	19,90%	26.609.399,76	45,50%	79.771.254,78	18,02%
2009	21.486.497,86	19,70%	37.619.752,37	41,40%	128.089.796,19	60,57%
2010	21.891.008,97	01,90%	40.699.474,57	08,20%	148.491.643,9	15,93%
Cálculos	Caruaru		Petrolina		Recife	
% crescimento global (2000-2010)	742,89%		349,01%		303,58%	
Crescimento absoluto global (2000-2010)	8,4 vezes		4,5 vezes		4 vezes	
% crescimento acumulado	248,9%		172,10%		149,26%	
% crescimento antes da PPI	151,90%		25%		42,52%	
% de crescimento após a PPI	97%		147,10%		106,75%	

Fonte: Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.

Notas:

1. Considerados apenas valores da média e alta complexidade, excluindo-se os recursos financeiros referentes ao Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC) até 2007 e valores de incentivo. A partir de 2008, incluídos valores que anteriormente integravam o FAEC e passaram a ser repassados Fundo a Fundo, além dos valores de incentivo.
2. Não contabilizados os repasses relativos ao Incentivo Assistencial Ambulatorial, Hospitalar e Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAPI), ocorridos entre os anos de 2001 a 2010.
3. Não excluídos os valores relativos ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

A tabela acima demonstra que os TFGMAC dos três municípios foram crescentes ao longo da série, à exceção de Petrolina no ano de 2005. Este município obteve uma redução pontual equivalente a 2,90% naquele ano. Esta redução foi resultante de descontos efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde no valor equivalente a R\$ 757.624,75. Tais descontos são comumente aplicados por motivos diversos. Alguns desses motivos muitas vezes referem-se a empréstimos que o FNS concede a outros órgãos, descontando posteriormente. Podem ainda, relacionar-se à auditoria sofrida pela entidade que apresenta como resultado o desconto enfatizado, dentre outras razões.

Os TFGMAC dos municípios foram ampliados de maneira efetiva a partir de 2008, principalmente em decorrência da publicação da tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos. Desde então, recursos anteriormente repassados por produção de procedimentos que integravam o FAEC foram gradativamente incorporados pelo TFGMAC. Recursos de incentivo, por vezes, também passaram a fazer parte do TFGMAC.

O percentual de crescimento global de Caruaru foi maior que os demais. No entanto, o valor de partida deste município era menor (R\$ 2.597.132,80) que o de Petrolina e o de Recife. Caruaru também obteve maior crescimento percentual acumulado. Em contraposição, Recife obteve os menores percentuais de crescimento global e acumulado. Em termos de crescimento absoluto, Caruaru apresentou aumento do seu TFGMAC em 8,4 vezes, Petrolina 4,5 e Recife 4 vezes.

Pode-se observar que as transferências intergovernamentais efetuadas pelo MS, em percentuais para o município de Caruaru, apresentaram montantes crescentes, havendo, entretanto dois grandes picos. Um dos picos ocorreu no ano de 2004 em decorrência da municipalização de uma unidade estadual (Hospital São Sebastião) e correspondeu a um aumento equivalente a 64,30% em relação a 2003. O segundo maior pico ocorreu entre 2005 a 2006, quando da instalação da PPI/ PE – 2006 e correspondeu a 47,50%. O crescimento percentual antes da PPI foi maior do que o pós PPI. Assim, observa-se que apesar da PPI ter propiciando ampliação do seu TFGMAC outros motivos, a exemplo da descentralização de unidade de saúde, aumentaram ainda mais os recursos de transferências intermunicipais.

Petrolina apresentou aumento em seu TFGMAC ao longo dos anos estudados, à exceção do ano de 2005, em que houve uma redução de 2,90%, conforme citado anteriormente. Em 2008 e 2009, as transferências são ampliadas de maneira acentuada a partir da publicação da Portaria Nº 514 (de 15 de setembro de 2008) que propôs financiamento específico para o Hospital de Urgências e Traumas sob gestão municipal. Antes da implantação da PPI/ PE – 2006, o município de Petrolina obteve crescimento de 25%. Após

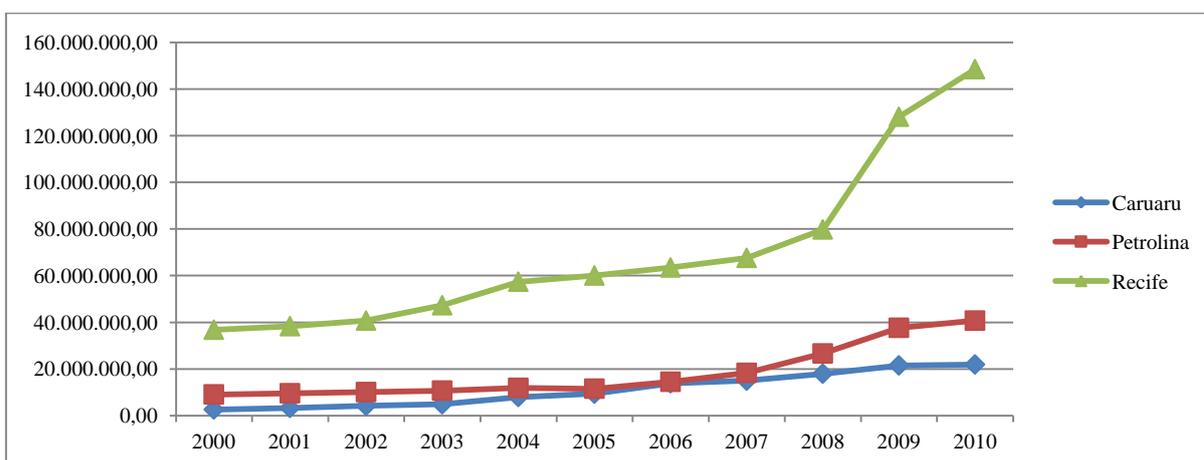
2006, o crescimento foi maior, porém não em virtude da PPI, mas em razão da aplicação da portaria acima citada.

Ao analisar os repasses de recursos financeiros ao município de Recife, constata-se que a instalação da PPI/ PE – 2006 não representou maior aporte de recursos financeiros, uma vez que o TFGMAC demonstrou ampliação de apenas 5,73%. Entretanto, entre os anos de 2008 a 2009 o referido teto financeiro apresentou aumento equivalente a 60,57%. Isto ocorreu devido à integração de procedimentos que anteriormente eram repassados por produção via FAEC e/ ou incentivos. A partir de 2008, tais procedimentos foram transferidos ao teto financeiro da MAC, fundo a fundo. O crescimento médio do TFGMAC antes da PPI/ PE – 2006 correspondeu a 8,5%. A média após a PPI/ PE – 2006 equivaleu a 21,35%. Ao longo dos anos estudados, o TFGMAC de Recife foi ampliado em 148,26%, com uma média anual equivalente a 14,9%. O TFMAC do município do Recife entre os anos de 2000 e 2010 apresentou aumento equivalente a 04 vezes quando se enfoca em termos absolutos.

Entretanto, quando se observa o percentual de variação acumulado do TFGMAC antes e após, é possível identificar-se que no período pré PPI o referido percentual foi igual a 42,52%, enquanto que no período pós PPI o acumulado equivaleu a 106,74%. Neste sentido, após a PPI, o TFGMAC apresentou crescimento maior que o período anterior, entretanto não devido à PPI/ PE – 2006, mas em decorrência de outros fatores, como por exemplo, promulgação da tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos, incorporação do FAEC e incentivos ao TFGMAC.

A figura 02, a seguir, demonstra que ao longo dos anos a tendência dos montantes repassados pelo MS às gestões municipais em análise foi sempre crescente.

Figura 02 – Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) entre os anos 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.

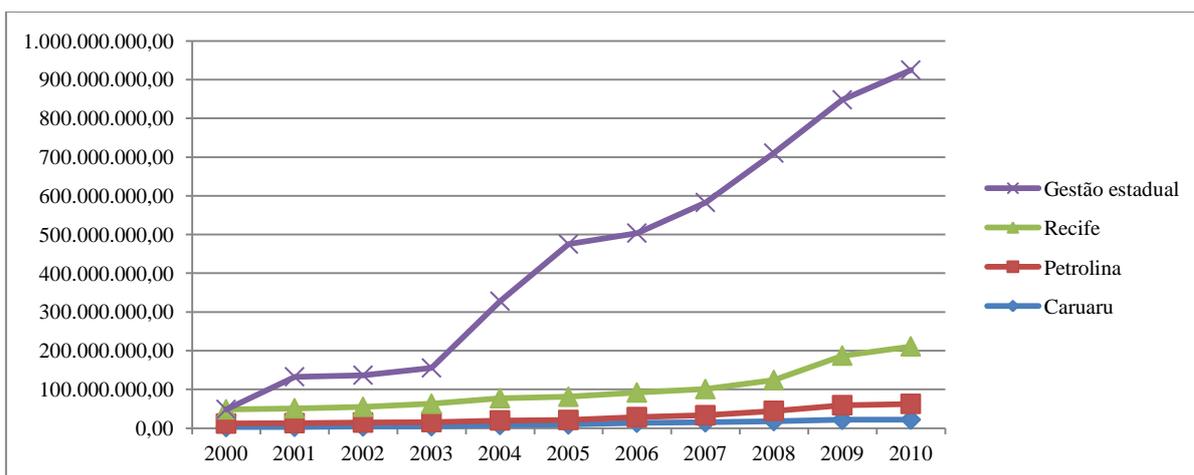
Exceção pode ser observada no ano de 2005 para o município de Petrolina, quando houve uma redução equivalente a 2,93% em relação ao ano anterior, conforme fora especificado anteriormente. Entretanto, em 2006 a tendência crescente é retomada neste município até o ano 2010.

A evolução dos TFGMAC demonstra grandes disparidades entre as gestões municipais estudadas, especialmente no pós PPI; e, considerando Petrolina e Caruaru, uma vez que este último tem uma população maior que o primeiro. Apesar de a PPI ter esboçado dirimir as distâncias evolutivas entre os tetos financeiros, outras lógicas de repasse entraram em cena redirecionando-os e distanciando-os.

Uma vez que a PPI é viabilizada através da macroalocação de recursos financeiros, calculando-se um *per capita* inicial presente na programação assistencial, havia a expectativa de diminuir disparidades entre os diversos tetos financeiros. Entretanto, ao final da série, constata-se que isto não ocorreu.

