

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**SERGIANE MAIA MACIEL**

**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO  
MARANHÃO: um estudo a partir do Programa Saúde é Vida**

São Luís  
2018

**SERGIANE MAIA MACIEL**

**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO  
MARANHÃO: um estudo a partir do Programa Saúde é Vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Salviana de Maria Pastor Santos Sousa

São Luís  
2018

**Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA**

Maciel, Sergiane Maia.

Processo de reestruturação da saúde pública no estado do Maranhão: um estudo a partir do Programa Saúde é Vida / Sergiane Maia Maciel. - 2018.

245 f.: il.

Orientador(a): Salviana de Maria Pastor Santos Sousa  
Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Doutorado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Políticas de saúde. 2. Hospital. 3. Direito à saúde. 4. Maranhão. 5. Avaliação. 6. Programa. I. Sousa, Salviana de Maria Pastor Santos. II. Título.

**SERGIANE MAIA MACIEL**

**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO  
MARANHÃO: um estudo a partir do Programa Saúde é Vida**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Aprovada em:        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Salviana de Maria Pastor Santos Sousa** (Orientadora)  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Raimunda Nonata do Nascimento Santana** (Examinadora)  
Doutora em Serviço Social  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Valéria Ferreira Santos Almada Lima** (Examinadora)  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra** (Examinadora Externa)  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco** (Examinador Externo)  
Doutor em Políticas Públicas  
Universidade CEUMA

Aos usuários do SUS do Estado do Maranhão, em especial aos usuários do interior do estado, que em situações de pobreza e fome, ainda vivenciam inúmeras barreiras de acesso no cotidiano do uso dos serviços, aos profissionais de saúde, que fazem o possível e o impossível para prestarem uma assistência de qualidade, e aos gestores, que com os escassos recursos, se mantêm firmes na consolidação do sistema público e universal.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por abençoar sempre toda minha trajetória de estudos, e por iluminar este caminho;

Este trabalho é fruto de uma caminhada intensa de estudos e seminários sistematizados pelo Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ao qual agradeço pelo corpo docente das disciplinas ministradas (Ilse Gomes Silva, Marina Maciel Abreu, Valéria Ferreira Santos Almada Lima, Franci Gomes Cardoso, Joana Aparecida Coutinho, Maria do Socorro Sousa de Araújo, Marly de Jesus Sá Dias, Maria Ozanira da Silva e Silva, Raimunda Nonata do Nascimento Santana e Salviana de Maria Pastor Santos Sousa) e aos demais professores pelos ensinamentos;

À Professora Doutora Salviana de Maria Pastor Sousa, orientadora desta tese de doutorado, cuja paciência se traduziu em uma orientação segura, responsável e de muitos cuidados;

Aos meus pais Pedro Alexandrino Maciel Filho e Lindalva Martins Maia Maciel, minhas referências de vida, exemplos de sabedoria, persistência e luta;

À minha amada família, fontes de amor incondicional, carinhosamente às irmãs Larissa e Noemia Maia Maciel, e aos sobrinhos Isis e Davi Maciel França, e em especial ao companheiro Hallison Soares e ao meu filho Pedro Maciel Soares. Obrigada, Pedro por sempre salvar os textos e compartilhar as longas noites de estudos!

Às Famílias Maia e Maciel (tios, tias, primos, primas, sobrinhos, sobrinhas madrinha, padrinho e afilhadas), em especial às avós Benedita Maciel e Lucimar Maia, que estão sempre na torcida e pelo carinho;

Aos discentes que fizeram e fazem parte da Turma de Mestrado e Doutorado 2014 do Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas da UFMA, pelas discussões enriquecedoras nas aulas e seminários, em especial aos amigos Fabrício Amaral, Maria do Carmo, Heric Hossoé, Osmar Gomes, Amanda Madureira, Josie Bastos e Richard Christian dos Santos, Talita Neulls, Andressa Vieira, Camila Souza, Kamila Campos, Adriana Jardim, Duarte Junior, Edvan Wilson, Margarete Cutrim, Priscilla Ribeiro, Thales Lopes, Ângela Roberta e Marcelino Soares;

Aos alunos, que participaram da execução da pesquisa, em especial à enfermeira Agostinha Pereira Rocha Neta, aluna da Residência Multiprofissional do

Hospital Universitário da UFMA, que acompanhou as fases da pesquisa de campo nos municípios de Morros e Lago dos Rodrigues, ao acadêmico de Medicina Josiel Guedes, e aos acadêmicos de Enfermagem Lyssandra Coelho e Raimundo dos Santos Neto, da UFMA, que acompanharam a fase da pesquisa de campo no município de Lago dos Rodrigues;

Ao amigo Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, cujas trocas afetiva e científica sempre se fizeram presentes;

Ao Professor Doutor Áquilas Mendes, que mesmo sem me conhecer, nas trocas por *e-mail*, ajudou a enriquecer e compreender as discussões deste trabalho sobre o fundo público no capitalismo contemporâneo e o financiamento do SUS;

À Professora Dra. Valéria Ferreira Santos Almada Lima e ao Professor Doutor Marcos Antônio Barbosa Pacheco, que participaram da banca examinadora de qualificação do projeto, pelas sugestões e direcionamentos;

À Universidade Federal do Maranhão, que me oportunizou a liberação integral das atividades como docente para cursar o Doutorado;

Ao Professor Doutor Natalino Salgado Filho, pelo auxílio e por entender a necessidade de dedicação exclusiva ao doutorado, sem o qual seria impossível concluir esse trabalho;

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), que fomentou parte da execução da pesquisa;

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Izabel e Edson, por serem sempre atenciosos para resolução de dúvidas e necessidades documentais durante todo o doutorado; Obrigada pelos *e-mails* e lembretes constantes!

Ao Júlio, pelo auxílio na disponibilização de materiais bibliográficos dos seminários e estudos, durante o curso de doutorado.

À Coordenadora Cynthia Griselda Castro Viégas, do setor de Estágio de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado do Maranhão, pelo apoio na pesquisa, e pelo atendimento dos ofícios e dos crachás;

À Enfermeira Daise Simas, da ESF do município de Morros, por sempre atender aos telefonemas e prestrar as orientações sobre o município;

Ao Senhor Clenildo, da Diretoria do Hospital Macrorregional de Coroatá, por sempre prestar as informações sobre os dados do hospital;

Aos usuários, profissionais de saúde e gestores, por concederem seu tempo, atenção e entrevistas, em especial ao enfermeiros Paulo Vinícius e Fadilane Brito, e aos médicos Dr. Manuel Alves dos Reis e Dr. José Rodrigues;

À bibliotecária Rosilene Costa de Araújo, pela organização do trabalho referentes às buscas de referências bibliográficas;

À amiga Letícia, da época do Marista, por disponibilizar todos os contatos para que a equipe da execução da pesquisa pudesse se estabelecer de forma segura nos dias da pesquisa no município de Lago dos Rodrigues;

Às demais pessoas, que contribuíram direta ou indiretamente para elaboração deste trabalho, ou que participam da minha vida.



“Parafrazeando Berlinguer (1987), ‘para se ter saúde é necessário modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, significa lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro’.

(BRAVO, 2011).

“Para que a saúde sobreponha à doença, é preciso mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um. Esse é o desafio”.

(BERLINGUER, 1998)

## RESUMO

Esta é uma pesquisa avaliativa que buscou apreender o processo de implementação do Programa Saúde é Vida. Para esse fim foi feita uma recomposição do contexto socioeconômico e político-institucional do Maranhão, desde o período de criação do Programa. Participaram da investigação três municípios maranhenses: Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues; selecionados em termos do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e porte do hospital, considerando duas dimensões: expansão da rede assistencial na média e alta complexidade e melhoria da assistência qualificada dos serviços de saúde. Utilizou-se da abordagem quantitativa e qualitativa, da utilização de fontes documentais, de bases estatísticas oficiais, de observações, de registros dos hospitais pesquisados, de entrevistas semiestruturadas e de notícias veiculadas pela mídia sobre o objeto de estudo. Foram entrevistados 91 sujeitos, sendo 03 gestores dos hospitais, 31 profissionais de saúde e 57 usuários, no período de janeiro a setembro de 2017. As categorias teóricas analisadas foram Estado, Políticas Públicas, Sistemas de Saúde e Hospital. Estado foi entendido na perspectiva marxista, ou seja, como parte de um sistema social mais amplo cujo propósito é favorecer o processo de acumulação do capital. As políticas públicas de corte social, como as políticas de saúde foram discutidas como expressão da luta social dos trabalhadores que, na contemporaneidade, se volta para aquisição de novos direitos ou manutenção daqueles historicamente conquistados que conformam os sistemas de proteção social. Os sistemas de saúde que agregam as políticas públicas foram vistos porque atendem de forma organizada as demandas e os direitos sociais. Os hospitais foram considerados porque são expressão do sistema de saúde, no qual há uma contradição entre o formato do SUS e sua prática orientada por serviços fragmentados, afinados com o modelo hospitalocêntrico. Considera-se que o “Programa Saúde é Vida”, trouxe contribuições no âmbito da assistência de média e alta complexidade, ao permitir o acesso a determinados serviços de saúde. Porém, entende-se que a reestruturação de serviços de saúde deve ir além. De um lado, afora o acesso é necessário, segundo as normativas do SUS, haver integralidade de assistência, face ao que o critério de acesso precisa ser combinado, dialeticamente, com uma

gestão racional de recursos que articule a economia de escala e a qualidade dos serviços em todos os níveis, iniciando pela atenção básica.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Hospital. Direito à saúde. Maranhão. Avaliação. Programa.

## ABSTRACT

This is an evaluative research that sought to apprehend the process of implementation of the Health and Life Program. To this end, the socioeconomic and political-institutional context of Maranhão has been recomposed since the program was created. Three municipalities in Maranhão participated: Morros, Coroatá and Lago dos Rodrigues; selected in terms of the Human Development Index (HDI) and hospital size, considering two dimensions: expansion of the care network in the medium and high complexity and improvement of the qualified assistance of the health services. We used the quantitative and qualitative approach, the use of documentary sources, official statistical bases, observations, records of the hospitals surveyed, semi-structured interviews and news reports by the media about the object of study. A total of 91 subjects were interviewed, being 03 hospital managers, 31 health professionals and 57 users, from January to September 2017. The theoretical categories analyzed were State, Public Policies, Health Systems and Hospital. State was understood in the Marxist perspective, that is, as part of a broader social system whose purpose is to favor the process of capital accumulation. Social policies, such as health policies, were discussed as an expression of the social struggle of workers, which, in the present time, turn to the acquisition of new rights or maintenance of those historically conquered that conform the systems of social protection. The health systems that aggregate the public policies were seen because they attend in an organized way the demands and the social rights. Hospitals were considered because they are an expression of the health system, in which there is a contradiction between the SUS format and its practice oriented by fragmented services, attuned to the hospital-centered model. The "Health and Life Program" is considered to have contributed to medium and high complexity care by allowing access to certain health services. However, it is understood that the restructuring of health services must go further. On the one hand, besides access, it is necessary, according to SUS regulations, to have comprehensive assistance, in view of which the access criterion needs to be dialectically combined with a rational resource management that articulates economies of scale and quality of care services at all levels, starting with basic care.

Keywords: Health policies. Hospital. Right to health. Maranhão. Evaluation. Program.

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1 - Mapa das Unidades Regionais de Saúde do Estado do Maranhão .....     | 133 |
| Figura 2 - Localização Geográfica do Município de Morros – MA .....             | 134 |
| Figura 3 - Localização Geográfica do Município de Coroatá – MA .....            | 134 |
| Figura 4 - Localização Geográfica do Município de Lago dos Rodrigues – MA ..... | 135 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Atenção Básica   |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva               |
| ACE     | Agente Comunitário de Endemias   |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde  |
| AIH     | Autorização de Internação Hospitalar                                   |
| AIS     | Ações Integradas de Saúde  |
| AME     | Ambulatório Médico Especializado                                       |
| ANFIP   | Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil |
| ANS     | Agência Nacional de Saúde Suplementar                                  |
| APS     | Atenção Primária de Saúde  |
| BCG     | Bacilo Calmette-Guérin utilizado na prevenção da Tuberculose           |
| BNDES   | Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social                   |
| BNDS    | Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social                   |
| CAPs    | Caixas de Aposentadorias e Pensões                                     |
| CEBES   | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde                                  |
| CEME    | Central de Medicamentos  |
| CEMESP  | Centro de Medicina Especializada                                       |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| CFM     | Conselho Federal de Medicina   |
| CGT     | Comando Geral dos Trabalhadores  |
| CIB     | Comissão Intergestores Bipartite                                       |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite                                      |
| CMS     | Conselho Municipal de Saúde  |
| CNA     | Confederação Nacional da Agricultura                                   |
| CNC     | Confederação Nacional do Comércio                                      |
| CNES    | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                         |
| CNI     | Confederação Nacional da Indústria                                     |
| CNS     | Conferência Nacional de Saúde  |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde   |
| COAP    | Contrato Organizativo de ação pública de saúde                         |
| CONAM   | Confederação Nacional de Moradores                                     |

|          |   |
|----------|---|
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde                                    |
| CONASP   | Conselho Consultivo da Administração Previdenciária                                     |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde   |
| CONTAG   | Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura                                  |
| COSEMS   | Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde                                    |
| CPMF     | Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira                                   |
| CTI      | Centro de Tratamento Intensivo  |
| CUT      | Central Única dos Trabalhadores   |
| DATAPREV | Empresa de Processamento de dados da Previdência Social                                 |
| DATASUS  | Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde  |
| DM       | Diabetes Mellitus   |
| DRU      | Desvinculação das Receitas da União   |
| EC       | Emenda Constitucional   |
| ECG      | Eletrocardiograma   |
| EMSERH   | Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares   |
| ENSP     | Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família   |
| EUA      | Estados Unidos da América   |
| FAE      | Fração Assistencial Especializada   |
| FAPEMA   | Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão |
| FBH      | Federação Nacional de Hospitais   |
| FHC      | Fernando Henrique Cardoso   |
| FIOCRUZ  | Fundação Oswaldo Cruz   |
| FMI      | Fundo Monetário Internacional   |
| FUNABEM  | Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor   |
| GED      | Grupo Especial de Descentralização  |
| GKV      | Fundo de Saúde do Gesetzliche Krankenversicherung                                       |
| HAS      | Hipertensão Arterial Sistêmica  |
| HPP      | Hospitais de Pequeno Porte  |
| IAIA     | Instituto de Assuntos Interamericanos   |
| IAPAS    | Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social               |
| IAPB     | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários                                      |

|        |  |
|--------|--|
| IAPC   | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários          |
| IAPETC | Instituto dos Trabalhadores em Transportes e Cargas            |
| IAPI   | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários         |
| IAPM   | Instituto dos Marítimos  |
| IAPs   | Institutos de Aposentadorias e Pensões                         |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| IDH    | Índice de Desenvolvimento Humano                               |
| IDHM   | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal                     |
| IEQGH  | Incentivo Estadual de Qualificação da Gestão Hospitalar        |
| IES    | Índice de Exclusão Social                                      |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPC   | Índice Nacional de Preços ao Consumidor                        |
| INPCA  | Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo                  |
| INPS   | Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social         |
| INVISA | Instituto Vida e Saúde   |
| IPEM   | Instituto de Previdência do Estado do Maranhão                 |
| JK     | Juscelino Kubitschek   |
| LACEN  | Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão               |
| LBA    | Fundação Legislativa de Assistência                            |
| LC     | Lei Complementar   |
| LOS    | Leis Orgânicas de Saúde  |
| MAS    | Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária                       |
| MAC    | Média e Alta Complexidade                                      |
| MESP   | Ministério da Educação e Saúde                                 |
| MPAS   | Ministério da Previdência e Assistência Social                 |
| NEPP   | Núcleo de Estudos de Políticas Públicas                        |
| NHS    | National Health Service  |
| NOAS   | Normas Operacionais Básicas                                    |
| NOBs   | Normas Operacionais Básicas                                    |
| OCDE   | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico      |
| OSCIPs | Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado           |
| OSS    | Orçamento da Seguridade Social                                 |
| OSs    | Organizações sociais   |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                                   |



|            |   |
|------------|---|
| OPAS       | Organização Pan-Americana da Saúde                  |
| PAB        | Piso Assistencial Básico                            |
| PACS       | Programa Agentes Comunitários de Saúde              |
| PAM        | Posto de Assistência Médica                         |
| PDI        | Plano Diretor de Investimentos                      |
| PDR        | Plano Diretor de Regionalização                     |
| PDS        | Partido Democrático Social                          |
| PDT        | Partido Democrático Trabalhista                     |
| PEC        | Proposta de Emenda à Constituição                   |
| PFL        | Partido da Frente Liberal                           |
| PIB        | Produto Interno Bruto                               |
| PMDB       | Partido do Movimento Democrático Brasileiro         |
| PNAB       | Política Nacional de Atenção Básica                 |
| PNAD       | Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios          |
| PNH        | Política Nacional de Humanização                    |
| PNHOSP     | Política Nacional de Atenção Hospitalar             |
| PNUD       | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento   |
| PPA        | Plano de Pronta Ação                                |
| PPI        | Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde |
| PPPG       | Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas     |
| PREV-SAÚDE | Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde      |
| PRONAN     | Programa Nacional de Alimentação e Nutrição         |
| PSF        | Programa Saúde da Família                           |
| PTB        | Partido Trabalhista Brasileiro                      |
| RASs       | Redes de Atenção à Saúde                            |
| REME       | Movimento de Renovação Médica                       |
| RENAME     | Relação Nacional de Medicamentos                    |
| RENASES    | Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde       |
| RSB        | Reforma Sanitária Brasileira                        |
| RUE        | Rede de Atenção às Urgências e Emergências          |
| SAMU       | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência            |
| SAS        | Secretária de Atenção à Saúde                       |
| SBPC       | Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência    |
| SESP       | Serviço Especial de Saúde Pública                   |

|        |  |
|--------|--|
| SIA    | Sistema de Informações Ambulatoriais                     |
| SIH    | Sistema de Informações Hospitalares                      |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência            |
| SIOPS  | Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde |
| SMS    | Secretárias Municipais de Saúde                          |
| SNS    | Sistema Nacional de Saúde                                |
| SPA    | Serviço de Pronto Atendimento                            |
| SRT    | Serviços Residenciais Terapêuticos                       |
| SUDS   | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde             |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                   |
| UCI    | Unidade de Cuidados Intermediários                       |
| UFMA   | Universidade Federal do Maranhão                         |
| UnB    | Universidade de Brasília                                 |
| UPAs   | Unidades de Pronto Atendimento                           |
| UTI    | Unidade de Terapia Intensiva                             |