A figura 03 identifica a concentração de recursos financeiros por esfera de governo, que acrescenta à figura 02, a tendência evolutiva dos recursos financeiros relativos à MAC repassados pelo MS também à gestão estadual.

Figura 03 - Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) e Gestão Estadual entre os anos 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.

De acordo com a figura 03, a partir de 2003, observa-se indicativo crescente de maior poderio financeiro do estado. A programação assistencial adotada pela PPI não reverteu o movimento marcado pela estadualização assistencial, que recrudescer nos momentos pós PPI. Em que pese grande parte dos recursos de outros municípios estarem concentrados na gestão estadual de acordo com o enquadramento de gestão dos mesmos, com o advento do PS em

2006, a expectativa seria a de uma tendência de queda, justificada pelo fato de que estes recursos integrariam paulatinamente novos tetos financeiros dos municípios que assinaram o Pacto pela Saúde. Entretanto, não foi isto o que se observou; e a gestão estadual seguiu consolidando cada vez mais o seu papel enquanto gestora de serviços assistenciais.

Se for calculada a proporção média dos recursos sob gestão municipal e gestão estadual, respectivamente antes e após a PPI/ PE – 2006, é possível identificar os percentuais dispostos na tabela 02 a seguir.

Tabela 02 – Proporção média de recursos financeiros concentrados por tipo de gestão antes e após a PPI/ PE – 2006.

MUNICÍPIO	Proporção média de recursos financeiros concentrados por tipo de gestão antes da PPI/ PE – 2006		Proporção média de recursos financeiros concentrados por tipo de gestão após a PPI/ PE - 2006	
	Gestão Municipal	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Gestão Estadual
Caruaru	3,45%	96,55%	3,06%	96,94%
Petrolina	5,46%	94,54%	4,60%	95,4%
Recife	23,75%	76,25%	14,59%	85,41%

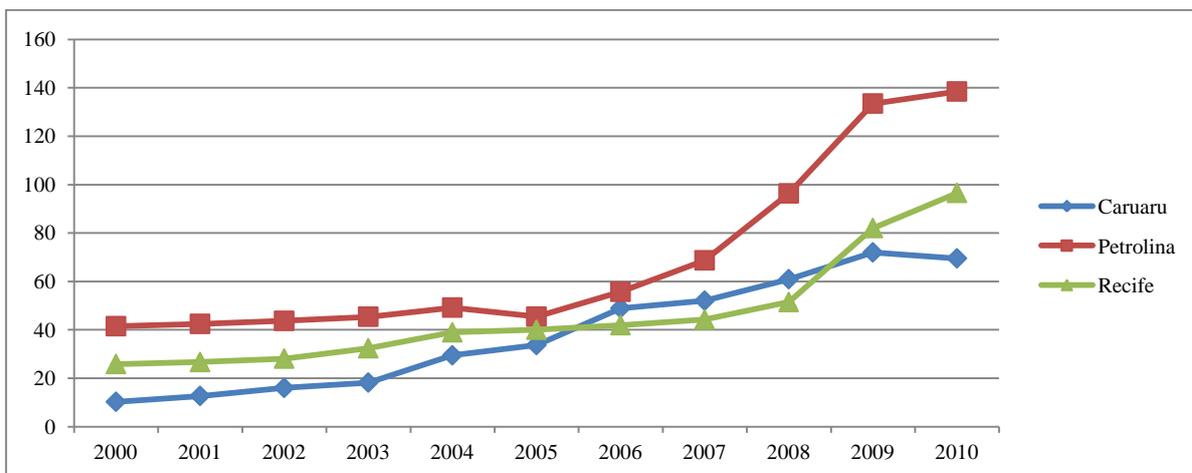
Nota: considerados os valores globais da Secretaria Estadual de Saúde para a Média e Alta Complexidade, alocados para a totalidade do estado de Pernambuco, não apenas nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife.

A supracitada tabela demonstra que após a PPI/ PE – 2006 houve redução da concentração de recursos sob gestão municipal, principalmente no município do Recife, cuja proporção foi mais acentuada (de 23,75% para 14,59%) do que nos demais municípios estudados (Caruaru e Petrolina).

De certa forma, pode-se indicar que a PPI/ PE – 2006 não chegou a fortalecer a gestão municipal como responsável efetiva pela assistência à saúde, uma vez que os municípios sede de macrorregião, ora estudados, não demonstraram crescimento em termos da concentração de recursos financeiros direcionados para a organização e funcionamento da atenção à saúde quando comparados com os recursos disponíveis ao gestor estadual. É necessário destacar que antes da PPI/ PE – 2006, a proporção média de recursos financeiros concentrados por tipo de gestão era eminentemente estadual. Tal proporção média foi ainda mais ampliada no pós PPI.

Uma vez especificados alguns elementos referentes à composição dos TFGMAC em termos absolutos e sua relação com as diretrizes organizativas do SUS, os próximos parágrafos consideraram os tetos financeiros em relação à população residente e referenciada. Nestes termos, quando se estabelece valores (R\$) *per capita* ao estudo evolutivo, considerando apenas a população própria, constata-se que o município de Petrolina além de ter apresentado valores maiores que os demais municípios sede de macrorregião, também obteve desenho da tendência crescente mais acentuada. Tais constatações podem ser comprovadas pela observação da figura 04.

Figura 04 – Evolução das transferências de recursos financeiros (Média e Alta Complexidade) na modalidade Fundo a Fundo, valores em reais *per capita* (população residente) do Ministério da Saúde para as Gestões Municipais (Caruaru, Petrolina e Recife) entre os anos 2000 a 2010.

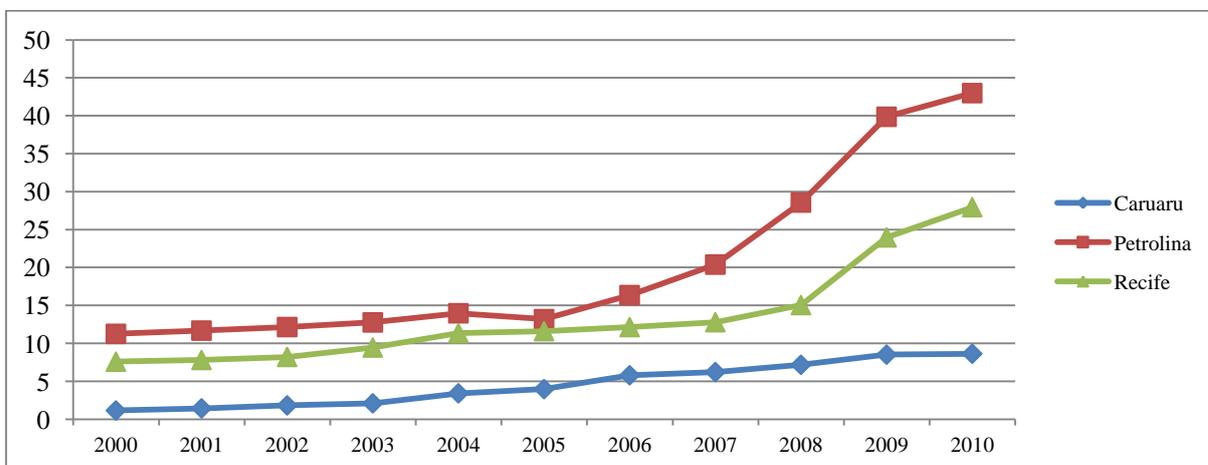


Fonte: Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.

Ao efetuar um corte no ano de 2006 onde se deu a implantação da PPI/ PE – 2006, observa-se uma tendência crescente nos valores em reais *per capita*, em detrimento dos anos anteriores à PPI, principalmente para o município de Petrolina (a partir de 2008) e Recife (a partir de 2009). Conforme trabalhado nos itens anteriores, estes municípios incorporaram aos seus tetos financeiros recursos não programados, ampliando assim, seus *valores per capita*, destinados à população própria.

Com base no PDR do estado de Pernambuco construído em 2006 (PERNAMBUCO, 2006), que definiu os municípios que integram as macrorregiões, foram calculados os valores em reais *per capita* regionais apresentados na figura 05.

Figura 05 – Evolução dos valores em reais *per capita* por macrorregião (população residente e população referenciada), PE (2006 a 2010).



Fontes:

1. Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.
2. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – Plano Diretor de Regionalização, 2006.

Notadamente, os valores em reais *per capita* por macrorregião a partir da PPI ocorrida em 2006, demarcaram tendência crescente especialmente para os municípios de Petrolina (que detém os maiores valores em reais) e Recife. O município de Caruaru, apesar de ter apresentado crescimento dos valores em reais *per capita*, obteve, entretanto, crescimento mais discreto, especialmente a partir de 2009.

Considerando que os valores em reais *per capita* apresentados nas figuras anteriores (04 e 05) demonstraram ser díspares, faz-se oportuno ressaltar que tais distribuições parecem atender a critérios relativos à oferta de serviços em detrimento das necessidades de saúde.

Quando se analisa os valores em reais disponibilizados por território resultantes das programações assistenciais, é possível obter os valores médios em reais apresentados na tabela 03, referentes ao valor médio em reais *per capita* macrorregional.

Tabela 03 – Média de recursos financeiros programados para a população própria e população referenciada dos municípios de Caruaru, Petrolina e Recife no período compreendido entre 2006 a 2010.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO PRÓPRIA (R\$)	POPULAÇÃO REFERENCIADA (R\$)	TOTAL (R\$)	MÉDIA PER CAPITA MACRORREGIONAL (R\$)
CARUARU	11.771.355,47	13.926.079,10	25.697.434,57	10,39
PETROLINA	17.463.989,35	5.231.993,56	22.695.982,91	24,65
RECIFE	98.655.920,28	126.721.756,4	225.377.676,7	42,57

Fontes:

1. Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, 2011.
2. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – Plano diretor de Regionalização, 2006.

Nota: Considerada população de residentes (população própria) e população referenciada para cada sede de macrorregião anualmente.

Conforme a tabela 03 pôde-se constatar que a média *per capita* macrorregional em reais ao longo do período compreendido entre 2006 a 2010, foi maior para a sede Recife, seguida das macrorregiões de Petrolina e Caruaru, em ordem decrescente. Efetivamente, a macrorregião de Recife permaneceu, após a PPI, sendo referência para grande contingente populacional do estado de Pernambuco.

Os dados apresentados na tabela 03, portanto, demonstram não haver, ao longo dos anos, alguma alteração que seja possível destacar no sentido de “interiorizar” (grifos nossos), regionalizar e fortalecer as ações de saúde nas diversas macrorregiões, muito embora os achados tenham sofrido alterações quando da inclusão de recursos FAEC e incentivos que passaram a integrar o TFGMAC.

Ao se analisar a variação estabelecida entre as macrorregiões obtém-se que a Macrorregião de Caruaru apresenta 42,15% do *per capita* estabelecido para a macrorregião de Petrolina. Quando comparado com a Macrorregião de Recife a variação percentual equivale a 24,40%. Com relação à Macrorregião de Petrolina observa-se que a variação correspondeu a 57,9% do valor (R\$) *per capita* total da Região concentrada na capital pernambucana.

Ao se estabelecer comparativo entre o *per capita* médio em reais por macrorregião antes e após a PPI, observam-se os resultados dispostos na tabela 04 a seguir. Constata-se então que nos pós PPI as médias *per capita* em reais foram ampliadas em relação às médias identificadas no período anterior. De certo, esta ampliação sofreu interferência da população referenciada que passou a ser contabilizada nos TFGMAC, o que não acontecia no período anterior.

Tabela 04 – Média *per capita* macrorregional (Caruaru, Petrolina e Recife) antes (2001 a 2005) e após a PPI/ PE – 2006 (2006 a 2010).

MUNICÍPIO	MÉDIA <i>PER CAPITA</i> MACRORREGIONAL ANTES DA PPI/ PE*	MÉDIA <i>PER CAPITA</i> MACRORREGIONAL APÓS A PPI/ PE**
CARUARU	2,54	10,39
PETROLINA	12,7	24,65
RECIFE	7,5	42,57

Notas:

1. (*) Considerado teto Financeiro MAC da gestão Municipal.
2. (**) Considerado Teto Financeiro MAC da população própria e população referenciada.

De modo geral, o presente item apontou que a média *per capita* entre as regiões prosseguiram distantes entre si, embora tenham sido ampliados em comparação ao período pré PPI. Esta ampliação ocorreu principalmente ao contabilizar-se as referências que cada sede de macrorregião passaria a receber. Tratou-se, pois da formalização de fluxos de atendimento pré-existentes, porém não considerados na programação dos tetos financeiros no período pré PPI. Esta formalização demonstra a importância de programar os recursos para a população referenciada constituindo-se em uma maneira de financiar possíveis invasões territoriais.

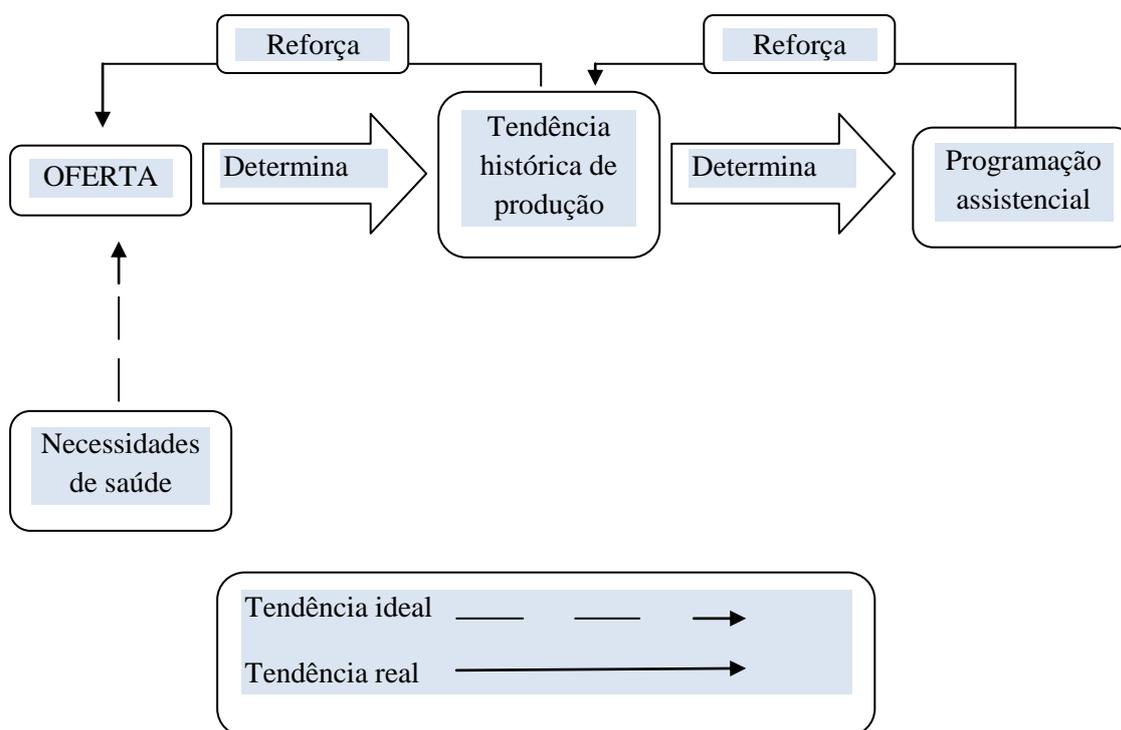
Por outro lado; percebeu-se tanto a concentração de recursos na capital do estado, bem como a inequidade na distribuição destes recursos; uma vez que apesar de Petrolina referenciar menor contingente populacional que Caruaru, obteve média *per capita* em reais maior que esta última. Estes dois fenômenos assinalados, deveu-se, seguramente, a determinados aspectos, anteriormente identificados. Um destes aspectos refere-se a não efetivação da regionalização quando observada a concentração de recursos financeiros em

Recife. Evidencia-se que a oferta de serviços pré-existentis norteou a composição dos tetos financeiros em detrimento das necessidades de saúde.

Outro aspecto relaciona-se à não descentralização (municipalização) de unidades de saúde, como indica a média *per capita* em reais prevista para Caruaru em virtude de possuir parte significativa da sua rede sob gestão estadual. A adoção de outras lógicas para composição dos tetos financeiros complementa mais um elemento que interferiu na realidade assinalada.

Para analisar a não “interiorização” dos recursos financeiros para as demais sedes de macrorregião, é importante recorrer aos trabalhos de Porto et al. (2007) que corroboram com a ideia de identificar as necessidades de saúde para estabelecer a distribuição equitativa de recursos financeiros no âmbito da saúde (grifos nossos). A partir da perspectiva dos autores acima citados, poder-se-ia construir um fluxo ideal, tendo em vista a formatação do tetos financeiros, considerando as necessidades de saúde.

Figura 06 – Construção de uma proposta de modelo possível de tendências.



A concentração de recursos financeiros na capital sugere, portanto, que as necessidades de saúde podem ter sido suplantadas pela oferta de serviços.

O movimento de centralização (estadualização) de recursos financeiros destinados à assistência à saúde por parte da gestão estadual demonstrou fragilidade do processo de descentralização (municipalização). Dessa forma, é importante correlacionar estes achados com determinadas concepções e resgatar a ideia de Tobar (1991) quando acentua que o

processo descentralizador, em seu caráter político, assemelha-se a uma luta de vários *rounds*, marcados por momentos de avanços e retrocessos (TOBAR, 1991).

Este mesmo autor afirma que há uma compreensão concernente à descentralização que sugere enfatizar o fortalecimento da esfera “local” (grifo do autor). O volume de recursos centralizados na gestão estadual limita o processo de transferência de autoridade no planejamento e na tomada de decisões. Agrega-se a esta questão, outras referentes ao repasse dos recursos. Retoma-se aqui as colocações de Vieira (*apud* TOBAR, 1991, p. 05) quando afirma que “o grau de descentralização em um país depende principalmente do desenvolvimento de seus recursos econômicos e tecnológicos e não dos elementos e das características da organização constitucional”.

Assim, novos estudos podem delimitar se o processo de recentralização (direcionado à gestão estadual) não foi adotado mediante situação de fragilidade dos municípios decorrente não só dos seus aspectos econômicos, mas também tecnológicos. Volta-se ao que Tobar (1991) pontua em relação ao risco de se adotar uma descentralização estritamente financeira, mantendo por outro lado, a centralização do conhecimento científico-técnico. Neste âmbito, apenas seriam beneficiadas da descentralização as unidades locais que tenham um aparelho técnico-burocrático desenvolvido. “Isto significa que, embora possa haver uma descentralização formal dos recursos; na prática a sua distribuição não é equitativa e favorece a conformação de monopólios” (TOBAR, 1991, p. 14).

Aqui, atenta-se também para como se vem travando o processo de negociação e pactuação dos entes envolvidos; uma vez que pode estar ocorrendo entre os gestores desequilíbrio de competências neste processo. Aceita esta prerrogativa, outras investigações podem assinalar determinantes originários perante esta situação assíncrona das forças políticas que se interpõem na negociação e pactuação entre as esferas de governo enfocadas.

Acerca do papel que a gestão estadual vem assumindo, é premente resgatar o que Junior; Silva (2004) apontaram. Segundo estes autores, com a promulgação da Constituição Federal (1988) foi proposto aumento da responsabilidade e da participação dos municípios na gestão da saúde. Observou-se também uma transformação nas atribuições e competências do gestor estadual, que adquiriu nova centralidade no sistema.