## SUMÁRIO

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>19</b>  |
| <b>2</b>   | <b>O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO SEGUNDO PÓS-GUERRA: a gênese da política social</b> .....  | <b>39</b>  |
| <b>3</b>   | <b>O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....   | <b>47</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>O processo de institucionalização do SUS: resgate histórico brasileiro</b> .....   | <b>47</b>  |
| <b>3.2</b> | <b>O quadro político-institucional do Estado brasileiro na operacionalização do SUS</b> .....   | <b>66</b>  |
| <b>3.3</b> | <b>Princípios, diretrizes e engenharia do SUS</b> .....   | <b>74</b>  |
| <b>3.4</b> | <b>A Regionalização no Brasil na constituição das Redes de Atenção à saúde</b> .....  | <b>98</b>  |
| <b>3.5</b> | <b>O Financiamento do SUS</b> .....   | <b>101</b> |
| <b>4</b>   | <b>O PROGRAMA SAÚDE É VIDA NO CONTEXTO DO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO</b> .....                                 | <b>113</b> |
| <b>4.1</b> | <b>O Programa Saúde é Vida: contexto político-institucional do Maranhão e dilemas do processo de formulação da proposta</b> .....                     | <b>113</b> |
| <b>5</b>   | <b>AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE É VIDA</b> .....  | <b>131</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Localização dos Municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues no processo de regionalização e segundo suas localizações geográficas</b> ..... | <b>132</b> |
| <b>5.2</b> | <b>Características socioeconômicas, demográficas e de saúde selecionadas dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues</b> .....             | <b>135</b> |
| <b>5.3</b> | <b>Avaliação da capacidade instalada dos hospitais selecionados nos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues</b> .....                      | <b>141</b> |
| <b>5.4</b> | <b>Avaliação da assistência qualificada: acesso aos serviços de média e alta complexidade</b> .....   | <b>154</b> |
| <b>5.5</b> | <b>Avaliação da assistência qualificada: a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)</b> .....   | <b>178</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONCLUSÃO</b> .....  | <b>198</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>202</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>  | <b>226</b> |
| <b>APÊNDICE B - QUADRO ANALÍTICO DAS DIMENSÕES .....</b>   | <b>229</b> |
| <b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DA PESQUISA - FORMULÁRIO .....</b>   | <b>232</b> |
| <b>APÊNDICE D - INSTRUMENTO DA PESQUISA - ROTEIROS DAS ENTREVISTAS .....</b>                                     | <b>236</b> |
| <b>ANEXO A - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.....</b>   | <b>240</b> |
| <b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO .....</b>   | <b>241</b> |
| <b>ANEXO C - CARTA APRESENTADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>   | <b>244</b> |
| <b>ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO .....</b> | <b>245</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente documento constitui-se em uma tese desenvolvida no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPPG) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Tem como objeto de estudo o “Programa Saúde é Vida” como parte do processo de reestruturação da saúde pública no Maranhão; no período de 2009 a 2014. Resulta de pesquisa avaliativa que buscou aferir o grau de eficácia e eficiência em termos do processo de expansão da rede assistencial na média e alta complexidade<sup>1</sup> e da melhoria da qualidade dos serviços ofertados de saúde nesse estado, tomando como referência empírica três municípios: Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues.

Uma motivação central iluminou a escolha pelo campo da saúde, e por esse objeto de estudo, em particular. A minha própria condição de profissional da área, e a experiência como enfermeira no Hospital Pronto Socorro Djalma Marques, em São Luís, por mais de nove anos. Nesta condição, acompanhei uma realidade pautada pela chegada sistemática de ambulâncias do interior do estado, conduzindo pacientes à espera de atendimentos, filas por cirurgias eletivas, principalmente ortopédicas e vasculares, que se formavam ao longo dos meses, corredores lotados com pacientes em macas, com explícita violação aos direitos humanos básicos e universais de saúde.

O Programa Saúde é Vida foi criado em 2009, no governo de Roseana Sarney,<sup>2</sup> justamente com o propósito de resolver o déficit de leitos hospitalares no Maranhão e possibilitar a efetivação de internações em casos de média e alta complexidade; nesse estado caracterizado por vulneráveis indicadores

---

<sup>1</sup> No Sistema Único de Saúde (SUS), a média e alta complexidade são definidas como uma totalidade de procedimentos que envolvem alta tecnologia com alto custo, com o objetivo de proporcionar aos usuários do SUS serviços especializados e qualificados. Para saber sobre os procedimentos de média e alta complexidade, consultar o material de apoio conhecido como “O SUS de A a Z versão 2009”, elaborado pelo Ministério da Saúde, que traz uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Consultar também a “Coleção para entender a Gestão do SUS 2011”, que trata sobre assistência de média e alta complexidade no SUS (BRASIL, 2009; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

<sup>2</sup> Roseana Sarney governou o Maranhão por quatro mandatos, sendo dois consecutivos de 1995-2002. Chegou ao governo pela terceira vez após a cassação do governador Jackson Lago (Partido Democrático Trabalhista - PDT), vencedor das eleições de 2006, tomou posse em 17 (dezessete) abril de 2009, e foi reeleita em 2010.

socioeconômicos e fortes desigualdades sociais.<sup>3</sup> Tem fulcro na Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002 que definiu a classificação de hospitais em pequeno porte (com menos de 50 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos) (BRASIL, 2002).<sup>4</sup>

Apesar de amplamente divulgado pela mídia local como um novo modelo de assistência à saúde, em um processo de regionalização<sup>5</sup> em discussão, os propósitos do Programa Saúde é Vida não haviam sido alcançados totalmente, quando da elaboração da pesquisa que deu origem à presente tese. Os corredores continuavam lotados em São Luís, atendendo, além da demanda local da capital, a dos próprios municípios beneficiados com o Programa Saúde é Vida.

Essa contradição que colocava, de um lado, o discurso oficial que afiançava ser o Programa Saúde é Vida capaz de possibilitar a ocorrência de mudança substancial no atendimento médico-hospitalar no estado e, de outro, as sistemáticas denúncias sobre a incapacidade de atendimento e até a inviabilidade dessa estratégia governamental; reforçou dois níveis de questionamentos que conformam a tese aqui apresentada: o primeiro se refere à eficácia e eficiência das novas unidades hospitalares de pequeno e médio porte, que foram criadas em municípios maranhenses; e que se constituem em uma feição desse Programa. O segundo diz respeito ao elemento central mobilizador do Programa, o que questiona a própria pertinência desse tipo de construto considerando a relação custo benefício e as condições objetivas do estado para sua manutenção.

Uma resposta possível a esses questionamentos, e que foi acolhida nessa tese, pode ser encontrada nas ponderações de Silva, S. et al. (2013) e

---

<sup>3</sup> As características do Estado do Maranhão com seus indicadores socioeconômicos e de saúde serão descritos posteriormente na quarta seção desta tese que trata do “Programa Saúde é Vida no contexto do Processo de reestruturação da Saúde Pública no Estado do Maranhão”.

<sup>4</sup> Apesar dessa portaria ter sido revogada em 2004, pela Portaria nº 350, de 10 de Março de 2004, conferir (BRASIL, 2004a), muitos estudos têm utilizado esses parâmetros de classificação ou classificações semelhantes como Corrêa (2009), Braga Neto et al. (2012) e Andrade (2016).

<sup>5</sup> Constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2006, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro de 2006, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 2009).

Mendes (2011). Estes autores partem da premissa de que, para garantir respostas adequadas do estado aos pressupostos do SUS e às demandas locais, não basta atender à programação física e financeira de procedimentos de média e alta complexidade, mas considerar a relação custo-benefício e o processo de pactuação relacionado à construção das redes regionalizadas de atenção.

Como é sabido, a proposta de organização de atenção à saúde em redes foi incorporada ao SUS pelo Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei Orgânica 8.080/90 de saúde e tem constituído uma prioridade de diversos governos nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Isso significa, de acordo com Mendes (2013, p. 34),

[...] integração de todas as unidades e serviços assistenciais, de apoio e suporte em uma rede única, articulada e harmônica, é necessário que a atenção básica tenha os investimentos necessários para coordenar o cuidado clínico e realizar a assistência ao usuário com maior resolutividade possível, o que significa desenvolver a vigilância em saúde em bases territoriais definidas e gerenciar a atenção em rede, ordenando o cuidado para os outros níveis a partir da atenção básica.

Mendes (2011) enfatiza que as Redes de Atenção à Saúde (RASs), em coerência com os princípios do SUS, são previstas com o escopo de permitir continuidade (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária de saúde) e integralidade da atenção à saúde (ações promoção, prevenção e gestão), além de possibilitar a construção de vínculos de solidariedade capazes de impactar a atenção prestada.

Tais Redes de Atenção permitiriam, ainda segundo Mendes (2011, 2013), organizar, de forma integrada, sob coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS), os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança.

Neste trabalho, portanto, parte-se da perspectiva que os sistemas de saúde são formas históricas que refletem modelos particulares de proteção social, tendo o Estado como instância mediadora. E, no caso brasileiro, as respostas organizadas para atender as demandas por saúde se fazem com suporte na ideia da universalização do atendimento, além da hierarquização, integralização,

regionalização e descentralização da assistência médica, ambulatorial, cirúrgica, odontológica e farmacêutica (BRASIL, 1990a).

Desse modo, as categorias teóricas que balizaram a presente tese foram Estado, Políticas Públicas, Sistemas de Saúde e Hospital.

Estado é aqui entendido na perspectiva marxista, portanto, como parte de um sistema social mais amplo cujo propósito é favorecer o processo de acumulação do capital. Contrapondo-se ao pensamento de Hegel, segundo o qual essa organização social transcende à sociedade como uma coletividade idealizada, para Marx e Engels (2001), ela é parte das relações de produção e está a serviço dos interesses da classe dominante, mesmo que, sob a forma de governo ou de regime político; sua ação seja legitimada por estatutos jurídicos que lhe dão a aparência de neutralidade. Segundo os autores,

[...] o combate prático destes interesses particulares, que se chocam constante e realmente com os interesses coletivos e ilusoriamente coletivos, torna necessário a intervenção prática e o refreamento através do interesse «universal» ilusório sob a forma de Estado (MARX; ENGELS, 2001, p. 30).

Portanto, para os autores (MARX; ENGELS, 2001), essa universalidade abstrata do Estado esconde as contradições do modo de produção capitalista, assentadas na propriedade privada e na igualdade jurídica.

Montaño e Duriguetto (2011) partilham dessa linha de raciocínio, mas ressaltam a importância das relações sociais que se constroem e estão subliminares no processo de conformação do Estado. Entendem que como fruto e inserido no contexto das lutas de classes, esta organização depende do sistema que o criou, mas também dos interesses em jogo e da correlação de forças sociais.

Também Pereira (2009) advoga que, no processo histórico, a ação estatal se faz em uma dinâmica que articula passado, presente e futuro, portanto, não pode ser entendida de forma isolada, fechada, ou circunscrita em si mesma. Do seu ponto de vista,

O Estado, apesar de possuir autonomia relativa, em relação à sociedade e à classe social com a qual mantém maior compromisso e identificação, tem que se relacionar com todas as classes sociais para se legitimar e fortalecer a sua base material de sustentação. Além disso, não se pode esquecer que ele é criatura da sociedade, pois é esta que o engendra e o mantém, e não o contrário (PEREIRA 2009, p. 147).

Nessa perspectiva, as políticas públicas de corte social, como as políticas de saúde apresentam-se como expressão da luta social dos trabalhadores que, na contemporaneidade, se volta para aquisição de novos direitos ou manutenção daqueles historicamente conquistados que conformam os sistemas de proteção



social, mais ou menos virtuosos (SOUSA, 2000; PEREIRA, 2008, 2009; BOSCHETTI et al., 2009; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com o exposto, pode-se entender as políticas públicas a partir de Pereira (2008, p. 94), como uma relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade, ou seja, “como o fermento da constituição e processamento dessa política”.

Portanto, percebe-se que as políticas públicas compreendem ação coletiva, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo (PEREIRA, 2008).

A ênfase dada ao termo público na política refere-se ao fato de significar um conjunto de decisões e ações que resultam de intervenção do Estado e da sociedade pautadas em duas características: uma a responsabilidade da autoridade pública de alocar e administrar bens públicos: como saúde, educação, assistência e outros sob o controle da sociedade. E a outra, a concretização dos direitos sociais conquistados pela sociedade que se operacionalizam por meio de programas, projetos e serviços. Portanto, as políticas públicas para cumprir sua função de alocar e distribuir bens públicos, estes devem ser indivisíveis (devem ser usufruídos por inteiro, na coletividade; como direito, todos devem ter acesso de forma igual e gratuita); públicos (visam ao interesse geral; não podem se pautar pelo mérito e nem pela lógica do capital) e devem ser fáceis de acessar (estar disponíveis para todo cidadão). Depreende-se nessas características o caráter universal das políticas públicas (PEREIRA, 2008).

Respeitando-se as particularidades das formações sociais concretas, pode-se afirmar que a forma mais generalizada de proteção social na contemporaneidade, é compatível com a lógica do modelo de regulação do capitalismo denominado Welfare State Keynesiano (SOUSA, 2000; PEREIRA, 2009).

Esse modelo de regulação assumiu feições diversificadas respondendo à particularidade dos processos de formação das sociedades reais e, embora tenha entrado em crise em torno dos anos 1970, algumas das suas características permanecem. Entre elas, a ação mediadora do Estado e o uso do fundo público para atender às demandas do processo de acumulação do capital e do trabalho com base

em estatutos de direitos regulamentados, conformando Sistemas de Proteção Social (SOUSA, 2000; PEREIRA, 2009).

De acordo com Viana e Machado (2008, p. 647):

Os modernos sistemas de proteção social no século XX surgiram para atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento dos mercados e causa da produção de desigualdades [...]. A forma criada para proteger os cidadãos desses movimentos de produção de desigualdades e de insegurança social foi a assunção pelo Estado, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, do financiamento e provisão de um grande número de bens e serviços que os cidadãos não poderiam acessar única e exclusivamente pela renda obtida pelo trabalho, ou quando sem trabalho necessitassem desses bens.

No contexto da Proteção Social contemporânea, os sistemas de saúde que agregam as políticas públicas situadas nesse campo particular; são relevantes e reconhecidos porque atendem de forma organizada a demandas sociais em um espaço de direitos que se inscrevem hoje entre aqueles tidos como irrevogáveis, irrenunciáveis e indisponíveis (SANTANA; SOUSA, 2016).

Para Lobato e Giovanella (2012), esses sistemas são valorizados também porque se constituem em pujantes campos de atividade econômica, movimentam apreciáveis somas de recursos, envolvem insumos e serviços e geram postos de trabalho. São, portanto, arenas políticas de disputa de poder e recursos, nas quais ocorrem conflitos e coalisões entre sujeitos sociais diversos: profissionais, partidos políticos, sindicatos, representações de trabalhadores e de empresários.

Como os sistemas de saúde são conformados atendendo às peculiaridades do processo de formação das sociedades às quais se vinculam, consoante Lobato e Giovanella (2012), pode-se relacionar três modelos principais conhecidos: seguridade social, seguro social e assistência social.

De acordo com Marques (2016), a modalidade seguridade social é inspirada em princípios de justiça social, concretiza-se em sistemas universais e se referencia no denominado Plano Beveridge.<sup>6</sup> São compatíveis com esse modelo, entre outros, os operacionalizados em países escandinavos, o inglês *National Health Service* (NHS) e os existentes em países como Espanha (Sistema Nacional de Salud), Itália (Servizio Sanitario Nazionale) e Portugal (Serviço Nacional de Saúde).

Do ponto de vista de sua organização, esses sistemas apresentam, conforme Lobato e Giovanella (2012), elementos similares: contam com instituições

---

<sup>6</sup> O Plano Beveridge, na Inglaterra, propôs pela primeira vez um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter direitos assegurados pelo Estado (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

responsáveis, rede de serviços e formas de financiamento. De modo geral, o Estado é o executor, a rede hospitalar e ambulatorial é quase toda propriedade estatal e os profissionais de saúde são funcionários públicos. Mesmo nos casos dos serviços contratados pelo setor privado verifica-se capacidade de regular os serviços por parte do setor público (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

No modelo residual ou de assistência social, o Estado protege apenas grupos mais pobres, devendo cada um, individualmente, comprar serviços de mercado de acordo com sua capacidade de pagamento; o que produz enormes iniquidades. Arquétipo desse sistema é o dos Estados Unidos, em que os programas públicos de proteção à saúde<sup>7</sup> cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

Os modelos do tipo seguro também conhecidos como corporativistas remontam à Alemanha de Bismarck. São custeados com contribuições de empregados e empregadores, embora possam contar também, em alguns casos, com recursos de impostos. Nesse tipo de sistema, as ações de serviços de saúde coletiva são de responsabilidade de um órgão público, ficando o seguro responsável pelo tratamento e reabilitação. No Brasil, que vivenciou essa experiência, a origem remonta às Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por categoria profissional que prestavam assistência médica de acordo com sua envergadura financeira, resultando em segmentação e em distinção de cuidados (MARQUES, 2016).