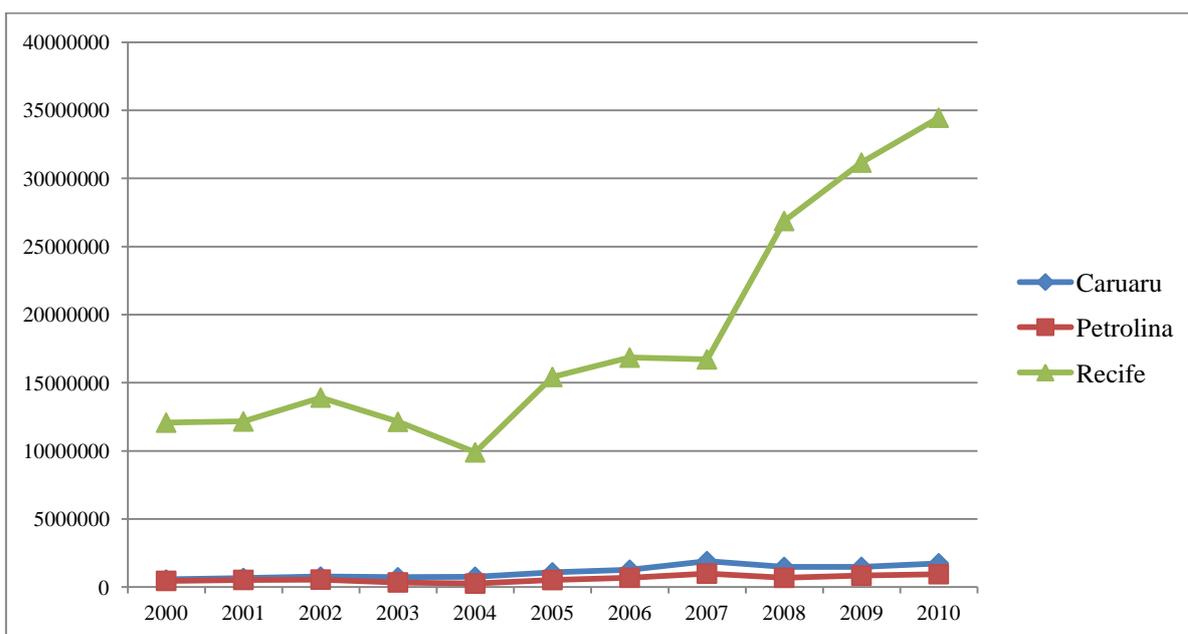
Neste sentido, repensam-se as atribuições da gestão estadual enquanto fornecedor de serviços e administrador do sistema. Esse gestor, especialmente a partir da implantação da NOAS (BRASIL, 2002), teve sua responsabilidade ampliada. Uma vez que a regionalização da atenção à saúde (re)adquiriu espaço na agenda do SUS, a gestão estadual devia ser a

grande articuladora e gerente do processo. O papel da gestão estadual no novo desenho do sistema de saúde é articular os sistemas municipais e organizar as redes assistenciais regionalizadas. Estabeleceria como principal objetivo combater as desigualdades regionais e intermunicipais, para que a oferta de serviços fosse distribuída de maneira mais equânime entre a população do estado.

4.2 Da Programação Pactuada e Integrada ao registro da produção de serviços assistenciais (Média e Alta Complexidade) nos sistemas de informação em saúde, por esfera de gestão e tipo de prestador.

A figura 07 refere-se ao registro da produção (física) ambulatorial relativa à média e alta complexidade dos territórios pesquisados (Gestão Municipal e Gestão Estadual), entre os anos 2000 a 2010.

Figura 07 – Evolução da Produção (Física) Ambulatorial relativa à média e alta complexidade dos territórios municipais (Caruaru, Petrolina e Recife), entre os anos 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

Pôde-se observar que a produção ambulatorial registrada no território de Recife, além de ser maior que os registros nos demais territórios estudados, apresentou também tendência crescente com inclinação mais ascendente. Tais achados indicam inicialmente, que grande parte da produção ambulatorial não apenas prosseguiu concentrada no território da capital, mas também foi ampliada, notadamente a partir de 2008. A tabela 05 apresenta a proporção do registro de produção ambulatorial da média e alta complexidade por esfera de governo.

Tabela 05 – Proporção de registros ambulatoriais de média e alta complexidade por esfera de gestão nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.

Território	2000		2005		2006		2010	
	Gestão Municipal	Gestão Estadual						
Caruaru	15,78%	84,21%	13,67%	86,33%	64,97%	35,03%	57,60%	42,40%
Petrolina	89,66%	10,34%	89,47%	10,53%	91,73%	8,27%	77,06%	22,94
Recife	35,39%	64,61%	40,38%	59,62%	36,22%	63,78%	18,86%	81,14%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

Em Caruaru e Petrolina no pós PPI o percentual de produção do gestor municipal cresceu. Entretanto, no final da série, tal proporção diminuiu, havendo, portanto uma inclinação por parte do gestor estadual a retomar seu patamar de participação na produção a partir de 2010. Recife não apresentou maior proporção do que o gestor estadual no pós PPI imediato (2006) e teve sua função prestadora de serviços ainda mais reduzida em 2010. Estas proporções demonstram que nos três territórios, o gestor estadual concluiu a série tendendo a prevalecer enquanto executor da assistência à saúde. Especificamente em Recife, assume esta função majoritariamente.

Por outro lado, pode-se pensar em um processo de retração por parte dos municípios. Esse processo contraria a ideia de descentralização com ênfase na municipalização. Logo, a PPI não pode ser considerada como um instrumento que fortaleceu a gestão dos municípios no âmbito da prestação de serviços; tendo em vista que apesar do seu emprego não foi arregimentada ampliação dos registros de produção para estas gestões em relação à gestão estadual.

A tabela 06 apresenta a proporção dos registros ambulatoriais por tipo de prestador nos territórios.

Tabela 06 – Proporção de registros ambulatoriais na média e alta complexidade por tipo de prestador nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife, nos anos de 2000, 2005, 2006 e 2010.

Território	2000		2005		2006		2010	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
Caruaru	94,13%	5,87%	93,97%	6,03%	92,73%	7,27%	95,95%	4,05%
Petrolina	55,59%	44,41%	56,29%	43,71%	61,52%	38,48%	85,47%	14,53%
Recife	79,06%	20,94%	78,89%	21,11%	79,69%	20,31%	83,77%	16,23%

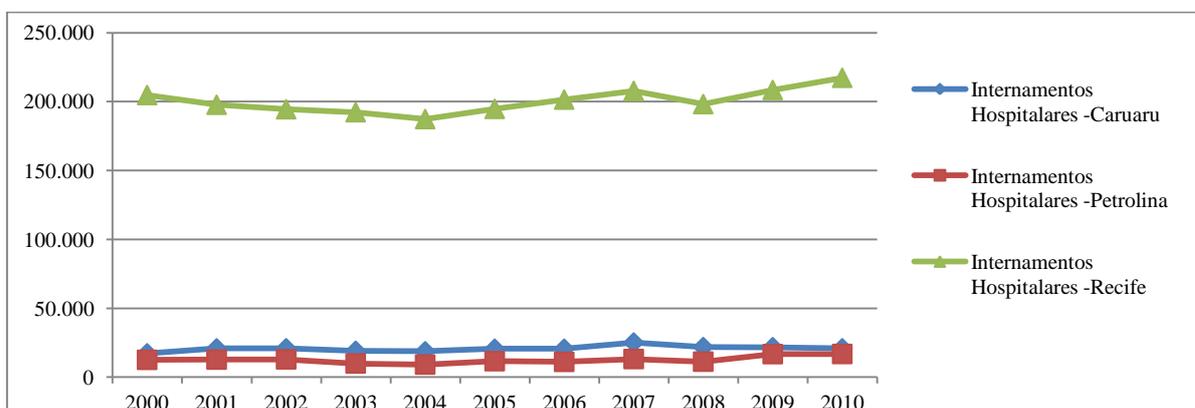
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

A partir das proporções dispostas acima, conclui-se que a PPI não interferiu no tipo de prestador das ações ambulatoriais, haja vista que em Recife e em Caruaru, mesmo antes de ser instalada a ferramenta de pactuação, o prestador público era soberano. Alteração houve em Petrolina, quando o prestador público iniciou processo proporcional maior de registro de produção, o que não parece dever-se à PPI, tendo em vista que este fortalecimento deu-se paulatinamente, ano a ano, no período prévio à aplicação da ferramenta pesquisada.

Quanto ao registro de produção hospitalar, a figura 08 apresenta a evolução desta, por território, entre os anos 2000 a 2010.

Figura 08 – Evolução do registro da produção hospitalar por território (Caruaru, Petrolina e Recife), 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar (SIH/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

Observa-se que o território de Recife apresentou registro de produção acentuado em relação aos demais. De certa forma, a instalação da PPI/ PE – 2006 não promoveu ampliação regional de internamentos hospitalares, uma vez que a distância das produções hospitalares não apenas persistiram, mas cresceram na sede de macrorregião Recife, quando comparada com as produções de Petrolina e Caruaru.

Acerca da evolução dos internamentos hospitalares por sede de macrorregião, observou-se que, à exceção de Caruaru, as demais sedes encerram a série pesquisada com um maior número de internamentos hospitalares ao longo do período pré e pós PPI.

Ao se calcular a taxa de internações hospitalares (TIH), é necessário retomar a pesquisa de Farias (2009). Segundo este autor, a TIH no Brasil apresentou crescimento de 11,6 em 2001 para 12,8 internações por 100 habitantes/ ano em 2005. O autor ainda salientou o preconizado pelo Ministério da Saúde cuja estimativa era de que entre 7,0% a 9,0% da população teria a necessidade de internações hospitalares. Nesta perspectiva, seu estudo indicou que em todas as regiões do país houve o devido cumprimento a esta estimativa. Esta proporção é similar à adotada pela Portaria nº 1.101/ 2002 considerada na parametrização da PPI.

Quando aplicada a fórmula para obtenção da TIH por 100 habitantes/ ano dos territórios trabalhados na presente pesquisa (Caruaru, Petrolina e Recife), observou-se que em Caruaru a referida taxa apresentou aumento entre o período pré PPI e o pós PPI imediato (2000 (6,8), 2005 (6,7) e 2007 (8,7)). Entretanto, encerra a série com redução da referida taxa (2010 (6,6)), além de não atingir a meta proposta. Em Petrolina, tanto no pós PPI imediato (2007 (4,2)), quanto ao término da série estudada (2010 (5,7)), a taxa de internação é ampliada em relação ao período pré PPI (2005 (3,6)), mas não chega a atingir o preconizado. Recife apresenta o mesmo comportamento evolutivo (2000 (14,4), 2005 (12,9), 2007 (13,6) e 2010 (14,13)) que Petrolina, porém ultrapassa a previsão.

Tendo os achados de Farias (2009) como referência para os resultados da pesquisa que ora se apresenta, apenas Recife e Caruaru, (este último no pós PPI imediato), apresentaram TIH de acordo com o preconizado. A partir destes dados, conclui-se que as internações registradas estiveram abaixo do esperado, sugerindo dificuldade de acesso à hospitalização por parte da população, em Caruaru e especialmente em Petrolina.

Ainda estabelecendo algumas análises em relação aos internamentos hospitalares, faz-se oportuno resgatar a noção de que a TIH sofre alterações em decorrência de modificações operadas no âmbito do tempo de permanência. Neste âmbito, ressalta-se que a média de

permanência hospitalar no Brasil em 1999, considerando a rede que integrava o SUS, a mesma situava-se em 5,98 dias, sendo a maior média registrada no Rio de Janeiro (8,92 dias) e a menor a do Estado de Rondônia (3,64 dias). É importante salientar que no Rio de Janeiro está instalada a maior rede pública do Brasil. Atualizando os dados relativos à TIH, constatou-se que em 2005 o Rio de Janeiro prosseguiu apresentando a maior média de permanência entre os estados da federação, equivalendo a nove dias, sendo inclusive ampliada em relação ao estudo realizado em 1999. Os estados de São Paulo e Pernambuco vêm imediatamente em seguida, com seis e sete dias, respectivamente. Roraima e Pará apresentaram as menores médias de permanência, sendo inferiores a quatro dias. (BRASIL, 2010).

Algumas patologias requerem maior tempo de permanência, além de fatores como a idade do paciente, conforme acentuam Amaral et al. (2004). Segundo estes autores, as hospitalizações em idosos associam-se a um prolongado tempo de permanência hospitalar, podendo chegar a mais de 08 dias. Por outro lado, Travassos; Noronha; Martins (1999) alertam que muitas instituições hospitalares estimuladas por uma prática gerencial voltada para maior eficiência, pelas forças de mercado ou pelos sistemas de reembolso da assistência, podem reduzir a permanência hospitalar, incentivando a alta precoce ou transferindo pacientes mais graves ou em estágios terminais.

Há que enfatizar outro fator interveniente na questão da TIH proporcionada pelas inovações tecnológicas em saúde. Estas inovações interferem, não apenas na redução do tempo de permanência hospitalar, mas também sugere a revisão da necessidade de efetuar-se o internamento propriamente dito. Neste cenário, pode-se recorrer às alternativas por vezes mais eficazes. Dentre estas, é possível mencionar atendimentos ambulatoriais, a exemplo das hernioplastias que há muito requeriam internamentos hospitalares para sua realização, podendo atualmente ser desenvolvidas no ambulatório, além de atividades preventivas que evitam a instalação da doença. Outra questão crucial neste âmbito diz respeito à utilização de medicamentos de última geração que intervêm nos internamentos hospitalares.

Ainda na perspectiva hospitalar, de acordo com Artman; Rivera (2003), os hospitais são instituições com cuidados especializados e seus custos são substancialmente reduzidos através da implantação de outros serviços periféricos mais simplificados e resolutivos.

Apesar da ocorrência de possíveis alterações no tempo de permanência hospitalar, para maior ou para menor, poucos foram os territórios que atingiram as TIH previstas.

Quanto ao tipo de gestão, a tabela 07 demonstra a evolução dos internamentos hospitalares por esfera de governo nos territórios pesquisados nos anos 2000, 2005, 2006 e

2010. Observa-se então, que no pós PPI a esfera municipal ampliou a proporção dos seus registros em todos os municípios, muito embora esta ampliação vinha sendo fomentada anterior à 2006. No entanto, ao final da série a gestão estadual reinicia ampliação desses registros.

Tabela 07 – Proporção do registro de produção de internamento hospitalar por esfera de governo nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife, nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.

Território	2000		2005		2006		2010	
	Gestão Municipal	Gestão Estadual						
Caruaru	10,48%	89,52%	36,77%	63,23%	37,53%	62,47%	32,29%	67,71%
Petrolina	100%	0%	99,78%	0,02%	95,71%	4,29%	53,09%	46,91%
Recife	26,38%	73,62%	23,02%	76,98%	23,51%	76,49%	19,92%	80,07%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar (SIH/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

A tabela 08 expressa a proporção do registro de produção dos internamentos hospitalares por tipo de prestador, ocorridas nas sedes de macrorregião (Caruaru, Petrolina e Recife).

Identificou-se que apenas em Recife a proporção dos registros por parte do prestador público foi ampliada de maneira discreta no pós PPI. Inclusive, o prestador público desde anos anteriores eram prevalentes nos territórios de Caruaru e Petrolina.

Tabela 08 – Proporção do registro de produção de internamentos hospitalares por tipo de prestador (público ou privado), ocorridos em Caruaru, Petrolina e Recife nos anos 2000, 2005, 2006 e 2010.

Território	2000		2005		2006		2010	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
Caruaru	89%	11%	91,72%	8,28%	89,33%	10,67%	95,31%	4,69%
Petrolina	85,85%	14,15%	88,33%	11,7%	90,33%	9,67%	98,80%	1,2%
Recife	58,02%	41,98%	67,17%	32,83%	68,06%	31,94%	66,42%	33,58%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar (SIH/ SUS) – TABNET/ 2011.

Nota: Não retirados os procedimentos FAEC do registro de produção.

Os itens seguintes se propuseram a comparar a programação assistencial prevista na PPI/ PE – 2006 com o registro da produção desenvolvida na MAC (ambulatorial e hospitalar).

Tabela 09 – Síntese de desempenho proporcional dos territórios em relação ao programado (média de produção entre os anos de 2007 a 2010) do ponto de vista assistencial, Caruaru, Petrolina e Recife.

Nível de Complexidade Tipo de Serviço	Caruaru	Petrolina	Recife
	%	%	%
Média complexidade ambulatorial	109,45%	85,76%	266,66%
Alta complexidade ambulatorial	214,66%	86,26%	258,98%
Média e alta complexidade hospitalar	77,68%	64,73%	89,82%

Fontes:

1. SISPPI – PE – 2007.
2. Ministério da Saúde, DATASUS, 2011.

A tabela 09 demonstra que os territórios de Caruaru e Recife cumpriram com as metas globais programadas para grande parte do itens programados, à exceção de Petrolina. Novos estudos e pesquisas poderão especificar os motivos e as razões para este não cumprimento, que podem envolver desde uma programação superestimada para aquele território, até um contingente de oferta menor ou diferente das necessidades reais da população, dentre outros fatores.

Destaca-se que as metas hospitalares não foram cumpridas por nenhum dos territórios. Investigações similares às propostas acima devem ser estabelecidas para identificar as causas destes desempenhos aquém do programado. Uma vez analisados de maneira detalhada, os pontos acima, recorreu-se à explanação sintética acerca dos resultados obtidos em torno dos registros de produção.

Assim, de maneira geral os referidos registros sinalizam que a PPI não conseguiu imprimir processo de descentralização (municipalização), especialmente no final da série estudada, tanto no âmbito hospitalar quanto ambulatorial. Dessa forma, observa-se que o gestor estadual, gradativamente, vai instalando a centralização de sua gestão no âmbito da assistência.

Quanto o tipo de prestador que mais produziu ações e serviços de saúde, os achados indicaram que àqueles de natureza pública prevaleceram em detrimento aos de natureza privada. A PPI pode ter fortalecido a rede pública, sobretudo em Caruaru e Petrolina não interferindo, contudo, em Recife.

Concernente às metas assistenciais pactuadas, Petrolina não conseguiu atingi-las e os serviços hospitalares apresentaram desempenho insatisfatório a partir da programação firmada. Ocorreu a intensificação da produção em Recife, fragilizando o processo de regionalização da assistência à saúde.

Atenta-se para modificações ocorridas especialmente nos últimos anos da série estudada, quando a gestão estadual retoma a execução dos serviços. Isto pode estar demonstrando que a PPI foi configurada apenas para “cumprir tabela” (grifos nossos), não chegando realmente a sair do papel, conforme afirma Carvalho (2005). Torna-se assim, “letra morta tragada pelo cotidiano dinâmico do sistema de saúde” e sobreposta por outras variáveis e interesses dignos de serem desvendados em novas incursões científicas (grifos nossos).

4.3 Conformação de redes de assistência à saúde nos territórios de Caruaru, Petrolina e Recife.

A tabela 10 demonstra o número de unidades de saúde nos anos recortados (2001, 2005, 2006 e 2010). Neste âmbito, observa-se que enquanto no pós PPI imediato Caruaru e Recife ampliaram o quantitativo de unidades de saúde, em Petrolina houve uma retração. No entanto, a série é encerrada com a redução do quantitativo de unidades de saúde em todos os territórios estudados.

Tabela 10 – Número e proporção de unidades de saúde por esfera de governo (municipal) e tipo de prestador (público), de Caruaru, Petrolina e Recife nos anos de 2001, 2005, 2006 e 2010.

Caruaru				Petrolina				Recife			
Quantidade de unidades de saúde vinculadas ao SUS											
2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010
88	98	102	96	72	84	79	76	260	290	302	289
Proporção de unidades de saúde sob gestão municipal											
2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010
84,09	89,79	91,18	91,67	94,44	92,86	93,67	92,10	70,77	79,31	78,81	81,31
Proporção de unidades de saúde por prestador público											
2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010	2001	2005	2006	2010
73,86	78,57	78,43	73,96	66,67	75	77,21	80,26	55	68,96	67,22	71,28

Fonte: TABWIN, DATASUS, 2012.

Apesar das reduções nos quantitativos de unidades de saúde, estes não foram tão elevados. Por outro lado, há uma expectativa na direção de que uma vez os territórios passassem à sede de macrorregião seria, em princípio, contraditória a redução de redes públicas de assistência à saúde. Porém, devem-se realizar estudos pormenorizados em torno destas reduções que não são objeto do presente trabalho.

A proporção de unidades existentes por esfera de governo municipal denota não ter havido grandes alterações, permanecendo este gestor o majoritário. A proporção de unidades de saúde por tipo de prestador de maneira similar ao tipo de esfera, não apresentou alterações significativas.

Assim, a PPI, a princípio, não interferiu na conformação das redes públicas de assistência à saúde, por esfera e tipo de prestador, uma vez que a situação anterior já consagrava a gestão municipal e prestador público como soberanos quando considerado o quantitativo total de unidades de saúde.

A tabela 11 apresenta o número de leitos hospitalares dos territórios pesquisados, além de outras informações. Quanto à questão do número de leitos hospitalares, os achados apontaram para o crescimento destes em Caruaru, ao longo dos anos, apresentando-se reduzido no Pós PPI em Petrolina, embora ampliados em 2010, igualmente a Recife.

Antes de estabelecer a relação entre o número de leitos hospitalares existentes e necessários é importante referir que, de acordo com Farias (2009):

[...] tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países membros. A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país (FARIAS, 2009, p.77).

Por outro lado, a Portaria nº 1.101/ 2002 (BRASIL, 2002) preconiza 2,5 a 03 leitos por 1.000 habitantes. Uma vez que a PPI considerou a referida portaria, a análise seguinte estabeleceu a perspectiva abordada na referida portaria, ressaltando-se as considerações tecidas por Farias (2009).