De acordo com Lessa (2013), as diferenças do modelo de atenção à saúde indicam que a predominância de serviços, mais ou menos universalizados, tem íntima articulação com a forma e a intensidade de submissão do campo ao grande capital. Desse modo, o fato de a mercantilização da medicina ter avançado mais nos Estados Unidos da América (EUA) fez com que tenham aparecido, neste

---

<sup>7</sup> Os programas públicos de proteção à saúde, introduzidos em 1965, dirigem-se apenas aos mais necessitados (Medicaid, financiado por impostos) e parcialmente aos aposentados (Medicare, financiado por contribuição compulsória). Aqueles que não têm renda suficiente, embora não sejam considerados pobres, não estão cobertos nem pelos programas públicos nem pelos seguros e planos de saúde privados. Estima-se que 46 milhões de estadunidenses não tenham nenhum tipo de cobertura no caso de doença. Em 2010, o governo Obama propôs uma reforma no sistema de saúde, a fim de controlar a expansão dos custos e, principalmente, ampliar o acesso aos serviços de saúde. A Lei do Seguro Saúde Acessível previa uma ampliação da faixa de renda de pessoas elegíveis ao Medicaid e importantes alterações nos seguros privados. O governo criou um mercado regulado de venda de planos de saúde, com preços mais baixos e sem possibilidade de negar cobertura a pessoas com doenças preexistentes. A partir de janeiro de 2014, quando a lei passou a vigorar, todo residente nos Estados Unidos passou a ser obrigado a contratar um seguro (MARQUES, 2016).

país, grandes corporações do setor obstaculizando o desenvolvimento de um sistema universal.

No Brasil, a proteção social, no campo da saúde, avançou, no final dos anos 1980, do ponto de vista da constituição de um estatuto jurídico; e em resposta ao movimento social que configurou na Reforma Sanitária, para um modelo de seguridade social.<sup>8</sup>

A expressão material desse sistema no Brasil é o SUS que foi institucionalizado a partir das Leis Orgânicas de Saúde (LOS) números 8.080/90 e 8.142/90; com o fito: de universalizar, hierarquizar, integralizar, regionalizar e descentralizar a assistência médica; ambulatorial, cirúrgica, odontológica e farmacêutica. Sua ética de justiça, como equidade, exige que a atenção integral à saúde seja resposta dada a todo cidadão residente no país (SOUSA, 2000; BRASIL, 1990a, 1990b).

O SUS expressa um avanço conceitual e um estágio importante da luta social no Brasil, porém, na prática, além da falta de recursos e da gestão enviesada que tem sido implementada, apresenta contradições internas que obstaculizam sua consolidação como sistema universal já que nele estão presentes elementos próprios dos modelos de assistência e do seguro social (PAIM, 2008; BRAVO, 2011; PAIM et al., 2011; LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MELO, 2015; AGUIAR, 2015).

Do conjunto de contradições que o SUS congrega, resultam problemas dos quais o mais visível é a relação entre o princípio da universalização e sua prática focalizada. Se na universalização todos têm direito ao acesso, na segunda, os recursos são seletivos; a política é compensatória e o acesso restrito, direcionado aos mais necessitados, mais carentes e pobres (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2003).

Segundo Faveret Filho e Oliveira (1989) trata-se de uma universalização excludente, constituindo-se, na verdade um sistema híbrido que envolve o setor público incapaz de atender ao grande número de demandantes definido pelo princípio da universalização, o setor privado lucrativo que congrega crescente adesão dos cidadãos aos seguros de saúde privados e o pagamento direto por

---

<sup>8</sup> A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência (FLEURY; OUVENEY, 2012).

serviços e o setor privado não lucrativo que serve de esteio para os que não conseguem ou não podem acessar o atendimento nos outros setores.

A partir dos anos 1990, em consonância com os ideais neoliberais, mudanças regressivas têm sido efetivadas nos países que se situam nas balizas do capitalismo, o que vem tornando cada vez mais visível a contradição entre o formato do SUS e sua prática orientada por serviços fragmentados, afinados com o modelo hospitalocêntrico,<sup>9</sup> justamente o modelo que era o foco da luta sintetizada no Movimento Sanitário<sup>10</sup> (VASCONCELOS; COSTA, 2014; BRAVO; MENEZES, 2013; SOARES, 2013).

Assim, o hospital, a despeito do que determina o SUS, acaba por exercer um papel de destaque no processo de atenção à saúde no Brasil. Representa prestígio para o profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente. Além disso, segundo Braga Neto et al. (2012) sua visibilidade se deve a três fatores: a) do ponto de vista técnico-assistencial, concentram os saberes e as tecnologias mais especializadas; b) do ponto de vista financeiro, representam cerca da metade dos gastos nacionais em saúde; c) do ponto de vista simbólico, a mídia e a população continuam a vê-los de uma forma emblemática, como o lócus privilegiado para o exercício da medicina moderna e a verdadeira expressão de um sistema de saúde. Afinal, é nessas instituições que a maior parte das pessoas continua a nascer, a receber assistência em situações mais graves e também a morrer.

O modelo hospitalocêntrico desenvolve-se mediante a incorporação de modo mais intenso, de novas tecnologias<sup>11</sup> no cuidado ao paciente e, como lembra Coimbra (2005), caracteriza-se por ser centrado na assistência médica curativa, pelo atendimento da demanda espontânea, sendo desenvolvido, basicamente, nos hospitais de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com

---

<sup>9</sup> Constitui-se em tendência que se manifestou desde o período pós-guerra, com a aplicação dos conhecimentos adquiridos pela medicina militar, com a transfusão do sangue, a descoberta da penicilina e a introdução de novas técnicas cirúrgicas para o tratamento do trauma (BRAGA NETO et al., 2012).

<sup>10</sup> O Movimento Sanitário será objeto de discussão no item 3 da presente tese.

<sup>11</sup> O cuidado integral em nível hospitalar, como em qualquer outro nível de atenção à saúde, ocorre a partir de uma combinação flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves. Tecnologias duras são aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leve-duras são decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como os da área clínica e da epidemiologia; e tecnologias leves são as relacionais, presentes no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e do paciente (MERHY, 2002).

baixa resolutividade. Nele, a equipe de saúde tende a não estabelecer vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade.

Na condição de modelo centrado em procedimentos de alto custo, atraindo interesses do capital situados em vários espaços do vasto campo da saúde, sendo que sua dinâmica tende a ser comandada por esses setores, favorecendo o crescimento do processo de medicalização da sociedade (LÓPEZ, 2004; BRAGA NETO et al., 2012).

Além disso dos limites intrínsecos a esse modelo, Negri Filho e Barbosa (2014) destacam que, no caso brasileiro, existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS; a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume, a natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois neste ponto carece de qualidade resolutiva, enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga.

Os problemas enfrentados pelos hospitais brasileiros não são recentes. Ainda em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde produziu um documento intitulado “*Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileiro*” que chamou atenção para o momento crítico vivido pelos hospitais no Brasil, propondo diretrizes para a reforma da atenção hospitalar e ações emergenciais para determinados segmentos. Desde então, os hospitais filantrópicos, os hospitais de ensino e os hospitais de pequeno porte têm sido objeto de políticas recorrentes que tratam de sua situação financeira e melhorias de gestão (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015).

Outro aspecto presente da crise do setor da saúde é o descontentamento do usuário. López (2004) enfatiza que essa manifestação é acentuada, embora não seja exclusiva do sistema brasileiro, e que até em países desenvolvidos, os níveis de satisfação situam-se abaixo de 50%. Mas, que no Brasil essa insatisfação apresenta grande visibilidade em decorrência do congestionamento dos prontos-socorros, das filas dos prontos-atendimentos e ambulatoriais, da falta de leitos nas unidades de terapia intensiva (UTI), da demora para marcação de exames e da dificuldade de acesso a procedimentos cirúrgicos e internações.

Para além da dificuldade de acesso da assistência, outros problemas se somam nesse campo. Entre eles, destacam-se: a baixa resolutividade e qualidade

dos serviços ofertados; a falta de integração à rede dos serviços de saúde, resultando em uma descontinuidade da assistência (LOPÉZ, 2004).

Em relação à rede, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais, integram a RAS e devem atuar de forma articulada à Atenção Básica de Saúde. Esta, por sua vez, tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013a).

Observa-se que não se trata de apenas uma crise no complexo hospitalar. Os sistemas de saúde vêm passando por uma forte crise financeira, e essa situação emblemática não se configura apenas um problema brasileiro, mas uma situação na saúde mundial, incluídos aqui até aqueles ditos de excelência, exemplos os países europeus dotados de sistemas de saúde universais como a Espanha e a Inglaterra, tanto que para Giovanella e Stegmuller (2014), os sistemas universais encontram-se ameaçados pelas crises e constantes reformas de cunho neoliberal.

Os sistemas públicos de saúde: SUS e britânico (Inglês Nacional - NHS), neste ano de 2018 completam 30 (trinta) e 70 (setenta) anos, respectivamente e apresentam sérios problemas financeiros. No caso do SUS, as origens da crise derivam das bases políticas frágeis, com um subfinanciamento crônico, da recente implementação de medidas de austeridade e de uma fraca legitimidade social. Já, no caso britânico, a crise do NHS relaciona-se com os cortes de gastos decorrentes da crise econômica que atingiu a Europa em 2009 e ao enfrentamento de uma das mais fortes epidemias de gripe em anos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Também, os Estados Unidos enfrentam problemas, apesar de contar com um sistema predominantemente privado, destaca-se que é um dos países que mais gasta com saúde, investindo mais de 9.000 (nove mil) dólares por pessoa, mesmo antes do Obamacare<sup>12</sup>. Os gastos com saúde no país representam 16% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo a população que mais arca com os custos. Na média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que reúne

---

<sup>12</sup> Obamacare fez foi obrigar todos os cidadãos americanos a adquirirem assistência, sob pena de multa no caso de descumprimento da lei, que entrou em vigor em 2014. O governo passou a cobrir parcialmente os custos de alguns usuários, com subsídios maiores ou menores dependendo da renda. O Obamacare também aumentou as obrigações das seguradoras e impede que elas rejeitem clientes (REDAÇÃO EXAME, 2017).

as economias mais desenvolvidas do mundo, os gastos com saúde são de 9% do PIB, e a população arca com cerca de 25% dos custos (REDAÇÃO EXAME, 2017).

Neste contexto da crise destacam-se dois países que também estão submetidos as pressões financeiras sobre os sistemas de saúde. São os casos da Espanha e Alemanha. A Espanha, por exemplo foi um dos países europeus mais atingidos pela crise financeira de 2008; e com isso as reformas e os cortes de gastos públicos sobre a universalidade da saúde foram impactantes. Em 2012, por exemplo, uma Lei nacional específica, Real Decreto Lei nº16/2012 incluiu medidas drásticas com cortes de sete bilhões de euros ao Sistema Nacional de Saúde. Como consequência imediata dos cortes, houve redução de pessoal e de compra de serviços e aumentaram os tempos de espera para cirurgias eletivas (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

Outro exemplo, é a Alemanha que a crise foi catalisadora e serviu como legitimação para intensificar cortes sociais e a mercadorização na saúde pela coalizão conservadora-liberal. Além disso, frente à recessão de 2009, foram prognosticados déficits do *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) e, inicialmente para compensar perda de receitas foi definida transferência adicional de recursos fiscais para o Fundo de Saúde do GKV<sup>13</sup> (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

O Estado continua a ser o grande financiador do setor privado através do repasse de recurso em convênios; contratos e credenciamento, mas nesse liame que se estabelece, é o mercado que, em última instância, define os tipos de produtos a serem utilizados, a forma de distribuição de medicamentos, equipamentos específicos e serviços médico-hospitalares. Tal espaço passa a se constituir campo viável de investimentos, com rentabilidade a curto prazo, o que viabiliza a formação de um complexo médico-hospitalar de grande porte (BRAVO; MENEZES, 2013; SOARES, 2013; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Como é um modelo que tende a superestimar a autonomia do setor privado em relação ao setor público, através da mercantilização nos espaços e serviços, o discurso médico apropria-se de categorias centrais da economia, tais como produtividade, racionalização dos recursos, crescimento e planejamento (BRAVO; MENEZES, 2013; SOARES, 2013; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

---

<sup>13</sup> Na Alemanha, um Fundo de Saúde do GKV, criado em 2009, reúne todas as contribuições arrecadas pelas Caixas de Doença e as redistribui segundo um per capita ajustado por risco baseado em idade, sexo e presença de oitenta agravos entre os segurados de cada caixa (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).



Para responder aos dois questionamentos centrais da pesquisa que deram suporte à presente tese (eficácia e eficiência das unidades hospitalares construídas no Maranhão e pertinência do modelo, considerando a relação custo x benefício nesse estado), foi feita uma recomposição do contexto socioeconômico e político-institucional do Maranhão, considerando o período de criação do Programa e uma investigação sobre a opinião de sujeitos relevantes no processo de implementação do Programa Saúde é Vida em três municípios maranhenses (Morros, Coroatá, e Lago dos Rodrigues), selecionados em termos de expansão da rede assistencial na média e alta complexidade e da melhoria da assistência qualificada dos serviços de saúde.

Em termos da metodologia utilizada na pesquisa que deu origem à presente tese, tomou-se como ponto de partida a questão da Saúde Pública em uma perspectiva da totalidade formulada de acordo com Marx. Para esse autor, a realidade é fruto de múltiplas determinações, razão pela qual, o desvendamento do objeto pesquisado exige que se parta do mais simples ao mais complexo, do abstrato ao concreto sempre buscando interligações sistemáticas.

Behring e Boschetti (2011), reforçam essa modalidade de análise. Para as autoras, descobrir a essência dos fenômenos, na perspectiva crítico-dialética, pressupõe situá-los na realidade social sob o ponto de vista da totalidade concreta que, antes de tudo significa que cada fenômeno possa ser apreendido como um momento da totalidade. Portanto, a totalidade compreende a realidade nas suas íntimas e complexas determinações, e desvela, sob a superfície dos fenômenos, suas conexões internas, necessárias à sua apreensão.

Nessa perspectiva, parte-se da ideia de que o Programa Saúde é Vida apresenta uma complexidade histórico-estrutural expressa pelas verdades ocultas nas suas manifestações aparentes. Portanto, a aproximação da essência do objeto de estudo exige, seguindo o pensamento de Kosik (1976, p. 16), “indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde”.

Na construção do objeto de estudo foi tomada também como referência a perspectiva da contradição, considerando-se que as políticas sociais, particularmente a política de saúde não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, como afirmam

Behring e Boschetti (2011), devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência.

Tendo como pano de fundo as categorias analíticas totalidade e contradição, a avaliação de política pública é entendida na perspectiva analisada em Silva, M. et al. (2013) como momento do ciclo das políticas públicas. Resulta de ações interessadas que podem informar sujeitos comprometidos com as lutas sociais pela universalização dos direitos sociais, contribuindo para o movimento social e construção da cidadania.

Em vista disso, a pesquisa avaliativa que deu suporte à presente tese buscou apreender o processo de implementação<sup>14</sup> do programa Saúde é Vida considerando os dois propósitos nele explicitados: a expansão dos serviços e a assistência qualificada dos serviços de saúde de média e alta complexidade. Foram tomados como objetos empíricos a situação de três municípios maranhenses selecionados em razão das situações de vulnerabilidades sociais e pobreza encontradas nessas localidades.

A avaliação de processo é entendida como aquela modalidade que visa a identificação da relação entre metas atingidas e metas propostas e a adequação entre meios utilizados na implementação e os objetivos originais (eficácia). Também a relação custo/benefício aferida pelo grau de otimização dos recursos disponíveis, tanto econômicos como políticos (eficiência) (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986; SILVA, M. et al., 2013).

Nesse sentido, o Programa “Saúde é Vida” foi analisado combinando aspectos quantitativos e qualitativos apreendidos de fontes documentais, de bases estatísticas oficiais, de observações realizadas, de registros dos hospitais pesquisados, de entrevistas e de notícias vinculadas na mídia local sobre o tema.

Particularmente, na análise documental, foram tomados como referências: Jornais; Relatórios de Gestão da Secretaria do Estado do Maranhão contendo

---

<sup>14</sup> Além desta avaliação destacam-se as avaliações política da política e de impactos. Segundo Figueiredo e Figueiredo (1986), a avaliação política da política volta-se a emitir julgamento em relação à política ou programa em si, implicando atribuir valor aos resultados alcançados, ao aparato institucional em que o programa é implementado e aos atos ou mecanismos utilizados para modificação da realidade social sob intervenção. Para tal, requer definição de critérios e envolve princípios políticos fundamentais sobre concepção referente ao bem-estar humano, destacando os princípios de igualdade e democracia e a concepção de cidadania. Já, na avaliação de impactos, tem-se como foco central as mudanças quantitativas e qualitativas decorrentes de determinadas ações governamentais (política/programa) sobre as condições de vida de uma população, tendo, portanto, a efetividade como critério (SILVA, M. et al., 2013).

informações das ações do programa; Plano Estadual de Saúde; Constituição Federal de 1988; Documento do Sistema Único de Saúde e das Leis Orgânicas de Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Normas Operacionais Básicas (NOAS-SUS); documentos e portarias da PNHOSP, Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), da Rede de Atenção às Urgências, da assistência de média e alta complexidade no SUS, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), além de Protocolos de Atendimentos nos Serviços de Saúde, e outros que se fizeram necessários.

Os três municípios (e o agrupamento dos estabelecimentos de saúde da amostra) foram escolhidos entre aqueles que receberam unidades hospitalares de 20 (vinte), 50 (cinquenta) ou 100 (cem) leitos e pelo seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo agrupados os municípios de acordo com a classificação em médio, baixo e baixo IDH. Os municípios e os respectivos hospitais selecionados foram: Lago dos Rodrigues, Coroatá e Morros.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares foram excluídas por não contemplarem o critério da classificação quanto ao porte hospitalar (BRASIL, 2014a).

Os sujeitos que compuseram a amostra da pesquisa foram os usuários dos serviços, profissionais de saúde, gestores dos hospitais, sendo realizadas 91 (noventa e uma) entrevistas. Como o objetivo era conseguir respostas às perguntas sobre a percepção da qualidade da assistência prestada, como parte do processo de implementação do Programa Saúde é Vida, até atingir-se o ponto de saturação (MINAYO, 2014), não houve definição prévia do número de entrevistados, apenas, atentamente, se seguiu aos critérios de inclusão.

Assim, os sujeitos foram selecionados com base nos seguintes critérios:

- a) Os profissionais de saúde pela sua experiência na área da assistência de média e alta complexidade e pela participação no processo de organização da rede de saúde (enfermeiros e médicos que tenham vínculo com as unidades há mais de um ano);
- b) Os gestores foram os que concordaram em participar da pesquisa (diretor administrativo ou diretor clínico do hospital);

- c) Os usuários tomados aleatoriamente nos atendimentos ou internações nos hospitais, considerando a diversidade: mães, gestantes, idosos, jovens, adultos mulheres e homens.