Portanto, quanto à relação entre o número de leitos existentes e necessários, os três territórios não apresentaram quantitativo suficiente para a população residente ao longo da série. Se for calculada a necessidade para a população referenciada, amplia-se ainda mais estas disparidades.

Tabela 11 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) e proporção de leitos sob gestão municipal e tipo de prestador (público) em Caruaru, Petrolina e Recife em 2005, 2007 e 2010.

Caruaru						Petrolina						Recife					
2005		2007		2010		2005		2007		2010		2005		2007		2010	
Leitos hospitalares existentes e necessários																	
N	E	N	E	N	E	N	E	N	E	N	E	N	E	N	E	N	E
836	503	862	524	945	527	761	278	828	221	882	295	5760	4503	6179	4650	6059	4613
Proporção de leitos hospitalares sob gestão municipal																	
2005		2007		2010		2005		2007		2010		2005		2007		2010	
44,53%		54,58%		49,71%		10,79%		95,47%		48,47%		47,19%		44,15%		37,15%	
Proporção de leitos hospitalares por tipo de prestador (público)																	
2005		2007		2010		2005		2007		2010		2005		2007		2010	
74,55%		72,14%		74,19%		69,78%		81,90%		96,61%		67,71%		76,15%		77,58%	

Fonte: CNESWEB, 2012.

Notas:

1. Excluídos os leitos classificados como complementares no ano de 2010.
2. Para o cálculo de necessidades foi utilizada apenas a população própria.
3. Analisada proporção de leitos hospitalares de acordo com a natureza pública do prestador de serviços de saúde.

Os leitos hospitalares por esfera de governo passaram cada vez mais para a gestão estadual no pós PPI. Quanto ao prestador público a proporção foi ampliada em Petrolina e de maneira discreta em Recife. Entretanto, em toda a série os leitos pertencentes ao prestador público permaneceram em maioria. Estes resultados apresentaram-se diferentes dos achados de Farias (2009) ao indicar que do total de leitos registrados pela pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2005 existentes no Brasil, 33,6% eram públicos e 66,4% privados.

Dados do CNES, entretanto, apontaram para a existência de OS enquanto gestoras de unidades de saúde salientando, pois, uma nova tendência na gerência das redes públicas de assistência à saúde. A adoção desta modalidade foi identificada, principalmente nas unidades de saúde sob gestão estadual e nos anos finais da série pesquisada.

Neste aspecto, edita-se a opinião de Nogueira (2010), quando este revelou que a modalidade de gerência calcada pela contratação de OS vem sendo instalada pelos gestores “em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS” (NOGUEIRA, 2010, p. 36).

Gonçalves (1998) advoga a necessidade de retomar procedimentos que fortaleçam as ideias originárias do SUS previstas na Constituição Federal de 1988, quando dispôs a permissão das instituições privadas participarem do SUS de forma complementar (art. 199, §1º da Constituição Federal do Brasil, 1988) não significa o Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestada por um hospital público ou por um centro de saúde. Acentua, portanto, a possibilidade da execução material, salvaguardando-se, pois, a gestão operacional.

Apesar das argumentações que vigoram atualmente em torno dos possíveis benefícios da contratação de OS para gerenciar unidades constantes nas redes públicas de assistência à saúde, esta tendência deve ser repensada e revista, uma vez que pode colidir com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente com a integralidade da atenção.

À luz da PPI, este princípio deve ser perseguido, haja vista a possibilidade de acesso da população aos serviços inexistentes no âmbito do próprio território. Os resultados encontrados apontam que a PPI não interferiu no tipo de gerência aplicado nas redes públicas de assistência à saúde. Neste aspecto, pode-se questionar que se a PPI não toca na questão da terceirização da assistência ficaria então, à mercê de outras variáveis que definem este processo.

Nesta perspectiva, outras pesquisas poderão elucidar possíveis interações entre a aplicação da PPI e o acesso efetivo aos serviços terceirizados, tendo em vista que a programação prevista pelo instrumento engloba diversos procedimentos e ações de saúde, incluindo aqueles que apresentam alto custo.

Tabela 12 – Equipamentos selecionados e força de trabalho disponíveis ao Sistema Único de Saúde, existentes e necessários em Caruaru, Petrolina e Recife, antes e após a Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde em 2006.

ESPECIFICAÇÃO	Parâmetros	CARUARU			PETROLINA			RECIFE		
EQUIPAMENTOS SELECIONADOS										
Anos selecionados		2005	2007	2010	2005	2007	2010	2005	2007	2010
Mamógrafo	01 equipamento para 240 mil habitantes/ ano	02	03	04	02	02	03	18	18	19
Raio X	01 equipamento para cada 25 mil habitantes/ ano	18	18	21	08	12	12	110	111	120
Tomógrafo computadorizado	01 equipamento para cada 100 mil habitantes/ ano	03	03	04	02	03	04	20	23	25
Resonância magnética	01 equipamento para cada 500 mil habitantes/ ano	01	00	01	01	02	03	05	8	10
Ultrassom	01 para cada 25 mil habitantes/ ano	15	17	19	07	15	17	59	66	78
Equipo odontológico	01 equipamento para cada 4.500 habitantes/ ano	00	53	28	00	47	46	00	147	156
Total		39	94	107	20	81	85	212	373	408
FORÇA DE TRABALHO (APENAS VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)										
Anos selecionados		2005	2007	2010	2005	2007	2010	2005	2007	2010
Médicos	01 médico para cada 1.000 habitantes/ ano	00	339	368	00	128	205	00	3.066	3.815
Odontólogos	01 odontólogo para cada 1.500 habitantes/ ano	00	100	115	00	49	54	00	337	339
Profissionais de saúde (TOTAL)	Não analisado	00	703	878	00	356	541	00	8.730	10.533

Fonte: CNESWEB, 2012.

Notas:

1. O SIS (CNESWEB) não disponibilizou os dados relativos à força de trabalho para o ano de 2005.
2. Legenda adotada: cor verde = superou a meta preconizada; cor amarela = igualou à meta preconizada e cor vermelha = abaixo da meta preconizada.

- 3. Parâmetro considerado para a quantidade de equipes odontológicas: se for consenso que cada equipe odontológica poderá trabalhar ao longo de 03 turnos, pode-se aplicar a necessidade de 01 equipamento para cada 4.500 habitantes.**

Prosseguindo a análise da formatação das redes públicas de assistência à saúde no período pré e pós PPI, foi construída a tabela 12, que demonstra a quantidade de equipamentos selecionados (mamógrafo, raio x, tomógrafo computadorizado, ressonância magnética e equipe odontológica), além da força de trabalho disponibilizada ao SUS nos territórios analisados, onde foram detalhadas as categorias profissionais: médicos e odontólogos.

É importante destacar que grande parte dos parâmetros utilizados para a análise constante na tabela 12, foi extraída da Portaria nº 1.101/ 2002, do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial do Sistema Único de Saúde.

Quanto aos equipamentos selecionados, observou-se que em todos os territórios houve ampliação em seus quantitativos, especialmente ao final da série (2010). Ao analisar os equipamentos de saúde detalhadamente, observa-se que a maioria deles apresentou quantidades esperadas a partir dos parâmetros adotados. Alguns destes, quando não atingiam no pré PPI à estimativa preconizada, passaram a cumprir o previsto no pós PPI, a exemplo dos equipamentos de raio x, tomógrafo computadorizado, ultrassom e ressonância magnética. Entretanto, os equipes odontológicas não atenderam à expectativa em nenhum momento da série na totalidade dos territórios enfocados.

Quanto à força de trabalho, observou-se que nos três territórios entre os anos 2007 e 2010 houve ampliação no quantitativo global de profissionais de saúde destinados aos SUS. Ao detalhar por categoria profissional (médicos e odontológicos) constatou-se que apenas em Petrolina havia quantidade menor no número de médicos em relação à necessidade no pós PPI. Em todos os territórios o número de odontólogos não atendeu à meta prevista. Dessa forma, pode-se recorrer à Narvai (1999) que estabelece alguns questionamentos acerca dos parâmetros utilizados para a necessidade de odontólogos para integrar a força de trabalho. Contudo, ele refere à existência indesejável de um desequilíbrio estrutural na distribuição desta categoria profissional. Portanto, em que pese à instituição de novas políticas de saúde bucal para reverter este quadro, observa-se que este setor da saúde requer novos aportes e investimentos para poder atender à população condignamente.

Os próximos parágrafos foram dedicados a dispor sinteticamente os achados relativos às redes públicas de assistência à saúde. Neste sentido, quanto ao quantitativo de unidades de saúde, observou-se que no pós PPI imediato houve ampliação deste número em Caruaru e Recife, sendo reduzida em Petrolina. A série, entretanto é encerrada com retração destas

unidades de saúde em todos os territórios. Por outro lado, o número de leitos existentes, foram ampliados em Caruaru e Petrolina e reduzidos em Recife em 2010. Entretanto, o quantitativo de leitos não atendeu à necessidade recomendada em todos os territórios pesquisados, podendo significar dificuldade de acesso às internações hospitalares. Este resultado coaduna-se com o registro de produção apresentado no item anterior que demonstrou o não cumprimento das metas previstas para este tipo de atenção quando do registro de produção na totalidade dos territórios trabalhados.

Os equipamentos selecionados foram ampliados no pós PPI. A força de trabalho nos territórios estudados também foi ampliada. No entanto, as quantidades estimadas de profissionais médicos foram superiores às identificadas em Petrolina. Novos estudos podem averiguar se esta lacuna não interferiu nos achados comprometedores de produção em relação às metas programadas para este território, esboçadas no tópico anteriormente trabalhado.

Ao estabelecer uma análise geral acerca da conformação de redes públicas de assistência à saúde trabalhada neste item, é importante focar que a mesma toma rumo diferenciado no final da série estudada, especialmente no que se refere à diminuição de unidades de saúde, ampliação da gestão estadual como executora/ prestadora de serviços de saúde na gestão hospitalar, terceirização de serviços através de OS, dentre outros aspectos. Mais uma vez a PPI não chegou a interferir nestes processos, provavelmente porque passou a não mais guiar a assistência em sua conformação, a despeito de outras lógicas.