Durante a pesquisa nos hospitais selecionados, e de acordo com os critérios de inclusão definidos, foram entrevistados 57 (cinquenta e sete) usuários, de forma aleatória nos atendimentos ambulatoriais ou internações, aptos a responderem e que concordaram na gravação das entrevistas, após assinarem um termo de consentimento (APÊNDICE A), preservando o sigilo das identidades.

Em relação aos usuários, no Hospital Macrorregional de Coroatá, todos os abordados concordaram em participar; no Hospital Regional de Morros, 03 (três) pacientes internados não tiveram condições clínicas de fazê-lo; e no Hospital de Lago dos Rodrigues, 02 (dois) usuários internados não concordaram com as entrevistas e as gravações, 01 (um) internado não estava apto a responder a entrevista, e 01 (um) paciente do ambulatório não concordou com a gravação, portanto totalizando 07 (sete) usuários excluídos durante a realização da pesquisa de campo.

Quanto aos gestores, 02 (dois) participaram. Ocupam os cargos de diretores administrativos das unidades hospitalares de pequeno porte (Hospital Regional de Morros e Hospital de Lago dos Rodrigues), e 01 (um) gestor que ocupa o cargo de diretor clínico em unidade hospitalar de médio porte (Hospital Macrorregional de Coroatá), totalizando 03 (três) gestores, 01 (um) de cada hospital pesquisado, sendo que 01 (um) gestor administrativo foi excluído por não concordar com a realização da entrevista gravada.

Os profissionais de saúde totalizaram 31 (trinta e um) distribuídos nos 03 (três) hospitais, sendo 21 (vinte e um) enfermeiros e 10 (dez) médicos. Destes, 05 (cinco) profissionais do Hospital Macrorregional de Coroatá foram excluídos por não concordarem com as entrevistas gravadas, sendo 02 (dois) médicos e 03 (três) enfermeiros.

Quanto ao corte temporal, o estudo concentrou-se no período 2009-2014, correspondente ao início e finalização do programa, mas a coleta de dados nas unidades de saúde que foram criadas pelo Programa Saúde e Vida, e que ainda hoje estão vinculadas e geridas pela Secretaria do Estado do Maranhão, ocorreu no período de janeiro a setembro do ano de 2017.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram construídos a partir de quadros analíticos considerando as duas dimensões: expansão e assistência qualificada dos serviços de saúde de média e alta complexidade (APÊNDICE B).

Para a primeira dimensão utilizou-se um formulário contendo a sequência de variáveis selecionadas para observações nos contextos locais dos municípios, dos hospitais e para as pesquisas realizadas no banco de dados das fontes estatísticas oficiais (APÊNDICE C). Na segunda dimensão, optou-se por entrevistas semiestruturadas por permitirem flexibilidade do roteiro norteador e por possibilitar, a partir da integração entre entrevistado e pesquisador, a emergência de novas questões conforme a dimensão em questão avaliada, sendo estimulado que os sujeitos falassem livremente sobre a dimensão (APÊNDICE D).

Para os usuários, o roteiro da entrevista contemplou a questão norteadora: como percebiam a qualidade dos serviços recebidos, sendo solicitado aos mesmos que falassem sobre o assunto e sobre as facilidades e dificuldades desses atendimentos.

Para os gestores foi questionado se conseguiam gerenciar os hospitais, a partir da proposta inicial do Programa Saúde é Vida, de expandir os serviços de média e alta complexidade e melhorar a qualidade da assistência dos serviços de saúde, permitindo que eles falassem das facilidades e dificuldades desse processo de gestão das unidades.

Para os profissionais de saúde, a pergunta norteadora da entrevista versou sobre como percebiam a qualidade da assistência prestada, em termos de: equipe interdisciplinar, estrutura física, equipamentos necessários, oferta dos serviços médicos-hospitalares, uso da referência e contrarreferência e outros, sendo solicitado que os sujeitos entrevistados contextualizassem suas respostas, apontando as facilidades e as dificuldades para êxito da qualidade da assistência de saúde prestada.

Para análise das informações quantitativas, foram construídas tabelas conforme os indicadores e variáveis dos municípios e hospitais selecionados.

Quanto à análise qualitativa, os dados foram processados pelo método hermenêutico<sup>15</sup> (sentido do texto) e dialético<sup>16</sup> (a lógica da totalidade e contradição), conforme o referencial teórico de Minayo (2014).

---

<sup>15</sup> As balizas da postura hermenêutica podem ser assim resumidas a partir de Habermas (1987), Stein (1987), Gadamer (1999), Minayo (2002); todos citados por Minayo (2014).

<sup>16</sup> O marxismo reafirma que toda a vida humana é social e está sujeita às leis históricas, raciocínio no qual a lógica dialética se aproxima da fundamentação hermenêutica de Gadamer (MINAYO, 2014).

Nessa abordagem, os aspectos considerados foram o material das falas e o cenário dos municípios, incluindo principalmente os hospitais. Para o ordenamento e classificação dos dados foi realizada a leitura e releitura do material coletado de forma exaustiva e a transcrição das falas (entrevistas gravadas) na íntegra, sendo agrupadas em unidades de análises, sínteses das unidades e posteriormente emergindo categorias.

Após as análises do material qualitativo, os núcleos de sentido foram: barreiras de acesso, presença das organizações sociais e organizações da sociedade civil na gestão dos hospitais, recursos financeiros em saúde, falta de recursos humanos, serviços e equipamentos, integralidade da equipe, integralidade do cuidado, atenção básica deficiente, participação popular, valorização do trabalho profissional e o próprio "Programa Saúde é Vida".

Em seguida, foi realizada a síntese dos núcleos de sentido e retornou-se às questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e o referencial teórico do estudo, com isso construiu-se duas categorias de análise do material empírico das falas: o acesso aos serviços de média e alta complexidade e a organização da rede de atenção à saúde.

Importa destacar que o projeto foi submetido à Plataforma Brasil em julho de 2015, para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, conforme os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares referentes à ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Portanto, os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar da pesquisa assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), contendo os objetivos da pesquisa, forma de participação, preservação de liberdade de participação e garantia de anonimato.

Dessa forma, foi mantido o anonimato dos usuários, profissionais de saúde e gestores, identificando as falas de acordo com os hospitais estudados (usuário e profissional de saúde do Hospital Regional de Morros; usuário e profissional de saúde do Hospital Macrorregional de Coroatá; e usuário e profissional de saúde do Hospital de Lago dos Rodrigues), e os gestores não foram identificados.

Destaca-se, ainda, que o projeto foi aprovado de acordo o parecer consubstanciado do CEP, número 1250.247 (ANEXOS A e B), e que foi submetido à Secretaria de Estado da Saúde, junto a Coordenação de Estágio e Pesquisa, para

apreciação e autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa de campo (ANEXOS C e D).

O projeto contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), conforme o Edital Universal nº 40/2014.

O texto que se apresenta está constituído da introdução, além de mais quatro seções e das considerações finais.

Na segunda seção sobre o Estado de Bem-Estar Social apresenta-se algumas discussões sobre a origem desse Estado, a dinâmica contemporânea do Estado e sociedade, a crise e as configurações que a política social adquiriu na periferia do capitalismo.

Na terceira seção sobre o “Processo de Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)” elabora-se uma discussão sobre os acontecimentos históricos direcionados para construção do SUS, partindo dos antecedentes, da década de 1920 até a promulgação da Constituição de 1988. Discute-se o Movimento da Reforma Sanitária, os princípios e diretrizes do SUS e as dificuldades inerentes dos contextos políticos e institucionais de efetivarem as Leis Orgânicas do SUS.

Na quarta seção aborda-se “O Programa Saúde é Vida no contexto do processo de reestruturação da Saúde Pública no Maranhão”, com uma perspectiva avaliativa. Essa seção aborda o contexto político-institucional, os determinantes da sua gênese e sua engenharia. Evidencia-se os principais indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde do Estado do Maranhão, relacionando-os com os objetivos e princípios do programa Saúde é Vida.

Na quinta seção, no capítulo “O Programa Saúde é Vida: avaliação do processo de implementação” trazem-se os resultados e discussões conforme as duas dimensões estudadas: expansão e assistência qualificada dos serviços de saúde na média e alta complexidade.

As dimensões foram organizadas tomando como eixo os dados secundários pesquisados nas fontes estatísticas oficiais, nas vistas técnicas, na observação do contexto, e mediante as informações coletadas nas entrevistas realizadas com os usuários, profissionais da saúde e gestores. São elas:

A primeira dimensão avaliada trata da expansão da rede assistencial na média e alta complexidade. Mostram-se os dados da caracterização socioeconômica, demográfica e de saúde dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues, e

a avaliação da capacidade instalada das unidades hospitalares desses municípios em termos de estrutura física, recursos humanos, oferta de procedimentos e recursos financeiros.

A segunda dimensão refere-se à assistência qualificada dos serviços de saúde na média e alta complexidade, portanto apresenta e analisa os dados dos aspectos relacionados aos serviços assistenciais qualificados oferecidos segundo a percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuários, tomando como categorias de análises o acesso e a organização da rede de atenção à saúde.

Por último, a conclusão, que é a síntese do conjunto de observações, discussões e dos estudos sistematizados sobre como o Programa Saúde é Vida, se configurou no processo de reestruturação da Saúde Pública no Estado do Maranhão, considerando as experiências dos três municípios estudados e as respectivas unidades hospitalares.



## 2 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO SEGUNDO PÓS-GUERRA: a gênese da política social

O que se convencionou denominar de Estado de Bem Estar Social é um modelo de organização da sociedade que surgiu após a Segunda Guerra Mundial; intimamente relacionado com o desenvolvimento do processo de industrialização e com o conseqüente acirramento da questão social. Tendo como suporte ideológico, o princípio da solidariedade interclasses, e como suporte material o Fundo Público, com a mediação do Estado, os agentes econômicos passaram a repartir esforços para a manutenção do processo de acumulação do capital em troca de trabalho e benefícios sociais aos trabalhadores. Tais benefícios são congregados em formas e Políticas Sociais que conformam Sistemas de Proteção Social (SOUSA, 2000; PEREIRA, 2009; BRAVO, 2013).

De acordo com Sousa (2000, p. 40),

O fundo subsidia a produção e a reprodução social, através de mecanismos como transferências monetárias, isenção de impostos e prestação de serviços sociais, criando ondas de expectativas permanentes, canalizadas mediante a utilização de instâncias tradicionais de participação: partidos políticos, sindicatos e outras associações.

Mendes (2012) lembra que esse processo foi virtuoso nos países centrais do capitalismo, onde o fundo público foi o suporte das políticas macroeconômicas, tornando-se um mecanismo chave no processo de acumulação capitalista e no financiamento das políticas sociais .

De fato, como afirma Oliveira (1998), o fundo público tornou-se elemento estrutural no capitalismo tornando-se condição tanto para a formação da taxa de lucro; quanto para a reprodução da força de trabalho. E, ainda que o financiamento seja mais alargado para o capital do que para o trabalho, a marca do acesso é a contradição entre ambos.

Oliveira (1998, p. 29) defende a tese de que esse novo modelo de financiamento público põe em questão a participação do fundo público na produção de valor; no processo de reprodução do capital. Ele agiria “como um antivalor”, como “antimercedórias sociais, pois sua finalidade não é a de gerar lucros, nem mediante sua ação dá-se a extração da mais-valia”.

Behring e Boschetti (2011) não concordam com a tese de Oliveira (1998) de que o fundo público pode ser considerado como antivalor, uma vez que participa do circuito de produção e reprodução do valor. Para as autoras, o fundo público não

origina inteiramente mais-valia, porém, tencionado pela contradição entre a socialização de produção e a apropriação privada do produto, atua, apropriando-se de parte da mais valia, socializando valores da produção.

Nessa mesma direção, Salvador (2010a, p. 622) entende que, no capitalismo contemporâneo com o predomínio do capital portador de juros, o fundo público está presente na reprodução do capital em quatro dimensões:

- a) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital;
- b) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho a responsável direta, no capitalismo, pela criação do valor;
- c) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garantem vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas;
- d) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes rentistas.

Em relação ao papel do Estado, Oliveira, F. (2009, p. 42-43) relembra que com presença do Fundo Público passa a assumir várias funções,

[...] de um Estado teoricamente passivo e improdutivo transforma-se-ia num Estado fortemente intervencionista, indispensável para a vitalidade e estabilidade do sistema. Além das restritas funções que vinha desempenhando, regulatória, garantidor da defesa e segurança, alocativa, passaria ele nessa nova perspectiva teórica, a desempenhar o importante papel de mantenedor da estabilidade econômica e de agente responsável pela implementação de políticas de conteúdo redistributivista, que passaram a ser consideradas necessárias para garantir a reprodução do sistema no longo prazo.

Observa-se que o Estado começa a intervir fortemente no espaço da produção e do consumo, passando da superestrutura também para a estrutura econômica; da mesma forma os conflitos econômicos são parcialmente transferidos

da esfera produtiva para o mundo político do Estado democrático, ocorrendo um deslocamento do conflito capital-trabalho para a lógica da cidadania (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Assim, segundo Montañó e Duriguetto (2011, p. 162), esse novo Estado passa a se ocupar de três tipos de funções:

- a) A criação das condições gerais de produção (meios de transporte, de comunicação, de serviço postal, legislação civil, constituição de um mercado e de um sistema monetário nacionais, desenvolvimento de um sistema educacional);
- b) A repressão às ameaças ao modo de produção e acumulação (exército, polícia, sistemas judiciário e penitenciário);
- c) E a integração das classes subalternas e a legitimação da ordem (mediante o desenvolvimento da lógica vinculante da democracia) e a reprodução ideológica da classe hegemônica (através da educação, cultura e meios de comunicação dos serviços sociais).

Nos termos de Oliveira (1998), processa-se uma verdadeira “revolução copernicana” com a presença do fundo público na reprodução simultânea do capital e da força de trabalho, conforme a fala do autor:

O padrão de financiamento público do Welfare State operou uma verdadeira ‘revolução copernicana’ nos fundamentos da categoria do valor como nervo central tanto da reprodução do capital quanto da força de trabalho. No fundo, levado às últimas consequências, o padrão do financiamento público ‘implodiu’ o valor como único pressuposto da reprodução ampliada do capital, desfazendo-o parcialmente enquanto medida de atividade econômica e da sociabilidade em geral (OLIVEIRA, 1998, p. 27).

O fato de expressar-se, em diferentes formações sociais, permite que haja distintos padrões de proteção, a partir da articulação específica entre Estado, mercado e sociedade. Esping-Andersen (1991), refere-se a três modelos: o liberal; o conservador e o socialdemocrata. No primeiro, predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem uma população de baixa renda, em geral, da classe trabalhadora ou dependente do Estado social.

O Estado, por sua vez, encoraja o mercado, tanto passiva ao garantir apenas o mínimo, quanto ativamente, ao subsidiar esquemas privados de previdência. No modelo conservador a prestação de serviços guarda íntima relação com a classe e o status dos indivíduos. E o terceiro, chamado de socialdemocrata,

agrupa nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Segundo Pereira (2009), no regime socialdemocrata, prepondera um padrão de Welfare State em que o Estado é o principal agente da provisão social, desenvolvendo serviços sociais universais e cuidando do pleno emprego. Embora não se possa falar de igualdade, há um inegável propósito de assegurar, por meio da política social, apoio universal aos cidadãos, bem como a participação coletiva no sistema de seguridade social.

No Brasil, de acordo com Pereira (2000), a proteção social não se apoiou no pleno emprego, em serviços sociais universais, nem compôs uma rede de proteção capaz de impedir o crescimento da pobreza de partes importantes da população. Do seu ponto de vista, o modelo brasileiro combina atributos dos três modelos configurados por Esping-Andersen (1991): intervenções públicas típicas e seletivas liberais; adoção de ações de caráter autoritário e desmobilizadoras dos conflitos sociais, peculiares aos modelos conservadores; e ainda, afirmação de desenhos universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços, constitutivos dos regimes socialdemocratas. Na sua constituição mesclaram-se ainda práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política, uma tradição no país. São práticas que se reproduzem na contemporaneidade e como tal impedem a efetivação da dimensão pública e do direito no processo de execução das políticas sociais.

Segundo Oliveira, I. (2009), a relação social e política conservadora presente nestas práticas não é uma exclusividade do processo de execução das políticas sociais. É algo que conforma a cultura política brasileira e é inerente à história política, econômica e social do país, conformando uma cultura política de atraso. Pode-se dizer que traços conservadores da formação social brasileira se manifestam no presente; seja de forma sutil, escondida, seja de forma transparente, com uma forma contemporânea.

A formação social brasileira é perpassada por relações que privilegiam o favor, o clientelismo, o paternalismo e a privatização do público. A nossa formação, se reconstituída pela interpretação de seus intelectuais como Gilberto Freyre, Caio Prado Júnior, Sérgio Buarque Holanda, Machado de Assis, Celso Furtado e Florestan Fernandes,

[...] é um processo complexo de violência, proibição da fala, mais modernamente privatização do público, interpretado por alguns como a categoria do patrimonialismo, revolução pelo alto e incompatibilidade radical entre dominação burguesa e democracia, ou seja em resumo, de anulação da política. (OLIVEIRA, 1999, p. 59).

Lobato (2017, p. 146), ao analisar a seguridade social e o *Welfare State* no Brasil, registra que aqui se tentou construir um aparato de bem-estar similar aos Estados de bem-estar europeus, tendo como marco legal a Constituição de 1988. “Essa construção, contudo, foi tardia em relação aos países centrais, e ocorre exatamente no período de quebra do “consenso do *welfare*” e prevalência do “consenso de Washington”, quando, em nível global, as políticas sociais estão sendo retraídas”.

De acordo com Montañó e Duriguetto (2011), na passagem dos anos 1960 para a década de 1970, o modelo de regulação capitalista de cariz fordista-keynesiana entra em crise, manifestada inicialmente pela alta do preço do petróleo em 1973 e 1975.

Caracteriza-se um processo de crise, que é ao mesmo tempo, econômica, política e ideológica. Há uma redução drástica do crescimento econômico, com conseqüente redução do fundo público e são postos em dúvida os tradicionais mecanismos de participação e o princípio ideológico fundante desse paradigma, ou seja, atingir a *Welfare society*, pela via de reforma (SOUSA, 2000).

A ilusão dos “anos dourados” é enterrada em 1974-1975: num processo inédito no pós-guerra, registra-se então uma recessão generalizada, que envolve simultaneamente todas as grandes potências imperialistas e a que se seguiu outra, em 1980-1982, na qual se constatou que “as taxas de lucro voltam a descer ainda mais” e o “reco do crescimento é ainda mais nítido que em 1974-1975”. A onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas (NETTO; BRAZ, 2012, p. 226).

Para Netto e Braz (2012), em face disso, o capital monopolista formulou e implementou um conjunto de respostas, e assim na entrada no século XXI, essas respostas não alteraram o perfil da onda longa recessiva culminando com as crises cada vez mais dominantes. Os autores sintetizam que tais respostas são como uma estratégia articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal.

Montaño e Duriguetto (2011, p. 188) também refletem sobre esse momento em que a crise do capitalismo democrático (do *Welfare State*) é enfrentada pelo capital com uma profunda reestruturação capitalista, sob o comando hegemônico do capital financeiro, que substituirá o “regime de acumulação fordista-keynesiano” por um novo “regime de acumulação flexível”, porém, mantendo substancialmente as determinantes do capitalismo na sua fase monopolista.

Com essa crise, o grande capital inicia uma invulgar expansão financeira, caracterizada por Chesnais (1996) como “mundialização do capital”. No atual contexto da mundialização do capital, os grupos industriais transnacionais articulados às instituições financeiras passam a exercer o comando da acumulação. Para Montaño e Duriguetto (2011), trata-se da configuração de um bloco imperial com três características significativas que são: pelos Estados (nação) mundialmente hegemônicos; pelas entidades intergovernamentais e privadas de controle do fluxo mundial de capital (Fundo Monetário Internacional - FMI, Banco Mundial, Clube de Paris, Banco Interamericano de Desenvolvimento); e pelas grandes corporações globais e empresas monopolistas transnacionais. Portanto, os autores destacados enfatizam que exercer o comando da acumulação significa dizer que, a partir dos anos 1970, a nova dinâmica da acumulação capitalista entrou em confronto com o regulacionismo dos regimes de *Welfare State*.

De acordo com Pereira (2010), como resultado da prevalência das teses neoliberais surgiu um novo modelo econômico, o monetarista, que substituiu o Keynesianismo. Em decorrência, a partir dos anos 1980, o neoliberalismo se firmou como um novo paradigma, fazendo uma verdadeira revolução na economia e nas relações capital-trabalho.

Dessa forma, segundo Harvey (2008), a difusão global da nova ortodoxia econômica neoliberal e monetarista passou a exercer uma influência ideológica cada vez mais forte. Por fim, o autor declara que em 1982, a economia Keynesiana fora expurgada dos corredores do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial.

Então, no final de 1980, a maioria dos departamentos de economia das universidades americanas, que tinham ajudado a treinar a maioria dos economistas, tinha se enquadrado mediante a ampla aceitação do programa neoliberal, que enfatizava o controle da inflação e a solidez das finanças públicas, em vez do pleno emprego e das proteções sociais, como objetivos primordiais da política econômica (HARVEY, 2008).

Para Harvey (2008), esses fatos convergiram para a formação do chamado “Consenso de Washington” dos anos 1990, pois os modelos norte-americano e inglês de neoliberalismo foram ali definidos como solução para os problemas globais. Fizeram-se fortes pressões inclusive sobre o Japão e a Europa, e no resto do mundo, a seguir a rota neoliberal.

De acordo com Montaño e Duriguetto (2011), é nesse cenário de liberalização e desregulamentação dos mercados que as políticas sociais assumirão uma nova feição; compatível com as estratégias de acumulação do capital. Ademais, afirma Pereira (2010) que, no bojo dessas mudanças, a política social se reestruturou institucionalmente, sofrendo retrocessos das conquistas do período de ouro do Estado de Bem-Estar como: diminuição da intensidade protetora do Estado; substituição do consenso em torno do pleno emprego pelas ideias de empreendedorismo, eficiência, competitividade e equilíbrios macroeconômicos; priorização do atendimento das necessidades do capital; supremacia do princípio de focalização e cortes nos gastos sociais.

Segundo Pereira (2010), os programas propostos pelos organismos multilaterais de financiamento orientam a substituição das políticas sociais decadentes por um seletivo programa de combate à pobreza; colocando no lugar da universalidade, base do padrão de justiça social e do direito de cidadania, a focalização das ações, traduzidas pelo direcionamento do gasto público aos comprovadamente pobres. Conforme Laurell (2009, p. 163), “a crítica neoliberal ao Estado do Bem-Estar é centrada em oposição àqueles elementos das políticas sociais que implicaram desmercantilização, solidariedade social e coletivismo”.

O que se percebe, em consonância com Pereira (2010), é que a tensão que se estabeleceu entre a prática universalista e atual valorização das políticas focalizadas fez com que prevalecessem três arranjos de intervenção social que atestam a diminuição da intensidade protetora do Estado: a adoção de um universalismo que deixou de ser total, para ser segmentado ou contido; de um particularismo social ou categorial que privilegia demandas de grupos específicos, em lugar demandas de classe; e da mercantilização das políticas sociais, que debilita direitos sociais, em face de empecilhos ideológicos e operacionais à concretização desses direitos.

Conforme Sousa (2000), nos países da periferia do capitalismo, esse momento de tensão na construção de caminhos, rumo a uma sociedade nova,

aparece verbalizado mediante argumentos de acusação e defesa do Estado Protetor, via de regra, em cenários conturbados, de desigualdade acentuada, provocada pela extrema concentração de riqueza, em economias instáveis, com desemprego em massa e práticas corporativistas, clientelistas e de corrupção na máquina administrativa e financeira do Estado.



### 3 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

#### 3.1 O processo de institucionalização do SUS: resgate histórico brasileiro

O processo histórico de conformação das políticas de saúde no Brasil insere-se no contexto da própria história do país como Estado-Nação relacionando-se diretamente às mudanças sociais e econômicas ocorridas ao longo do século XX. Neste período, o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, voltado para o enfrentamento das epidemias urbanas e o combate às endemias rurais, ao modelo médico assistencial privatista, ou seja, sustentado prioritariamente na assistência hospitalocêntrica, altamente especializada e curativista, até se consolidar como universal nos anos 1990 (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Ao abordar essa questão do sanitarismo campanhista, Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 797) destacam que:

Durante todo o período colonial, e mais precisamente até meados do século XIX, no Brasil, os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades. Elas adotavam medidas para garantir a limpeza das ruas e quintais. A assistência à população pobre e indigente ficava sob cuidados da iniciativa filantrópica e de instituições beneficentes, ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia. A parcela restante da população buscava socorro dos médicos existentes, barbeiros, sangradores, curandeiros e parteiros.

Caracteriza-se este período pela ascendência das chamadas doenças pestilenciais, notadamente varíola, febre amarela, malária, e tuberculose. Predominava uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se preparou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e da mortalidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Como ressaltam Andrade, Barreto e Bezerra (2006), é com a República Velha<sup>17</sup> (1889-1930), que se inicia no Brasil a constituição do Estado moderno,

---

<sup>17</sup> A República tem início no Brasil proclamando, na sua Constituição (1891), uma estrutura de divisão dos poderes comandada pelo presidencialismo, mas que previa, em tese, um equilíbrio entre eles. Houve a separação entre Estado e Igreja, ou seja, transferiram-se atribuições para o Estado historicamente assumidas pela Igreja, assim como se conferiu liberdade de culto religioso com vistas a favorecer a adaptação dos imigrantes. Dentre as tensões de ordem política caracterizaram mais o período final da República Velha, com os acordos e desacordos entre as oligarquias regionais de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul – que se revezaram no governo central – e os militares, principalmente do Exército, insatisfeitos em relação a progressões na carreira, mas também com a condução federalista da República. Do ponto de vista econômico, é um período importante para a consolidação do capitalismo no Brasil, pois sucede a abolição do trabalho escravo, instituindo, efetivamente, o trabalho assalariado como regime de trabalho no país. Esse período é marcado pelo auge do modelo econômico agroexportador com base no café e também pela sua decadência, com a quebra da bolsa de Nova York em 1929 (SANTOS, 2012).

marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira. Assim, surge o nascimento da saúde pública no Brasil, representando mudança nas práticas dominantes. Em relação ao saber médico-sanitário destacou-se a adoção das práticas fundamentadas pela bacteriologia e pela microbiologia.

Ademais, os autores destacam que o sanitarismo campanhista predominou nessa época até na metade dos anos 1960. O modelo agroexportador vigente na economia brasileira exigia uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. Nesse sentido, o sanitarismo brasileiro, do início do século, guarda relação com a ideia de Polícia Médica<sup>18</sup> e Medicina Urbana<sup>19</sup> desenvolvida respectivamente na Alemanha e França (FOUCAULT, 1984).

De acordo com Carvalheiro, Marques e Mota (2008), a legislação aprovada pelo governo brasileiro nas primeiras décadas do século XX conferia legalidade jurídica a todas as medidas sanitárias e aos profissionais responsáveis por sua implementação. O poder de polícia instituía-se na saúde pública com a denominada “polícia médica”; a vacinação era obrigatória, e as medidas do plano sanitário eram a demolição de locais de moradia coletivos considerados insalubres, a remodelação das vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos.

Segundo Carvalheiro, Marques e Mota (2008), havia enorme contingente de pessoas que estava à margem desse modelo de atuação da saúde pública; principalmente a população rural e que dependia de assistência esporádica em hospitais de caridade ou de práticas de Medicina Alternativa. A política pública de saúde estava, portanto, organizada e normatizada para o controle sanitário das endemias por intermédio de práticas campanhistas.

Para Bravo (2009, p. 89),

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no

---

<sup>18</sup> A polícia médica foi criada na Alemanha em 1764, por W.T. Rau, sendo posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX, e consistia em: um sistema de observação da morbidade pela contabilidade pedida aos hospitais e aos médicos que execiam a medicina em diferentes cidades ou regiões; um fenômeno importante de normalização da prática do saber médico, ou seja, deixava-se às universidades e à própria corporação médica o encargo de decidir em que consistia a formação médica e como eram atribuídos os diplomas (FOUCAULT, 1984).

<sup>19</sup> O desenvolvimento da medicina é representada na França, onde, em fins do século XVIII, surge a Medicina Social que não parece ter por suporte a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização. É com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França, a medicina social (FOUCAULT, 1984).

campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação do nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Conforme Bravo (2013, p. 118), citando Braga (1986), a:

[...] saúde emerge como 'questão social', no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado e assumindo de forma embrionária a característica de política social.

Ressalta, ainda, Bravo (2013), que a década de 1920 é analisada como de questionamento da sociedade brasileira, pois estava em crise o padrão agroexportador, a política das oligarquias e o Estado que as expressava. A autora registra que o Estado brasileiro, na década de 1920, foi pressionado a romper com o liberalismo. Naquele período, destaca-se o movimento operário, que surgia na cena política e questionava o não intervencionismo do Estado, começando a surgir no Congresso alguns parlamentares sensíveis à "questão social", e, sobretudo abordando e analisando as condições de saúde dos trabalhadores.

Os trabalhistas pleiteavam a assistência médica, reivindicando ao Estado a construção de hospitais e a adoção de medidas previdenciárias para a melhoria da situação de saúde dos trabalhadores; enquanto os anarquistas, ao analisarem a Saúde, viam nas más condições sociais a causa das doenças dos trabalhadores e reivindicavam melhores condições de trabalho e de vida. Opunham-se à utilização da força de trabalho infantil nas fábricas e questionavam a mortalidade precoce dos trabalhadores, os acidentes de trabalho e a falta de segurança nos empregos (BRAVO, 2013).

De acordo com Bravo (2013, p. 122):

A saúde pública cresce com a 'questão social', adquirindo novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A Reforma Carlos Chaga, de 1923, tenta ampliar o atendimento de saúde pelo poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional, no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922. Esta reforma previa a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo, como atribuições federais: o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos do Distrito Federal e o combate às endemias rurais.

Nesse resgate histórico é importante mencionar o fato de que a emergência da política estatal de proteção encontrava-se associada à estruturação do sistema previdenciário da década de 1920 e que, desde a sua origem, incorporou a assistência à saúde, abarcando apenas as categorias profissionais fundamentais

para o projeto de crescimento econômico do país (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

O alcance dessa política previdenciária caracterizou-se pela posição dos indivíduos no mercado de trabalho, constituindo um acesso estratificado aos serviços de saúde, sendo que sua base de organização pautava-se na relação renda, valor de contribuição e densidade dos benefícios auferidos. O início da política previdenciária foi o ano de 1923; nesse período foi promulgada a Lei Eloy Chaves<sup>20</sup>, sendo criadas as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões<sup>21</sup> (CAPs). Assim, o modelo de proteção social instituído reafirmou as desigualdades históricas existentes entre os distintos grupos sociais (BOSCHETTI, 2006; COHN, 2009; COHN et al., 2010; MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Nessa direção, Boschetti (2006, p. 11) caracteriza o modelo de intervenção do Estado brasileiro:

O modelo esboçado após 1923, com base nas Caixas de Aposentadorias e Pensões privadas, organizadas por empresas, cresceu rapidamente, mas de forma desigual e limitada a algumas categorias profissionais. As sementes de uma 'proteção previdenciária', contudo, estavam enraizadas na lógica de desenvolvimento socioeconômico brasileiro. A partir dos anos 30, intensificou-se no Brasil uma intervenção mais efetiva e sistemática do Estado na regulação das relações de trabalho na área social, a qual também passou a ser objeto de sua atuação. Às Caixas de Aposentadorias e Pensões somaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões, criados, regulamentados e controlados pelo Estado. Assim, estabelecia-se uma nova concepção de regulação econômica e social.

Esse modelo de proteção social caracteriza-se pela garantia dos serviços sociais com base na posição dos indivíduos no mercado de trabalho, portanto, com base no reconhecimento da condição dos indivíduos como trabalhadores formalmente contratados e sindicalizados. Sendo assim, o sistema de proteção social, de molde meritocrático, obedece a lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à sua dimensão social, seja como conquista dos trabalhadores a esses direitos sociais

<sup>20</sup> Dos movimentos relacionados à construção de um sistema de saúde, podemos atribuir às CAPS – criada em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves – o status de primeira iniciativa para a organização de um sistema de saúde e previdência no país (SAITO, 2008).

<sup>21</sup> Essas Caixas eram de natureza privada, organizadas por empresas, e se espalharam rápida e progressivamente por outras empresas do setor privado. Em 1930, já existiam 47 CAPS, beneficiando aproximadamente 8.009 aposentados e 7.013 pensionistas. O financiamento era responsabilidade das duas partes, sendo que as contribuições baseavam-se na folha de salários (cada trabalhador contribuía com 3% do salário), na renda bruta das empresas (1% do total anual) e em um imposto anual de 1,5% sobre os serviços prestados pelas empresas (por exemplo, cada empresa de estrada de ferro devia contribuir com 1,5% do seu faturamento sobre a venda dos bilhetes). As empresas recolhiam o montante resultante dessas três fontes e depositavam-no em uma conta aberta em nome da Caixa, sem nenhuma intervenção do Estado (BOSCHETTI, 2006).

seja como política compensatória das desigualdades sociais (COHN, 2006, 2009). É o que Santos (1979) denomina cidadania regulada<sup>22</sup>.

Do ponto de vista da economia, esse período de 1930 até meados de 1960 é reconhecido pela associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais; cujo eixo central reside na previdência social que passaram a dar sustentação ao processo de industrialização (SILVA, 2000; COHN, 2009).

Cabe mencionar e retomar alguns fatos importantes de 1930<sup>23</sup> até 1970. Assim, no período de 1933 a 1938, as CAPs foram substituídas por uma nova modalidade de organização da Previdência e da Assistência à Saúde, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)<sup>24</sup> (SAITO, 2008; CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008). Segundo Boschetti (2006, p. 23-24),

[...] a criação dos IAPs pode ser compreendida, ao lado da regulamentação das profissões, da intervenção e controle sobre os sindicatos e da criação da carteira de trabalho, como parte de uma estratégia política e econômica do Estado corporativo autoritário.

A autora completa, que em termos econômicos, os IAPs permitiram ao governo acumular fundos de capitalização fundamentais para a política de substituição de importações e de estimulação da indústria, e em termos políticos, o modo de organização segundo as categorias profissionais permitia, ao mesmo tempo, a centralização da gestão e a fragmentação dos trabalhadores, ou seja, a natureza estatal dos IAPs atribuía ao Estado o papel de sujeito ativo no processo de gestão e decisão, sendo que o governo Vargas desempenhou esse papel de modo a

<sup>22</sup> Santos (1979) entende por cidadania regulada o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação social, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei.

<sup>23</sup> O ano de 1930 pode ser considerado um divisor de águas na história econômica, política e social do Brasil. Após uma insurreição armada, conhecida como Revolução de 30, Getúlio Vargas assumiu o poder, onde permaneceu por quinze anos. De novembro de 1930 a julho de 1934, seu governo caracterizou-se como “de transição”. A nova Constituição de 1934 instituiu um processo político mais aberto, e Getúlio foi eleito presidente constitucional. O período “democrático”, entretanto, não durou muito tempo, e, a partir de novembro de 1937, o presidente Getúlio Vargas instaurou uma ditadura que se prolongou até 29 de outubro de 1945, quando ele foi obrigado a renunciar após um golpe militar organizado por seu ministro do exército. Nesses quinze anos, o governo Vargas produziu uma legislação social e trabalhista, o que resultou em profundas transformações na estrutura econômica e social do país, bem como da organização do Estado e da sociedade (BOSCHETTI, 2006).

<sup>24</sup> Em 1933 foi criado o Instituto dos Marítimos (IAPM), em 1934 o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), em 1936, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Em 1938 surge o Instituto dos trabalhadores em transportes e cargas (IAPETC) (SAITO, 2008).

reforçar o poder de decisão dos representantes e a enfraquecer os representantes dos trabalhadores e empregados.