Resgata-se, pois, as ideias de Ayres (1995) quando afirma que a ampliação dos serviços de saúde não significa aumento de efetividade de ações. Entretanto, quando a programação local não atende às possíveis demandas da comunidade, afirmam Calleman; Moreira; Sanchez (1998) pode-se optar pelo incremento das redes públicas de assistência à saúde. Esta noção está em acordo com a perspectiva da adoção do PDI no processo de regionalização; uma vez que este instrumento foi pensado na perspectiva de garantir investimentos nas redes públicas de assistência à saúde. Entretanto, as incongruências até então constatadas por este trabalho, comprovam a ausência da interrelação entre os instrumentos de planejamento e sua utilização cujo lugar, por excelência, parece ter sido “repousá-los nas estantes (inclusive virtuais) e/ ou gavetas dos gestores” após concebidos (grifos nossos).

5 ABRANGÊNCIA, LIMITES E DIFICULDADES DA PESQUISA

Considerando que a presente pesquisa versou sobre os territórios sede de macrorregião do estado de Pernambuco (Caruaru, Petrolina e Recife), seus resultados são válidos apenas para estas localidades. Assim, indica-se a realização de futuras investigações envolvendo demais territórios do estado e unidades federadas.

Outro aspecto a destacar refere-se à abrangência do instrumento ora trabalhado. A PPI é uma ferramenta de planejamento e programação que tem interface com diversas áreas e dimensões do sistema de saúde. Nesta perspectiva, seu processo avaliativo para tornar-se integral deve englobar as diversas dimensões às quais este instrumento correlaciona-se. Seu caráter abrangente não viabiliza a adoção de estratégias simplificadas de avaliação.

Pode corroborar com esta realidade, o processo de construção da PPI; pois quando este não ocorre de maneira participativa, seus registros podem não ser devidamente socializados e publicizados. A falta de domínio público em torno do processo de pactuação, sua execução e resultados aparentam tratar o presente objeto de estudo como uma verdadeira “caixa preta” (grifos nossos). Neste sentido, analisá-lo torna-se uma tarefa árdua, intercalada pela busca minuciosa de definições oriundas dos diversos momentos de negociação e pactuação. A rotatividade contínua dos gestores do SUS agrava a situação de desconhecimento em torno dos pactos e negociações frutos da PPI.

Por vezes, os sistemas de informação em saúde não fornecem dados suficientes ou então os dados não são confiáveis, podendo haver sub-registro ou seu oposto. Ainda em relação aos SIS, a introdução da tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos provocou modificações no rol de procedimentos e respectivos códigos, sendo necessário processo de compatibilização entre as tabelas em vigor durante a série temporal estudada. Estas alterações reverberam-se no âmbito dos desdobramentos e agregações previstos; e colaboram com esta dificuldade, alterações de outra ordem pautadas pelas atualizações financeiras sofridas pelos procedimentos tabelados.

Em virtude da pesquisa ter caráter quantitativo, não demonstra a riqueza do processo de pactuação e negociação entre os gestores ocorridos ao longo do mesmo. Certamente, novos trabalhos devem ser desenvolvidos no sentido de resgatar os aspectos qualitativos presentes nos diversos momentos processuais.

Por se tratar de um estudo empírico, este trabalho permite previsões e expectativas, porém não é possível checar relações de causa e efeito entre as variáveis identificadas, o que só seria possível através de estudo de outra natureza, a exemplo de estudos experimentais.

6 CONCLUSÕES, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.

A partir da análise dos dados obtidos no período compreendido entre os anos pré PPI (2000 a 2005) e pós PPI (2006 a 2010), foi possível identificar algumas evidências em torno de modificações operadas na constituição dos tetos financeiros, bem como na conformação das redes públicas de assistência à saúde nas sedes de macrorregião de Pernambuco. Tais transformações, no entanto, transcorreram após a instalação do instrumento de planejamento e programação em saúde em dois momentos. O primeiro momento, o pós PPI imediato, correspondeu aos anos 2006, 2007 e 2008. O segundo, doravante denominado pós PPI mediato, abrangeu 2009 e principalmente 2010.

Dessa forma, em relação à composição dos tetos financeiros da média e alta complexidade das gestões do SUS dos municípios sede da macrorregião, observou-se que no período pós PPI imediato, as gestões municipais de Caruaru e Petrolina obtiveram ampliação dos seus tetos financeiros relativos à média e alta complexidade, enquanto em Recife as modificações operadas não chegaram a ser significativas. Tal constatação sugere que, a PPI buscou estabelecer uma redistribuição dos recursos financeiros em direção às sedes de macrorregiões de saúde do interior do estado, o que poderia ser interpretado como um mecanismo de fortalecimento do processo de regionalização da assistência à saúde.

No momento pós PPI mediato, percebeu-se que outras lógicas de constituição dos tetos financeiros foram consideradas, entretanto não chegaram a ser norteadas pelo propósito de diminuir as disparidades dos tetos financeiros entre as sedes de macrorregião pesquisadas.

Do ponto de vista da descentralização, nos dois momentos pós PPI evidenciou-se ampliação efetiva de recursos no teto financeiro do gestor estadual, caracterizando uma recentralização e fortalecimento desta esfera de governo. O processo de municipalização, que poderia ter sido revigorado através da ampliação definitiva dos tetos financeiros das gestões municipais, em detrimento dos recursos concentrados na gestão estadual, parece ter sofrido golpes na sua consolidação. Atenta-se, no entanto, para o dilema da (re) centralização (estadualização) versus descentralização (municipalização), que vem sendo protagonizado pelos gestores envolvidos. Não se trata, portanto, de um processo unilateral e de abrangência locorregional. Evidentemente, vem sendo acordado entre os entes, tendo em vista os dispositivos legais que determinam o processo de pactuação na configuração da política de saúde. Importante ressaltar que os achados que permitem chegar a estas conclusões, persistem

quando se estabelece uma análise que considera as populações tanto residentes como referenciadas.

Quanto ao registro de procedimentos de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) nos territórios pesquisados, constatou-se que no pós PPI imediato, houve ampliação dos quantitativos de produção dos procedimentos de média e alta complexidade nas sedes de macrorregião estudadas.

Ao analisar o pós PPI mediato, acentuaram-se diferenças, observando-se efetivo acréscimo destes registros no território de Recife, em detrimento das demais sedes estudadas. Assim, apesar da implantação da PPI estar de imediato, associada ao acréscimo dos registros de produção, podendo ser interpretada como mais um indicativo na direção da regionalização, ao final da série esta ideia é revertida, passando a constatar-se intensificação de registros de produção da MAC no território de Recife.

Neste caso, o processo de descentralização através da estadualização (ou recentralização), chega a interferir na regionalização, tendo em vista que uma das principais razões de operar-se a supramencionada intensificação, deveu-se à retomada pelo gestor estadual do papel de prestador de serviços. Esta retomada foi estruturada especialmente no território do Recife, uma vez que grande parte dos registros de produção foi executada pelo gestor estadual.

A rede pública, por sua vez, prosseguiu sendo fortalecida ao longo da série, cujo processo vinha sendo estruturado mesmo antes da PPI, com as metas pactuadas sendo atingidas em Caruaru e em Recife. Exceção, no entanto, deve ser pontuada no que diz respeito aos internamentos hospitalares, cujas frequências se mostraram insuficientes para atender ao programado nos três territórios analisados.

Sinteticamente, considerando o registro de produção assistencial a partir da PPI, tanto a regionalização, quanto a descentralização (municipalização), não foram instauradas em sua totalidade. De certo, referem-se a processos em construção que envolvem, além da PPI, outros instrumentos a exemplo do PDI, bem como outras variáveis, que podem ir desde a conjugação de forças políticas até o processo decisório estabelecido em cada gestão de governo.

Em relação à conformação da rede assistencial identificou-se que no pós PPI imediato, foi operada ampliação no quantitativo de unidades de saúde na maioria das sedes de macrorregião. No pós PPI mediato, constatou-se uma retração da rede assistencial de saúde.

Quanto ao número de leitos hospitalares, não houve um padrão unívoco nos territórios pesquisados, embora Recife encerre a série com retração em seus quantitativos. A gestão estadual dos leitos nos territórios no pós PPI mediato é ampliada. Configura-se dessa forma, mais uma vez, a estadualização. Importante ressaltar, que nenhum dos territórios possuía quantidade suficiente de leitos hospitalares, sequer para a população própria, quando consideram-se parâmetros para o cálculo de necessidades. Esta situação estaria a justificar a ampliação futura de seu quantitativo, desde que preservadas as concepções de planejamento regional e solidário, sob o risco de coexistirem leitos ociosos em cada região, que deve proceder uma análise acerca de leitos em funcionamento e resolutivos.

Em todos os momentos da série, observou-se preponderância do prestador público sobre o privado. Houve aumento dos equipamentos de saúde, muitos deles passando a atender, após a PPI, à necessidade prevista para a população própria, à exceção dos equipos odontológicos insuficientes em todo o período analisado. A força de trabalho também apresentou crescimento, havendo, entretanto, carência de profissionais médicos em Petrolina e de odontólogos nos três territórios trabalhados. Tudo leva a crer que a insuficiência de profissionais médicos em Petrolina possa ter colaborado para que o território não atingisse às metas propostas pela PPI.

Identificou-se a tendência das redes públicas de assistência à saúde serem gerenciadas por OS, especialmente ao final da série, demonstrando instalação paulatina de terceirizações no âmbito da gerência das unidades de saúde. Neste sentido, o presente estudo não objetivou investigar possíveis mecanismos que demonstrassem a funcionalidade deste modelo de gerenciamento; aspecto que poderá ser averiguado em momentos posteriores com o intuito de analisar, quantitativamente e qualitativamente, a regulação do acesso a estas unidades de saúde, uma questão ligada diretamente à operacionalização do instrumento enfocado.

Em suma, as dimensões ora enfatizadas, apontam que a PPI, apesar de ter esboçado inicialmente o propósito de fortalecer a regionalização, não conseguiu avançar no sentido de consolidá-la, tendo em vista que outras variáveis passaram a vigorar, prevalecendo enquanto mecanismo indutor de formatação e desenho da política de saúde. A descentralização traçou caminho oposto à municipalização, restringindo-se a um processo de estadualização. Contudo, torna-se relevante resgatar que a PPI não é uma ferramenta a ser aplicada de maneira isolada, mas antes, deverá integrar-se aos demais instrumentos de planejamento e programação previstos, para poder facilitar a estruturação das diretrizes organizativas do SUS ora elencadas.