Outro marco importante na política de saúde, na década de 1930, foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), com a função de coordenar as ações de saúde pública no modelo sanitarista campanhista do período anterior. Essa fase corresponde ao auge desse modelo na área de saúde pública, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, do Serviço de Malária e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública<sup>25</sup> (AGUIAR, 2015).

Pelo exposto, e segundo Bravo (2013, p. 132), “na década de 1930, é possível identificar, no bojo das políticas sociais, uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”.

Sendo assim, conforme Aguiar (2015), essa política de saúde adotada reforça a antiga dicotomia entre as ações de caráter coletivo sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde atrelado ao modelo sanitarista campanhista, separadas das ações curativas e individuais, vinculadas aos IAPs, reforçando a dualidade do modelo assistencial.

Destaca-se que a população de maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados de saúde integrantes da medicina liberal crescente; enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com os escassos serviços públicos e das instituições de caridade; além das práticas populares de tratamento (AGUIAR, 2015).

Bravo (2013) menciona que o subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as de campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966, devido à intensa urbanização dos anos de 1940<sup>26</sup> e 1950<sup>27</sup>, e da mudança do padrão de acumulação do governo Juscelino Kubitschek (JK)<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criada em 1942. Também, representou importante marco em termos de criação institucional. Resultado de um acordo bilateral com os Estados Unidos e respaldado em parcerias com a Fundação Rochefeller e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Ele tinha como principal atividade a assistência médica aos trabalhadores sujeitos à malária, na Amazônia e no Vale do Rio Doce.

<sup>26</sup> No final da década de 1940, com o Plano Salte de 1948, a Saúde foi posta como uma prioridade no governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, nas áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, mas não foi implementado, uma vez que a maior parte dos recursos do plano foi destinada à área de Transporte (BRAVO, 2013; AGUIAR, 2015).

Naquele momento do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), a proposta desenvolvimentista era estimulada pela crescente entrada do capital internacional no país. No entanto, no seu Plano de Metas, dividido em cinco frentes: energia, transporte, indústria de base, alimentação e educação. A saúde não aparecia e a única meta que o governo de Juscelino incluiu no plano foi o aumento de 70% dos leitos hospitalares. A influência americana na área de saúde refletiu-se na construção de um modelo semelhante aos padrões americanos, em que a construção de grandes hospitais e equipamentos concentra o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são menores (MELO, 2015).

Segue-se um período tumultuado na política do país, com a vitória de Jânio Quadros em 1961 e a condução política de seu vice, João Goulart, com forte oposição política da elite nacional, por defender reformas de base e políticas sociais. A partir de uma articulação dos militares, da burguesia industrial e da elite nacional foi planejado o golpe das forças armadas que se concretizou no dia 31 de março de 1964, instaurando-se a ditadura militar, que se estendeu até a transição para o regime democrático em 1985 (AGUIAR, 2015).

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismos de acumulação do capital (BRAVO, 2011).

Neste período do Regime Militar<sup>29</sup> (1964-1984), no campo da saúde, implantou-se, de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo

---

<sup>27</sup> Na década de 1950, com o reaparelhamento do Estado, a saúde pública ampliou-se pela extensão relativa do atendimento e pela sofisticação da estrutura do aparelho estatal, com maior centralização. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que antes era parte do órgão ministerial encarregado da Educação (BRAVO, 2013).

<sup>28</sup> O governo JK se fez sob a base de uma política econômica nacional-desenvolvimentista que consistiu na combinação de uma forte intervenção estatal em áreas estratégicas (transporte, energia e comunicação), como incentivo direto à industrialização nacional, e atração do capital estrangeiro com concessão de expressivas facilidades fiscais. Assim é que estimulou o desenvolvimento econômico associado ao capital nacional ao estrangeiro, com baixo grau de regulação das remessas de lucro para o exterior (SANTOS, 2012).

<sup>29</sup> O período de ditadura militar que perdurou por 20 anos foi cortado por conjunturas específicas: a primeira fase de 1964 a 1968, de institucionalização da ditadura; a segunda fase de 1968 a 1974, de expansão da industrialização com capital internacional ou período do milagre brasileiro; a terceira fase de 1974 a 1984, de crise econômica e do regime militar e abertura política (AGUIAR, 2015).

predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Nessa perspectiva, em 1966, promoveu-se a unificação dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do trabalho e Previdência Social, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares (AGUIAR, 2015).

No que diz respeito à unificação dos IAPs e à criação do INPS, Menicucci (2007, p. 66) destaca que:

Do ponto de vista institucional, o desenvolvimento da Previdência Social logo no início do governo militar inaugurado em 1964 significou a unificação de todos os institutos em uma única estrutura institucional, abrangendo toda a força de trabalho, com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos os assalariados urbanos. Ao absorver número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a Previdência Social passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das despesas.

Para Bravo (2011, p. 59),

[...] a criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período 'populista'; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras.

Então, esse período configurou-se com o de fortalecimento do modelo assistencial-privatista de Saúde Pública, a partir da unificação dos IAPs e da criação do INPS. Esse modelo foi fortalecido ainda pelo aparato político patrocinado pelo governo militar que assumiu o poder a partir da década de 1960 (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

É no período 1960-1970 que se consolida no país a privatização da assistência médica no contexto do sistema de proteção social. De fato, a Previdência Social passa a ofertar assistência médica aos seus segurados fundamentalmente pela compra de serviços médicos do setor privado, e como consequência, tem-se um sistema privado prestador de serviços de saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica e que, progressivamente, vai se transformando num setor de interesse para o capital (COHN, 2009).

Na abordagem de Bravo (2011), outras medidas foram tomadas no período pós-1974 visando à correção das distorções e normatizar as ações de



saúde, destacando-se o Plano de Pronta Ação (PPA<sup>30</sup>) e a Lei do Sistema Nacional de Saúde (SNS<sup>31</sup>).

O PPA representou um marco na consolidação da tendência de absorção da assistência à saúde pelo Ministério da Previdência. Nesse processo, é fortalecida a burocracia previdenciária e o setor privado na área (BRAVO, 2011; VIANA, 2014).

O SNS definia as competências dos diversos ministérios envolvidos com a saúde, além das atribuições das instâncias federal, estadual e municipal. No entanto, a oposição dos empresários da saúde dificultou a regulamentação desse sistema, e o governo manteve a política nos programas, tais como: Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e outros (VIANA, 2014; AGUIAR, 2015).

Na sequência das mudanças institucionais na Previdência Social, foi criado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social<sup>32</sup> (SINPAS), subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que operou uma divisão técnica do trabalho, criando ou incorporando diversos organismos para as diversas tarefas da Previdência. Integrando o SINPAS, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MENICUCCI, 2007).

---

<sup>30</sup> O PPA foi implantado em 1974, formulado pelo Ministério da Previdência tinha como objetivo assegurar que todos os previdenciários tivessem acesso à consulta médico-ambulatorial pela rede privada contratada e conveniada, ao lado da universalização do atendimento de urgência (BRAVO, 2011).

<sup>31</sup> O SNS foi constituído pela Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 (VIANA, 2014; AGUIAR, 2015).

<sup>32</sup> Esse sistema era composto pelos órgãos Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - direcionado para o pagamento de benefícios aos segurados; o INAMPS - encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meio dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais; a Fundação Legislativa de Assistência (LBA) - com a finalidade de prestar assistência à população carente; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a Central de Medicamentos (CEME).

Ao investigar a periodização da política de saúde<sup>33</sup> no Brasil, Viana (2014) define o período de 1974 a 1978 como a hegemonia do modelo centralizado, e faz referência ao INAMPS da seguinte forma:

Nos anos 70, o real executor da política de saúde era um órgão do nível federal – o INAMPS. Esse é, portanto, um modelo de prestação de serviços centralizado e, sua grande característica foi a de ter dissociado as ações de saúde coletiva e individual, com duas redes de atendimento separadas e não integradas. A saúde coletiva era oferecida de forma “marginal” pelo Ministério da Saúde, com poucos recursos, e pelas secretarias estaduais, e a saúde individual, oferecida pela assistência médico-hospitalar do Inamps. Além disso, ao contrário das ações coletivas, que eram universais, as individuais eram oferecidas apenas para segurados da Previdência. (VIANA 2014, p. 79)

Para Viana (2014), o INAMPS oferecia serviços médicos em sua rede de ambulatórios e hospitais ou na rede contratada e/ou conveniada, de caráter predominantemente privada e com fins lucrativos. A autora reitera que tal forma de prestação de serviços era privatizante, favorecendo a criação e expansão de um complexo médico industrial. O financiamento das ações do INAMPS fazia-se independentemente do orçamento fiscal, pela captação de recursos de contribuições sociais incidindo de forma direta e indireta sobre a massa de assalariados.

Nesse contexto cravado de avanços e recuos também, em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde lança a consigna Saúde para Todos no Ano 2000; adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados. No Ano de 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde<sup>34</sup>, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reafirma a saúde como direito do homem e constitui a Atenção Primária à Saúde como tática privilegiada de operacionalização das metas da Saúde para Todos no Ano 2000; tendo que incorporar elementos da saúde comunitária (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2008).

<sup>33</sup> Pode-se subdividir o período que vai da segunda da década de 1970 até o final da década de 1980 em cinco grandes fases da política de saúde no Brasil: 1974-1978: hegemonia do modelo centralizado; 1979-1982: hegemonia desafiada, com surgimento de novas políticas e programas de cunho radicalmente distinto do modelo hegemônico, porém não o substituindo integralmente; 1983-1986: transição ao novo modelo, com forte dualidade entre o modelo antigo e as formas novas e com crescimento do setor público nas ações de saúde, emergência de novas formas de gestão, descentralização de recursos e maior participação das esferas estaduais e municipais na política de saúde, através das Ações Integradas de Saúde (AIS); 1987-1989: constituição do novo modelo, descentralizado, de saúde, com o surgimento do SUS; 1990 em diante: implantação do novo modelo (SUS), com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (VIANA, 2014).

<sup>34</sup> Dessa conferência resultou a Declaração de Alma-Ata, documento que, a par de reafirmar a saúde como um direito do homem, asseverou a necessidade da sua promoção, proteção e recuperação para o desenvolvimento econômico e social dos povos e estatuiu ainda a responsabilidade dos governos, perante seus cidadãos, por tais ações, genericamente denominada atenção à saúde (GLOBEKNER, 2011).

Ao longo dos anos 1970 a 1980, no Brasil, tem início no país o processo de transição democrática, com ampla manifestação da sociedade civil.

A luta pela saúde já vinha se ampliando desde o ano de 1970 e se intensificando mais ainda a partir do ano de 1980, quando diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média”, visando à melhoria dos serviços de saúde e alteração de políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção de saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua organização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão (BRAVO, 2011).

É no bojo desse processo de luta pela democratização política no Brasil que se organiza um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Dele fizeram parte, fundamentalmente, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde; além de outros setores organizados da sociedade. O ideário da Reforma Sanitária<sup>35</sup> consiste na proposta de um Sistema Único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob o controle público e descentralizado (COHN, 2009).

Paim (2008) aponta que na segunda metade de 1970, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média. Os movimentos se expressaram na saúde, constituindo em possibilidades de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes.

---

<sup>35</sup> Os fundamentos que moveram a Reforma Sanitária brasileira podem ser agrupados em três blocos indissociáveis: a) a expressão das condições sócias históricas desiguais explicitadas na determinação estrutural da produção e na distribuição da doença, como o resgate da Medicina Social e constituindo os fundamentos da Saúde Coletiva; b) a crítica ao sistema de saúde existente, acompanhado da crítica à medicina liberal e a medicina preventiva, versão inicial de medicina comunitária; c) a crítica à mercantilização da saúde, decorrente da transformação dos serviços sociais no capitalismo monopolista em espaço de ampliação de valor e de acumulação capitalista (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Enquanto o governo implementava políticas de saúde autoritárias e privatizantes, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde <sup>36</sup> (CEBES) em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UnB), trazendo para discussão a questão da democracia da saúde (PAIM, 2008).

Outro elemento importante para o movimento Sanitário foi o processo de assalariamento do médico, com o declínio da prática liberal, sendo a categoria, em sua maioria, absorvida nas instituições públicas. O Estado, ao expandir as oportunidades no setor, não melhorou as condições de trabalho da categoria. A primeira mobilização dos médicos ocorreu em 1977, quando 500 residentes em São Paulo promoveram uma manifestação para sensibilizar a opinião pública com relação aos seus baixos salários e as precárias condições de trabalho. Portanto, iniciou-se uma luta na categoria médica entre os progressistas e os conservadores denominada de Movimento de Renovação Médica (REME), objetivando organizar as reivindicações trabalhistas da categoria e dos direitos democráticos do país (BRAVO, 2011).

Nesse contexto de intensos movimentos em prol da Reforma Sanitária, cita-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)<sup>37</sup>, vinculado ao Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social. Melo (2015, p. 43), ao fazer referência à proposta deste Programa pelo governo em vigência afirma que:

Nesse cenário aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde, última do Regime Militar, durante o governo do general João Batista Figueiredo, cujo mote foi à expansão das ações de saúde dos serviços básicos. Para tal, idealizou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que 'propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde com cobertura universal'. Devido à falta de recursos, após o debate entre os participantes, houve apenas o encaminhamento da proposta à Câmara dos Deputados.

<sup>36</sup> Como intelectual coletivo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o CEBES utilizou a democratização à saúde na construção de identidades, denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de saúde privatizado, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde. Propiciou um conjunto de debates sobre a saúde, editou a Revista Saúde em Debate, publicou livros e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) (PAIM, 2008).

<sup>37</sup> Criado em 1980, previa a extensão de cuidados primários de saúde a toda a população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública. Esse programa, no entanto, não foi implementado por encontrar objeções dos dirigentes do INAMPS e pressão dos empresários da saúde (VIANA, 2014; AGUIAR, 2015).

Bravo (2011) destaca que a questão social, no governo Figueiredo, acirrou-se com o desemprego, o aumento do custo de vida, a taxa de inflação a 200% e a crise na previdência social, se agravando principalmente a partir de 1980/81. Isso foi decisivo para que o Brasil recorresse ao FMI, em 1982.

Diante da crise econômica, fortalecem-se os sindicatos e a oposição política sucedendo-se em 1984 no Movimento das Diretas Já<sup>38</sup>, que resultou na Emenda Dante de Oliveira<sup>39</sup>, com a garantia de eleições diretas para presidente naquele ano. No entanto, a emenda não foi aprovada e em janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral escolheu Tancredo Neves que concorreu com Paulo Maluf para presidente da República (AGUIAR, 2015).

Nesse período a política de saúde prosseguiu atravessada por uma profunda crise. De acordo com Bravo (2011, p. 85):

As reformas implantadas, destacando-se o Sistema Nacional de Saúde e o SIMPAS não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, via INAMPS, persistia com as ações curativas, permanecendo a instabilidade do financiamento das despesas previdenciárias e mantendo a privatização da medicina.

Percebe-se, então, que a relação saúde e democracia passa a ser pauta constante dos movimentos sociais diante das reformas e da crise no sistema previdenciário que assolava o país. Segundo Bravo (2011, p. 90):

[...] em 1981, a crise financeira da Previdência Social chegou a seu mais alto patamar, e setores do governo anunciaram publicamente a falência do sistema. Essa crise foi resultante de um processo estrutural gerado desde a década de 1970, em decorrência do modelo de atenção médica implantado.

A Reforma Sanitária é parte desse processo histórico. Sua proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como

---

<sup>38</sup> No final de 1983, iniciou-se o movimento pelas eleições diretas para presidente. Essa campanha canalizou a insatisfação popular, com comícios e passeatas envolvendo milhões de brasileiros. Esse movimento significou repúdio ao governo e teve forte adesão da sociedade (BRAVO, 2011).

<sup>39</sup> O governo conseguiu barrar a Emenda Dante de Oliveira, responsável pela proposição das eleições diretas, fazendo que as eleições para presidência fossem realizadas de forma indireta via Colégio Eleitoral. Assim, em janeiro de 1985 foi eleito Tancredo Neves, e a Nova República foi instaurada. No entanto, Tancredo Neves adoeceu e morreu pouco tempo depois, levando seu vice José Sarney a assumir a Presidência do Brasil, tornando-se o primeiro presidente civil desde 1964 e inaugurando a Nova República (MELO, 2015).

processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária<sup>40</sup>. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2008).

Segundo Correia e Medeiros (2014), a condução político-estratégica desse processo teve intensa influência da experiência das mobilizações e lutas dos trabalhadores na Reforma Sanitária italiana<sup>41</sup> e assumiu no final dos anos 1970 uma dimensão nacional; não tendo como perspectiva apenas uma reforma organizacional do sistema de saúde. Assim, objetivava-se um processo de mudança que alcançaria toda a sociedade, buscando modificar profundamente as condições de vida e os determinantes do processo saúde-doença, bem como as bases sociais da construção do sistema de saúde, livre da lógica do mercado.

Melo (2015, p. 90), se baseou na acepção gramsciana para pensar como os intelectuais iniciaram o processo de discussão na ação coletiva e nos movimentos sociais rumo à reformulação do setor da saúde, conforme destaca:

[...] desde o começo o movimento pela saúde, pela democratização da saúde, esteve atrelado à Academia. De forma mais direta, foi uma via de mão dupla: o movimento surgiu vinculado a ela, que por sua vez alimentou-se das experiências dos profissionais que iam para as comunidades. Seu braço acadêmico, ou seja, os departamentos de Medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública tiveram papel fundamental no movimento reformista. Somada a isso, houve a influência da Reforma Sanitária italiana, tendo em Giovanni Berlinguer um constante interlocutor. Após sua primeira vinda ao Brasil, promovida pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1978, Berlinguer passa a ser uma referência para os sanitaristas brasileiros na relação entre saúde e democracia.

<sup>40</sup> A CNRS foi constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade e composta por órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados: Ministério da Saúde (Secretário Geral e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ); Ministério da Previdência e Assistência Social (Secretário de Serviços médicos e INAMPS); Ministério da Educação e Cultura (Secretário de Educação Superior); Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano; Ministério da Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da presidência da República; Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - 2 representantes, sendo um o Presidente); Câmara dos Deputados (comissão de saúde); Centrais Sindicais tais como: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e Central Única dos Trabalhadores (CUT); Centrais Patronais: Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional do Comércio (CNC) e Confederação Nacional da Agricultura (CNA); Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil e Federação Nacional de Hospitais - FBH); Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos); Confederação Nacional de Moradores (CONAM). Trata-se de um marco para o desencadeamento do processo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

<sup>41</sup> A comparação entre a Reforma Sanitária brasileira e a italiana é muito comum, embora não seja unânime. De acordo com Temporão (apud MELO, 2015), a Reforma Sanitária se alimentou de muitos modelos e muitas influências. Teve a reforma psiquiátrica italiana, de Basaglia, teve o modelo inglês, teve o modelo canadense, teve a experiência cubana e teve os médicos de pés descalços da China.

O espaço político responsável por todo esse processo de mudanças na política de saúde, já citado neste texto, foi propiciado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>42</sup>, em 1986. Nessa ocasião, instalou-se um fórum democrático com ampla participação de representantes de usuários, trabalhadores do setor, partidos políticos, organizações não governamentais e movimentos sociais. Assim, mediante as discussões e ideias reformistas de diversos sujeitos, e com diferentes formas de inserção social tornou-se possível nesta Conferência Nacional de Saúde aprovar o conceito da saúde como um direito do cidadão e delinear os fundamentos do SUS (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Partindo das considerações de Melo (2015, p. 109), essa conferência também foi importante para a história das políticas sanitárias brasileiras, pois:

Ao conseguir formular um programa de propostas – muitas das quais já vinham sendo discutidas em conferências regionais, que, por sua vez, enviaram seus representantes, encaminhando-os para discussão durante o processo constituinte. Tal programa era o projeto da Reforma Sanitária, cujos principais pontos foram: uma reformulação mais profunda que transcendesse os limites de uma reforma administrativa e financeira; um novo sistema nacional de saúde de forma imediata ou progressiva; a separação entre “saúde” e “previdência”, com a criação de um órgão único para a primeira, em nível federal; a descentralização da gestão do setor; uma ampliação do conceito de saúde.

Assim, no processo de redemocratização da sociedade brasileira, a partir das lutas empreendidas e organizadas em torno de movimentos sociais, assiste-se a uma reconstrução da política, na brecha das próprias contradições da expansão capitalista. Nesse processo, verificado a partir dos anos 1980, os movimentos sociais passam a demandar políticas sociais universalizantes e mais equânimes, enquanto direito de cidadania, e nesta intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto de democratização do país nos anos de 1980, obteve-se a consagração da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988 (SILVA et al., 2001; MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

A partir do avanço do processo de democratização, acelera-se a formação de uma agenda alternativa para a política de saúde. O clima de

---

<sup>42</sup> Existentes desde os anos 1940, as Conferências Nacionais de Saúde tinham sido interrompidas durante a ditadura militar. Nos anos 1980, graças à pressão do movimento pela reforma sanitária e ao fato de, no governo Sarney (1985-1989), o Ministério da Saúde contava com direção e técnicos defensores e criadores da proposta de reforma sanitária, foi possível a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (ZIONI; ALMEIDA, 2008).

<sup>47</sup> A VIII Conferência Nacional de Saúde, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Os setores empresariais da saúde não participaram, em protesto contra o princípio da conferência, que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e pela ampliação do número de delegados (BRAVO, 2011).

democratização dá impulso à intensa participação dos sujeitos sociais chamados críticos do modelo centralizado, que passam a questionar os aspectos da atuação do Estado nos inúmeros congressos, seminários e debates, em todo país. Os segmentos da burocracia pública, ligados ao Movimento Sanitário passaram a formular uma nova agenda; já comprometida com o Movimento Sanitário. É a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, segundo um modelo descentralizador e de cobertura universal (VIANA, 2014).

Segundo Viana (2014), as AIS aparecem como um momento de transição para o modelo descentralizador, porém não substituindo o modelo centralizador. Na verdade, ocorre uma convivência entre os dois modelos: o centralizado privatista e o descentralizado estatista. A autora acrescenta que a formulação e implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) foram iniciadas em 1981, quando se criou, no Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária<sup>43</sup> (CONASP).

Em razão das alterações observadas na política de assistência à saúde durante os anos 1980, alguns resultados foram evidenciados. Menciona-se o aumento relativo da produção de serviços ambulatoriais em detrimento das internações hospitalares; pois o número de internações no período de 1982 para 1987 decresceu de 13,1 milhões para 11,7 milhões. Observou-se uma participação declinante da rede privada contratada das internações realizadas pela Previdência Social, que, de 90% das internações, reduziu-se para 80,3% em 1987. Contudo, não houve a diminuição da participação do setor privado nas internações hospitalares (MENICUCCI, 2007).

De acordo com Viana (2014), o período de 1987-1989 foi marcado como de constituição do novo modelo, com destaques para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o SUS. A autora lembra que em 1987, instalou-se o Congresso Constituinte, sendo que por meio de um decreto da União de Julho de 1987, transformaram-se as Ações Integradas de Saúde no SUDS.

---

<sup>43</sup> O CONASP, criado em 1981 através do decreto do Presidente da República, teve por finalidade recomendar políticas com relação à assistência à saúde da previdência social. Foi presidido pelo Dr. Aloysio Salles e era constituído de catorze membros, entre eles sete representantes governamentais, três representantes patronais, dois representantes da área médica e três representantes trabalhadores. O conselho, apesar de ter recebido críticas com relação à sua composição, em que era minoritária a representação dos trabalhadores, e pela falta de representação sindical médica, obteve um apoio relativo dos profissionais de saúde e setores da população (BRAVO, 2011).



Consoante Aguiar (2015), o SUDS representou um avanço quando possibilitou a formação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, a desconcentração de recursos e poder da esfera federal para a estadual, o esvaziamento do INAMPS e o aumento da cobertura de serviços de saúde para a população. A autora ressalta que a implantação do SUDS promoveu uma estadualização do INAMPS, por meio da fusão de suas estruturas às secretarias estaduais de saúde; e como resultado ocorreu uma concentração de poder nas secretarias estaduais de saúde, as quais estabeleciam com os municípios uma relação clientelista, repassando os recursos com mais facilidade, quando o gestor municipal era da mesma agremiação partidária ou por outros interesses políticos.

Finalmente, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi aprovado o SUS que incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária apresentadas por emenda popular acompanhada da participação dos segmentos interessados. A elaboração da Constituição Federal não se deu de modo consensual, ocorrendo embates e conflitos entre os que defendiam os interesses privatistas e os que lutavam pela saúde pública e estatal (AGUIAR, 2015).

Entre os que defendiam seus próprios interesses destaca-se o “Centrão<sup>44</sup>”, principal grupo com uma formação liberal-conservadora que tinha em suas fileiras, políticos de partidos como o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Democrático Social (PDS), e Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Esse grupo assumiu a expressa postura de votar contra os dispositivos que não correspondessem aos interesses do governo e das forças de direita (BOSCHETTI, 2006; MELO, 2015).

Sobre os embates políticos no processo Legislativo de criação da Seguridade Social na Assembleia Constituinte, Boschetti (2006, p. 145) descreve as etapas do processo:

Instalados no primeiro dia de fevereiro de 1987, os trabalhos legislativos duraram dois anos. A Assembleia Constituinte era composta de oito comissões temáticas, e cada uma delas se subdividia em três subcomissões. Havia, ainda, uma nona comissão, a de sistematização. Os trabalhos obedeceram à seguinte lógica: as 24 subcomissões elaboraram os dispositivos constitucionais (futuros artigos), que eram divididos por temas. Aprovados nessas subcomissões, os pré-projetos correspondentes aos temas foram enviados às oito comissões, que os reorganizaram por

---

<sup>44</sup> O Centrão reunia parlamentares tanto dos partidos que tinham sustentado o regime militar como da Aliança Democrática. Em algumas votações, esse bloco conseguiu reunir cerca de 300 parlamentares, o que representa mais de 50% dos membros da Assembleia Constituinte (BOSCHETTI, 2006).

temáticas segundo os capítulos da Constituição. Após sua aprovação pelos parlamentares membros, os projetos de cada comissão foram encaminhados à Comissão de Sistematização, a quem incumbiu organizá-los em títulos, a fim de elaborar um primeiro projeto da Constituição. Tal projeto, após ser analisado e aprovado pelos parlamentares membros dessa comissão, foi enviado ao plenário da Assembleia Constituinte, onde foi debatido, submetido às emendas parlamentares e, finalmente, votado e aprovado em 5 de outubro de 1988.

Para Bravo (2009), o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

A Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor<sup>45</sup> (BRAVO, 2009, 2011).

Assim, o texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresarias do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (BRAVO, 2009, 2011).

Segundo Menicucci (2007, p. 193) os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

Como aspectos fundamentais do texto constitucional aprovado em outubro de 1988, destacam-se: a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica; o estabelecimento da saúde como direito social universal; e a criação de um Sistema Único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade.

Para finalizar a análise da política de saúde na transição, é importante salientar alguns aspectos que foram fundamentais nesse período com o objetivo de alterar a política de saúde privatizante e fortalecer o setor público; apontados por

---

<sup>45</sup> As entidades que participaram da Plenária foram: sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros (BRAVO, 2009).

Teixeira (1989, p. 50-53) como: “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais”.

A politização da saúde objetivava aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A VIII Conferência foi o acontecimento determinante nesta politização (BRAVO, 2009, 2011).

A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada; tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2009, 2011).

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi caracterizada por um conjunto de medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, assim culminando com a criação do SUDS em 1987, e depois, em 1988, no SUS, sendo um avanço no setor administrativo (BRAVO, 2009, 2011).

Em suas análises finais da política de saúde na transição, Bravo (2009, 2011) afirma que as medidas mencionadas não alteram as condições de saúde da população, pois era necessária sua operacionalização, que de fato não ocorreu.

Para Menicucci (2007, p. 194-195),

[...] paradoxalmente, ao mesmo tempo em que a Constituinte reforçava o setor público na prestação de serviço, as reformas desencadeadas no âmbito da Previdência Social sofriam retrocesso e os representantes do movimento sanitário perdiam espaços institucionais, não permanecendo após 1988, em nenhum cargo de direção.

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto da Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar direção no setor a partir de 1988 (BRAVO, 2009).

Menicucci (2007) destaca ainda que a reforma constitucional vai conviver com o recrudescimento de propostas conservadoras e privatistas, e com isso ocorre

um retrocesso nas mudanças institucionais, sendo nesse quadro que se dará início nos anos de 1990 à implantação da reforma definida no plano jurídico-formal.

Enfim, Bravo (2011, p. 118) finaliza que a “construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária, e a mobilização política, uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde”.

O percurso histórico, a partir dos fatos expostos com os múltiplos determinantes e os momentos de inflexão, de rupturas e continuidades, faz com que se perceba as influências na herança com que o SUS terá que lidar seguidamente após a aprovação da Constituição Federal de 1988.

Matos (2013, p. 154) sintetiza esse movimento em:

[...] programas de saúde verticais que se fragmentam em ações no nível local; excessiva centralização das decisões no plano federal; divisão dicotômica entre saúde pública e assistência médica previdenciária; predominância do setor privado na área da assistência médica, particularmente voltada para a assistência hospitalar e serviços básicos focalizados para as populações mais pobres.

Esse legado conforme visto, remonta à criação das CAPs, em 1923, quando se iniciou a oferta aos trabalhadores filiados, e se acentuou no regime militar (MATOS, 2013).

A proposta de mudança do modelo assistencial e, especificamente, da concepção que a partir da atenção básica (AB), deveria nortear uma mudança substancial na organização do sistema de saúde, não foi devidamente aprofundada no processo de luta pela Reforma Sanitária, e assim o que se tem pela frente é o modelo hegemônico hospitalocêntrico ainda prevalecendo na assistência à saúde e na cultura popular com crença de que a figura do hospital é o único local adequado para resolver os problemas de saúde (MATOS, 2013; ROSA, 2014).

### **3.2 O quadro político-institucional do Estado brasileiro na operacionalização do SUS**

O último ano do Governo Sarney (1985-1989) foi marcado por uma deterioração no setor da saúde, fazendo com que ele aproveitasse para demitir quadros ligados ao Movimento Sanitário e bloqueasse os recursos da saúde.

No governo de Fernando Collor, Faleiros et al. (2006, p. 111) lembram que:

O governo Fernando Collor de Mello, eleito em 17 de dezembro de 1989, numa disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, trouxe ao

contexto político nacional a orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento.

No que diz respeito ao contexto internacional, Melo (2015, p. 124) destaca que:

O contexto político mundial representou um entrave à consolidação dos direitos consagrados, pois foi o momento do fim da guerra fria e o subsequente redirecionamento das políticas internacionais, com clara supremacia ao pensamento neoliberal, da defesa do mercado e do desmonte das políticas de bem-estar social.

Ao fazer referência à categoria médica, Melo (2015) pondera que não se pode atribuir a ela todas as malezas do processo de implementação, nem afirmar que não houve médicos que continuassem defendendo os ideais do movimento pela saúde. O Movimento Médico, seus sindicatos e cooperativas podem ser compreendidos como um pêndulo nesse período, movimentando-se de acordo com os interesses da categoria, a depender da conjuntura política.

A conjuntura política, afirma Melo (2015), foi a grande vilã, pois o sucesso da Reforma Sanitária depende de uma renovação de direção política. No caso do Brasil, exemplifica-se que com a eleição de Fernando Collor de Mello foi nítida a tentativa de impedir que as mudanças conquistadas com a Nova Constituição fossem consolidadas. E, uma nova crise no setor da saúde instaurou-se, antes mesmo que se pudesse usufruir das recentes vitórias.

Menicucci (2007) menciona que a configuração conservadora dos governos que se sucederam no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais. Do questionamento da universalização de direitos proliferam propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população; deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos.

Ao processo de democratização se seguiram os de ajuste e estabilização econômica, acompanhadas das reformas estruturais iniciadas no governo Collor que iam no sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição; em sintonia com o receituário internacional. A conjuntura de crise fiscal, com suas consequências sobre o financiamento dos serviços públicos, associada com o fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, não se mostrou favorável à implantação

do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva (MENICUCCI, 2007).

A autora afirma que a regulamentação do texto constitucional foi retardada, existindo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo, além de divergências intraburocráticas na forma de sua operacionalização. Portanto, houve necessidade de forte atuação dos grupos pró-reformas com os parlamentares para se conseguir a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que só ocorreu dois anos depois da promulgação da Constituição e em duas etapas (lei 8.080/90 e 8.142/90), demonstrando o embate político necessário para tornar o SUS realidade.

Dessa forma:

Aprovada uma primeira versão (Lei 8.080/90), a Lei Orgânica teve artigos importantes vetados pelo presidente da República, e somente após pressão e articulação da Plenária das Entidades de Saúde e de outros órgãos, particularmente o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde), é que foi apresentado e aprovado novo projeto de Lei (Lei 8.142) contemplando a regulamentação dos dispositivos constitucionais vetados anteriormente (MENICUCCI, 2007, p. 198).

Segundo Menicucci (2007), pode-se compreender claramente que o presidente Collor não hesitou em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária.

O veto demonstrou uma posição nítida contra hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (FALEIROS et al., 2006).

Segundo Faleiros et al. (2006), no seu plano de governo, Collor prometeu elevar os gastos nacionais com saúde em 10%, mas, na prática, o que ocorreu foi o contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. O autor refere que os gastos públicos com saúde no período 1980-1990 alcançaram o nível máximo, em 1989, de 3,3% do PIB, mas reduziram-se drasticamente no governo Collor, voltando a 2,7%, somente em 1995. Assim, à questão do centralismo no poder autoritário somou-se o neoliberalismo, com a redução dos gastos em saúde.

De acordo com Faleiros et al. (2006), também no governo Collor, durante a gestão do ministro da Saúde Alcení Guerra (13/3/1990 a 23/1/1992), foi aprovada a NOB/91, e uma importante medida da NOB/91 foi:

Para que ocorresse a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, uma importante medida da NOB 91 foi a exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde. A norma exigia, também a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e orçamentação e a apresentação do relatório de gestão local. Finalmente, exigia dos municípios contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários. A NOB/91 foi editada por três vezes. A primeira, contestada pelos juristas por ter saído pelo INAMPS, foi reeditada de imediato após autorização do Ministério e, depois de seis meses, revisada. Na sequência veio a NOB/92. Ambas no governo Collor, com o ministro Alcení e o Presidente do INAMPS, Ricardo Akel. (CARVALHO, 2001, p. 436 apud FALEIROS et al., 2006, p. 118).

Sem dúvida que esse conjunto de medidas contribuiu para que posteriormente fosse logo editada a NOB/92. Segundo Aguiar (2015, p. 78),

[...] a NOB-SUS 01/92, de 7 de fevereiro de 1992, foi editada pela Portaria nº 234, expedida pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e inova muito pouco em relação a anterior.

Para Aguiar (2015), na questão do financiamento, a novidade foi à alocação dos recursos do INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde e quanto às formas de pagamento, mantiveram-se pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS (internações hospitalares) e SIA/SUS (atividades ambulatoriais).

Nesse sentido, segundo a autora:

Ao final de 1993, apenas 1074 municípios brasileiros haviam se enquadrado na condição de municipalização pela NOB 01/92, ou seja, com autonomia para gerenciar os serviços de saúde local, por preencherem os pré-requisitos para o recebimento dos recursos, situação essa que mantém a desigualdade e iniquidade nas condições para organização do sistema de saúde de vários municípios. (AGUIAR, 2015, p. 79).

Nesse debate sobre a municipalização, Arretche (2002) faz um quadro comparativo sobre a habilitação dos municípios ao SUS e dá ênfase, por exemplo, ao percentual de municípios habilitados segundo os anos selecionados de 1988, 1993, 1996 e 2000, com os respectivos percentuais: 0%; 22%; 62,87% e 98,96%.

Arretche (2002, p. 448-449) acrescenta que, no governo Collor, com as NOB/91 e NOB/92, “essas portarias ministeriais estabeleciam regras de transferências de recursos que conferiam um caráter incerto e politizado às mesmas, razão pela qual a adesão municipal ao SUS, nesse período, permaneceu em 22%”.