Efetivamente, a PPI não teve “fôlego” suficiente, enquanto possível vetor de transformação da política de saúde, para propiciar a consolidação da regionalização e da descentralização com vistas à municipalização (grifos nossos). Evidenciou-se, que outras variáveis foram preponderantes neste aspecto. Neste tocante, identificou-se um processo de encolhimento do papel do município enquanto gestor de saúde responsável pela prestação de serviços em seu território. Corrobora com esta perspectiva, a extensão da gestão estadual como executora de serviços de saúde. Esta “troca de papéis” (grifos nossos), sem dúvida, vem acompanhada de alguns questionamentos que podem ser investigados em outros momentos; tais como:

- Na medida em que a gestão estadual amplia o seu papel enquanto prestador de serviços; há comprometimento de sua incumbência em articular o sistema de saúde, fortalecendo as regiões como contrapartida?

- Na ocorrência desta troca de papéis, provavelmente engendrada por uma concordância em via de mão-dupla, em que medida houve interferências do crescimento econômico e da força política desiguais entre os entes federativos?

- Há que pensar se o fenômeno, ora tratado, foi resultante de fragilidades tecnológicas instauradas anteriormente quando do início do processo de municipalização? (quais?)

Novos estudos podem responder estas indagações. Por outro lado, algumas contribuições podem ser assinaladas a partir da implantação da PPI, dentre elas a visualização da composição dos recursos financeiros disponíveis para a gestão do SUS voltada para a assistência à média e alta complexidade, a tentativa de promover uma distribuição equânime para o financiamento do sistema de saúde e o processo de construção, marcado pela participação intergestores.

Por fim, não parece haver controvérsia de que a PPI deve sofrer modificações. Estas envolvem, desde aspectos operativos e de programação, até outros concernentes ao cenário de correlação de forças e dos conflitos residuais. Nesta última dimensão assinalada, espera-se que a PPI promova o equacionamento de novas variáveis presentes no jogo político e na (re)constituição do poder. Tal equacionamento configura-se, pois, na tentativa de que sua aplicabilidade não seja desvirtuada e açambarcada por outros vieses que passem ao largo do ideal de fomentar o SUS conforme foi concebido. Cumpre, portanto, traçar o caminho que é o de permitir que a política de saúde de todos os brasileiros não sucumba a interesses que trafegam na contramão de suas diretrizes organizativas.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula.** Revista de Sociologia e Política, jun; número 024, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

AFONSO, José Roberto Rodrigues; LOBO, Thereza. Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. Revista Planejamento e Políticas Públicas, nº 10, Dez, 1996. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ppp/pdf/ppp14.pdf>>. Acesso em: novembro de 2011.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; COSTA, André Monteiro; SILVA, Edilene de Melo. **Avaliação da regionalização da assistência perinatal: tipos de estudos e perspectivas para Pernambuco/ Brasil.** Revista IMIP, 14(1):13-23, jan-jun. 2000.

ALVES, Márcio José Martins et al. **A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião Sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S26-S34, 2010.

AMARAL, Ana Claudia Santos et al.. **Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1617-1626, nov-dez, 2004

AMORIM, André Luiz Guimarães. **Descentralização e regionalização na assistência à saúde: um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais.** Monografia (Especialização) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2007.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas pública. In: GERSCHMAN, Silvia et al. **A miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em Saúde e mix público-privado.** Julho, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf>. Acesso em janeiro de 2012.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E EMPRESARIAL DE CARUARU. **Conheça Caruaru.** Disponível em: <<http://acic-caruaru.com.br/conheca-caruaru/>>. Acesso em abril de 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O enfoque de Risco na Programação em Saúde: fundamentos e perspectivas.** Saúde e Sociedade 4(1/2): 71-74, 1995.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto elaborado para o XIX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Belo Horizonte-MG, entre 26 a 30 de abril de 2003, sob o tema “Saúde: Direito de Todos e Dever do Estado - 15 Anos” Epidemiologia e Serviços de Saúde; 13(1) : 15 – 24, 2004.

BRANCO, Maria Alice Fernandes; GUERREIRO, Jória Viana. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1689-1698, 2011.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:< [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-\[4-110810-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/4/constituicao-federal-[4-110810-SES-MT].pdf)>. Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde 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. Brasília: Senado Federal, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Disponível em: <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acesso em 17 set. 2011, às 14:35.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/ GM,** de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a). Disponível em:< http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf > Acesso em: 29 out. 2010, às 10:04.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006.** Define o processo de pactuação pactuada e integrada da assistência em saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (c). 148 p. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf> > Acesso em 29 out. 2010, às 10:12.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006 (d).

_____. Ministério da Saúde. **Site Oficial.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1353> Acesso em: 16 de dezembro de 2010 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em novembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (site oficial).** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/biss/2007/01_020407_indicadores_hospitalares.htm>. Acesso em novembro de 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

BUSATO, Luciano. **Programação Pactuada e Integrada: oportunidade de readequação estratégica para o hospital de caridade de canela no processo de regionalização da saúde.** Monografia (Especialização) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CALEMAN, Gilson; MOREIRA, Marizélia Leão; SANCHEZ, Maria Cecília. **Auditoria, Controle e programação dos Serviços de Saúde.** Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1865-1874, 2007.

CARVALHO, Gilson. **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente e pactuada entre municípios e estados.** Revista CONASEMS, v.11, 2005.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira et al. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: característica e desafios.** Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84/79>>. Acesso em: janeiro 2012.

CONIL, Eleanor Minho. **Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004

DANIEL, Vanessa Marques; MORON, Marie Anne Macadar. **A Concretização da Programação Pactuada e Integrada em Saúde com o Uso de um Sistema de Informação: Uma análise de Municípios Gaúchos.** Trabalho apresentado no X Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo.** 19ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Rev Saude Publica 2011;45(1):204-11.

EDLER, Flávio Coelho; LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FADEL, Cristina Berger et al. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. RAP, Rio de Janeiro 43(2):445-56, MAR./ABR. 2009.

FARIAS, Sidney Feitoza. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):795-806, 2004.

GIVISIE, Gustavo Henrique Naves; RODRIGUES, Cristiano Salles. **Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes**. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre Terceirizações e Parcerias na Saúde Pública**. Ministério Público Federal. Distrito Federal, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/wagterc.htm>>. Acessado em: janeiro de 2012.

GONDIM, Grácia et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Site: [www.saudecoletiva](http://www.saudecoletiva.com.br/cursos/c11_2.pdf). 2009. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em: 09 de março de 2012.

HIRANO, Edna Miyuki; LINGUANOTTO, Maria José Ribeiro; DONNINI, Osvaldo Antonio. **Análise comparativa entre Produção e Programação Pactuada e Integrada – PPI de internações hospitalares de média complexidade, no Município de São Paulo - 2008 a 2009**. São Paulo. Secretaria da Saúde, 2010.

HUNTER, D.J., VIENON, M. & WLODARCZYK, W.C. – Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. & SAKKELARIDES, C. (Editors) – **Critical challenge for health care reform in Europe**. Buckingham, Open University Press, 1998, p. 308-324.

JÚNIOR, Evanildo Souza da Silva et al.. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

JUNIOR, Irineu Francisco Barreto; SILVA, Zilda Pereira da. **Reforma do Sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual**. São Paulo em Perspectiva, 18(3): 47-56, 2004.

KAMIMURA, Quésia; MOLINA, Vera Lúcia Ignácio. **A PPI como instrumento de programação no contexto de regionalização da assistência à saúde**. Trabalho apresentado no VII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IV Encontro Americano de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Paraíba, 2004.

LEITE, Juliana Alves; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Internações e serviços de urgência e emergência em hospital geral público da Bahia, Brasil**. Revista Baiana de saúde pública. v.34, n.1, p.31-43 jan./mar. 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Abrasco. V.6, n.2, 2001.

LIMA, Carolina Palhares. **Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do Plano plurianual 2008-2011**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. Editora RT, São Paulo: 22.^a ed. 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MILLS, Anne et al.. Conceptos Y problemas de La descentralización: examen general. IN: **Descentralización de los sistemas de salud – Conceptos, aspectos y experiencias nacionales**. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, 1990. P.11-46.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. Belo Horizonte: SES/ MG, 2004.

MOLESINI, Joana Angélica et al. **Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS**. Revista de Saúde Pública v.34, n.3, p.623-638 jul./set. 2010.

NARVAI, Paulo Capel. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal. In: KRIGER, Léo. **ABOPREV: Promoção de saúde bucal**. São Paulo, ABOPROV, 1999.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; SANTOS, Nelson Rodrigues dos (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

OLIVEIRA, Flávio José Fonseca. **A programação pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de assistência à saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS**. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=343>. Acesso em novembro de 2011.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araújo. **Desenvolvimento de um instrumento para avaliar o grau de implantação da Política de Regionalização**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PARAÍBA. Governo do estado da Paraíba. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Site: www.saude.pb.gov.br. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf>. Acesso em novembro de 2011.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. **Da Administração Pública Burocrática à Gerencial**. Revista do Serviço Público, ENAP, volume 120, n.1 jan/abr-1996.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização/ 2006**. Disponível em: http://www.famegpe.com.br/App_Themes/fameg/arquivos/PDR-PLANO_DIRETOR_DE_REGIONALIZACAO.pdf. Acesso em: outubro de 2011.

PORTO, Silvia et al. **Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1393-1404, jun, 2007.

PRUD'HOME, Rémy. **The Dangers of Decentralization**. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank: 1995.

RECIFE. Prefeitura da Cidade do. **Aspectos gerais**. Site: www.recife.pe.gov.br. 2011. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/aspectos-gerais/>. Acessado em: abril de 2012.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 5 (1): 60-81, jan/mar, 1989.

RODRIGUES, Ciane dos Santos. **Política de Regionalização: um estudo sobre seus instrumentos de gestão**. R. pesq.: cuid. fundam. 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):956-959.

RONDINELLI, D. D. **Implmenting Decentralisation Programmes in Asia: A comparative Analysis**. Public Admistration and Development. Vol 3, nº 3, p.181-208. 1983.

SILVA JÚNIOR, Aluísio; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.; ADA, Corbo (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>. Acesso em 09 de março de 2012.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.533-546, 2010.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SÓTER, Ana Paula Menezes. **O Papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco**. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo cruz, Recife, 2009.

TOBAR, Frederico. **O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos**. Planejamento e Políticas Públicas, nº 5: 31-51, junho de 1991.

TRAVASSOS, Claudia; NORONHA, José Carvalho de; MARTINS, Mônica. **Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão.** Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):367-381, 1999.