Faleiros et al. (2006) ao analisarem o programa neoliberal de Collor mencionam que constatou-se o atraso no pagamento dos hospitais em convênio com o SUS e adiou-se a realização da XI Conferência Nacional de Saúde em 1991, apesar das pressões dos municípios e estados e do Conselho Nacional de Saúde, que reafirmavam a necessidade de convocação imediata da IX CNS e de validação das conferências estaduais e municipais, realizadas em 1991.

Em 14 de agosto de 1992, ainda no governo Collor, em Brasília, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde. O evento teve efeitos positivos, pois após a conferência o Executivo, pressionado o presidente Collor, deu início ao processo de operacionalização do SUS. O tema central da conferência foi à municipalização, cujo título foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, e as discussões da IX Conferência de saúde fomentaram também a criação de um Grupo Especial de Descentralização<sup>46</sup> (GED), responsável pela elaboração do documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei”, que deu origem à NOB 01/93<sup>47</sup>, instituída pela Portaria 545/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão das ações e serviços públicos de saúde (FALEIROS et al., 2006; MENICUCCI, 2007; MELO, 2015).

Sendo assim, segundo Faleiros et al. (2006, p.120):

Essa conferência, com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros, de 3.000 delegados e 1.500 observadores, veio aprofundar as diretrizes da VIII CNS, de 1986, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS. Ela foi fundamental tanto para articular as estratégias de ação como para mobilizar os atores envolvidos e a sociedade. Nos dois “Cadernos da IX Conferência” salientam-se os aspectos da crise do financiamento da saúde, ligada à crise fiscal e orçamentária, da gerência, do pessoal assim como dos direitos, da participação e da democratização.

Para Menicucci (2007), o CONASEMS assumiu a coordenação da comissão organizadora da conferência, portanto situando o município como elemento importante na política de saúde. A autora acrescenta que, como a reforma

---

<sup>46</sup> Composto por membros do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS) (MELO, 2015).

<sup>47</sup> No governo Itamar Franco, foi editada a NOB-SUS 01/93, estabelecida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, pelo então ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esta Norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Define as formas de gestão do sistema pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. A NOB 01/93 estabelece também as condições de gestão para estados e municípios de acordo com os diferentes estágios em que se encontram, criando as modalidades de gestão; incipiente, parcial e semiplena- com diferentes estágios e situações de gestão e responsabilidades (FALEIROS et al., 2006; AGUIAR, 2015).



tinha como uma de suas diretrizes a descentralização, que tomou a forma de municipalização, o Movimento Municipalista da Saúde obteve apoio da Frente Nacional de Prefeitos, que viu na implantação do SUS a possibilidade de obtenção de recursos e de maior autonomia aos gestores municipais.

Menicucci (2007, p. 200) afirma que “a ênfase na descentralização levou, assim, à adesão dos secretários municipais de saúde e prefeitos à Reforma Sanitária, nem sempre por motivações ideológicas, mas muitas vezes pela possibilidade de captação de recursos”.

Após a IX Conferência e a destituição do presidente da República Fernando Collor, no final de 1992, iniciou-se, de fato a elaboração de normas mais apropriadas para a descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Em 30 de setembro de 1992, assume o seu vice-presidente Itamar Franco tendo como desafios os enfrentamentos: da inflação e da corrupção, motivo do impedimento do presidente Collor (FALEIROS et al., 2006).

Naquele contexto, a inflação mensal, em 1993, de janeiro a maio, ficou no patamar de 28%, subindo para 35% em outubro, para 37,35% em dezembro, para 39% em fevereiro de 1994 e para 50% em junho seguinte, e também, na saúde a crise se agrava com o corte do repasse de recursos financeiros. Esse corte de repasse leva o ministro da Saúde, Abid Jatene, à proposta da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira<sup>48</sup> (CPMF), colocando na agenda pública, de forma contundente, a questão do financiamento da saúde (FALEIROS et al., 2006; AGUIAR, 2015).

Nesse momento, com a vigência da NOB/93, segundo Arretche (2002, p. 449), “ainda marcado pela incerteza quanto à capacidade de o Ministério da Saúde efetivamente realizar a totalidade das transferências por causa da escassez de recursos, que 63% dos municípios brasileiros aderiram ao SUS”.

Consoante Faleiros et al. (2006, p. 125-126), algumas medidas relacionadas à saúde implantadas no governo Itamar são importantes para serem registradas. No governo Itamar assume o Ministério da Saúde, no período de 8/10/1992 a 18/8/1993, o parlamentar Jamil Haddad, que empreende uma guerra

---

<sup>48</sup> A CPMF foi uma cobrança que incidiu sobre todas as movimentações bancárias - exceto nas negociações de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade - e vigorou no Brasil por 11 anos. De 1997 a 2007, a CPMF arrecadou R\$ 223 bilhões. Em 2007, último ano de vigência da contribuição, foram recolhidos R\$ 37,2 bilhões, segundo balanço divulgado pela Receita Federal (BRASIL, 2017b).

contra os preços dos remédios e, contra os laboratórios. O ministro apoia as discussões nos Conselhos Nacionais de Saúde e de Seguridade, mas não consegue impedir o desgaste do setor pela falta de verbas.

Seu substituto, Henrique Santillo (30/8/1993 a 31/12/1994), fala do solapamento do SUS por 'grupos bilionários' que exploram a medicina de forma mercantil fazem propaganda da falência do setor público, por meio de manipulação da mídia, e se manifestam contrários às auditorias e informatização de contas, que visam impedir o estoque indevido de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por secretarias estaduais e municipais, usadas depois como moeda de troca em época eleitorais. Propõe o Programa Saúde da Família e estimula a municipalização da saúde, assinalando que 1.400 municípios já têm condições de gerenciamento local, sugerindo a transferência de recursos diretamente aos municípios, seguindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde. O governo encaminha a extinção do INAMPS (Lei nº 8.689, de 27/7/1993), com a transferência das ações de saúde para estados e municípios, o que é aprovado na Comissão de Seguridade Social por acordo entre os partidos, sem que fossem demitidos os 96.000 funcionários do órgão, e com a criação de um Sistema Nacional de Auditoria. (FALEIROS et al., 2006, p. 125-126).

Diante do exposto, concebe-se depois do impeachment do Collor em 1992, segundo Melo (2015, p. 139), "que o Ministério da Saúde saiu fortalecido, possibilitando o retorno dos principais atores vinculados ao Movimento Sanitário".

Evidencia-se, portanto, que o processo de descentralização desencadeado pela reorganização do sistema de saúde após a criação do SUS teve o impacto inicial de deslocar para o nível local a execução da política de saúde, pulverizando as instituições responsáveis pela assistência à saúde. Isso pode ter tido um efeito imediato, particularmente após a extinção do INAMPS, de desagregar o suporte institucional ao SUS. Por sua vez, a descentralização tem provocado o surgimento de novos apoiadores do SUS no nível das prefeituras e das instâncias colegiadas que se organizaram com base em definições legais no sentido de incluir a participação da sociedade na gestão do SUS (MENICUCCI, 2007).

Na perspectiva dos autores aqui citados, pode-se afirmar que o quadro político-institucional do Estado brasileiro pós-constituente na operacionalização do SUS foi marcado por enormes dificuldades, tensões, disputas e crises contrariando a direção apontada para o direito à saúde inserido na legislação. Cabe registrar que Ministério da Saúde adotou um mecanismo regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a edição de NOBs, resultado de um intenso processo político de negociação entre os gestores do SUS. Ao longo dos anos 90, foram editadas quatro NOBs (NOB-SUS 01/91; NOB-SUS 01/92; NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96) que aos poucos, promoveram algum aprimoramento nos

mecanismos de repasse dos recursos da esfera federal para os estados, os municípios e o Distrito Federal.

Como resultado de um processo de negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 5 de novembro de 1996, com a Portaria nº 2.202, foi publicada a NOB 01/96<sup>49</sup>. Essa norma operacional, no entanto, só foi efetivada no início de 1998, tendo passado por uma série de portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em 1997, com o conteúdo original alterado. Assim, o processo de municipalização completou-se sob a NOB/96 e a adesão dos municípios foi superior às metas do Ministério da Saúde, atingindo no ano de 2000, o percentual de 98,96% dos municípios habilitados. Essa NOB apresenta mecanismos para a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) (ARRETCHE, 2002; MELO, 2015; AGUIAR, 2015).

Segundo Aguiar (2015, p. 83), a NOB/96 propõe-se a reformular e aperfeiçoar a gestão do SUS, buscando:

Definir os papéis de cada esfera do governo para garantia do comando único; criar os instrumentos gerenciais para os estados e municípios assumirem seu papel de gestores do SUS, superando o papel de prestadores de serviços; estabelecer mecanismos e fluxos de financiamentos com transferências automáticas, com base em programações ascendentes e pactuadas e integradas; introduzir a prática de acompanhamento, avaliação e controle baseados em resultados decorrentes de programações com critérios epidemiológicos, entre outros.

A implantação da NOB/96 implicou a revogação das modalidades de gestão municipal criadas pela NOB anterior (incipiente, parcial e semiplena), substituindo-as por apenas duas formas de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Para a esfera estadual, a NOB/96 também criou duas modalidades de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (AGUIAR, 2015).

Por último, como importante medida da NOB/96 foi a introdução de alterações significativas no mecanismo de repasse de recursos financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, da esfera federal para os estados, municípios e Distrito Federal, como forma de favorecer a autonomia desses na gestão descentralizada. Com isso, foram criados pisos e tetos para o financiamento das ações de saúde como o Piso Assistencial Básico (PAB) e a Fração Assistencial

---

<sup>49</sup> A NOB 01/96 contou dessa vez, com Fernando Henrique Cardoso à frente da Presidência da República (MELO, 2015).

Especializada (FAE) e a Remuneração de Internações Hospitalares (AGUIAR, 2015).

Para Arretche (2004), é esta estrutura institucional com base nessas Normas Operacionais Básicas implementadas que explica que, ao longo dos anos 90, o Ministério da Saúde tenha conquistado a adesão dos governos estaduais e municipais do SUS. Em 2000, os municípios brasileiros foram responsáveis, em média, por 89% do total da produção ambulatorial no Brasil. Isto é, a rede e a produção de serviços ambulatoriais se tornaram basicamente municipais.

O exposto nesta seção reitera que a década de 1990 foi marcada pela tentativa de colocar em prática os dispositivos da Constituição e por fatores diversos, discutidos anteriormente, tracionaram em direção contrária, este fato fez que o processo de implementação do SUS fosse marcado por uma série de ambiguidades e contradições (MELO, 2015; AGUIAR, 2015).

### **3.3 Princípios, diretrizes e engenharia do SUS**

De acordo com o demonstrado na subseção anterior, observou-se que a operacionalização do SUS foi marcada por intensos debates e tensões que refletem a presença de interesses antagônicos em relação à efetivação dessa política pública calçada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, além das dificuldades de fazer cumprir a legislação e toda a base do processo de proposição do próprio SUS ancorada na concepção ampliada de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde (2016), em pleno século XXI, de uma noção de saúde, estática e formal, como simples ausência de doença, chegue-se, agora, a outra noção, mais dinâmica, social e econômica, como resposta do indivíduo às condições do meio onde vive. Trata-se da revisão do paradigma mecanicista.

Com essa nova perspectiva, entre os diversos fatores determinantes das condições de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer,

os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Para Nogueira e Miotto (2009), a concepção ampliada de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implantação do SUS significou uma mudança no modelo assistencial e nas questões das necessidades de saúde da população brasileira. Portanto, Nogueira e Miotto (2009, p. 229-230) destacam que,

[...] ao suprimir, ainda que inicialmente em termos discursivos, a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a de direitos humanos.

Assim, com o advento da Constituição, além da adoção de um conceito amplo de saúde, houve a institucionalização do SUS sob os desígnios dos princípios doutrinários, e diretrizes organizativas. Os princípios doutrinários são três e incluem: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, e as diretrizes organizativas incluem: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema, e a participação e o controle social. Os princípios e as diretrizes organizam o SUS de forma dialética e contraditória, ora se refuncionando<sup>50</sup>, ora se alternando entre um SUS histórico e um SUS materializado (SERRANO, 2012; SOARES, 2013).

Registra-se que esses princípios doutrinários do SUS não se aplicam às atividades privadas de assistência à saúde que se submetem a diretrizes diferenciadas de funcionamento. A atividade privada na área de saúde, denominada complementar<sup>51</sup>, obedece às regras próprias aplicadas às atividades econômicas, ou seja, apenas subordinam-se a fiscalização e regulamentação exercidas pelo Estado através do Poder Executivo e da Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>52</sup> (GOMES, 2014).

Segundo Maia, Rodrigues e Maia (2012), da base do SUS, emergem seus princípios e diretrizes, terminologias muitas vezes utilizadas indistintamente, de

---

<sup>50</sup> Trata-se da refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do projeto da reforma sanitária que têm seus conteúdos ressignificados (SOARES, 2013).

<sup>51</sup> Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2016) sobre a saúde suplementar registram que a taxa de cobertura nacional de planos de assistência médica foi estimada em 26%, atingindo 38,5% no sudeste, maior taxa, e 11,9% na região Norte, menor taxa.

<sup>52</sup> A agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, criada como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar de saúde (SERRANO, 2012).

modo equivalente, em diferentes textos legais para nominar os seus elementos estruturantes e organizativos, como é o caso da descentralização, da integralidade e da participação da população que figuram na Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde) como princípio conforme pode ser visto a seguir:

Art. 7º As ações e serviços de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população. (BRASIL, 1990a, não paginado).

A descentralização, a integralidade e a participação da população aparecem como diretrizes nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. 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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes:

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

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

III. participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988, não paginado).

Pode-se, então, considerar os princípios do SUS como aqueles que servem de base, considerando os valores estruturantes fundamentais e gerais do Sistema Único de Saúde, enquanto as diretrizes são as estratégias, ou seja, são os meios para que os objetivos e princípios do Sistema sejam atingidos, por intermédio de procedimentos e normas para as ações práticas (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Maia, Rodrigues e Maia (2012) dizem ainda que os princípios do SUS são de ordem filosófica e ideológica, pois se originam do pensamento sobre valores humanos e da perspectiva de construção de direitos de cidadania, enquanto as diretrizes são as escolhas das estratégias entendidas como ações táticas para alcançar os objetivos pretendidos.

Em se tratando da atividade pública exclusiva, o artigo 199 da Constituição Federal dispõe que a assistência à saúde será livre à iniciativa privada, que poderá atuar de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL 1988; SERRANO, 2012).

Observa-se, conforme o artigo 199, que a iniciativa privada não foi proibida de atuar no âmbito do SUS. A presença foi permitida para complementar a prestação de serviços quando o Estado não conseguir suprir com sua própria estrutura as demandas dos usuários. Desse modo, através de convênios ou contratos de gestão, o Estado foi autorizado a celebrar parcerias com entidades privadas (GOMES, 2014).

De fato, com base no texto constitucional e na Lei Orgânica é possível dizer que o princípio da universalidade corresponde à garantia constitucional que assegura o acesso à saúde a todos os cidadãos e em todos os níveis de assistência conforme previsão do artigo 196 da Constituição Federal, que expressamente garante o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, não paginado), e do artigo 7º, inciso I da Lei 8.080 de 1990, que prevê a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 1990a).

Conforme exposto, decorre do artigo 196 da Constituição Federal que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, cabendo ao Estado o dever de prover acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência a todos os cidadãos brasileiros. Fica claro, que a noção de saúde como direito traz a ideia de

que esta não é um serviço a ser prestado, mas um bem garantido a todos os cidadãos brasileiros. Nessa perspectiva, está presente a concepção de Estado de bem-estar social, segundo a qual não basta o acesso a ações de saúde, mas é necessário garantir condições dignas de vida aos brasileiros, de modo a reduzir os riscos e danos à saúde reforçando a concepção ampla de saúde já mencionado aqui, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e porte da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL 1988; NOGUEIRA; MIOTO, 2009; MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Segundo Sousa (2014), o princípio da universalidade teve como função romper a linha divisória que existiu ao longo da história da saúde no Brasil, na qual havia um direito restrito a assistência médica individual exercido pelos trabalhadores que tinham emprego formal e contribuía diretamente com a previdência social, mas os que não conseguiam entrar no mercado eram tratados como indigentes dependentes de ações das organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas.

Sousa (2014) afirma que, com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se vêem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado.

Segundo Cohn (2005 apud SOUSA, 2014), o binômio – focalização e universalização – está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social que fundaram o sistema de proteção social brasileiro. E, como a saúde já foi instituída numa dicotomia, assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo, o modelo sempre foi duplamente fragmentado, tanto de forma financeira (com recursos contributivos salariais de uma parcela da população, enquanto a outra depende dos recursos orçamentários), como de forma social (que segmenta o acesso de assalariados e de pobres não assalariados).

Soares (2013) corrobora com Sousa (2014) ao mencionar que a universalidade se alterna entre o SUS histórico e o SUS materializado, destacando que no SUS histórico:



A universalidade é entendida como acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, enquanto no SUS materializado, a universalidade é vista como acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema (SOARES, 2013, p. 103).

Em relação ao princípio da integralidade do SUS, pode ser compreendido a partir da Lei 8.080/1990, no capítulo II, Art. 7º:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a, não paginado).

A Lei 8.080/1990 enfatiza que para que haja integralidade da assistência, se faz necessária a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza os serviços do SUS, e conforme Aguiar (2015), além de ações intersetoriais, para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva.

De acordo com Serrano (2012), o cidadão ou usuário do serviço público terá o direito de usufruir de um sistema integral, independentemente do custo ou nível de complexidade que o tratamento que necessitar exija. Deste modo, continua a autora, assistência integral implica necessariamente o manejo de todos os recursos para a preservação ou restauração do estado de saúde, o que se quer dizer que a integralidade tanto envolve atividades preventivas (vacinação, vigilância epidemiológica etc), como também atividades curativas e integrativas do indivíduo à sociedade, quando se fizer necessário.

Soares (2013, p. 103), ao analisar o princípio da integralidade no SUS de forma dialética e contraditória, caracteriza esse princípio:

Como atenção básica, média e alta complexidade precarizadas e focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>53</sup> (PACS), e da Estratégia em

---

<sup>53</sup> Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Hoje, a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades de todo o País. Isso pelo fato de os ACS transitarem por ambos os espaços, governo e comunidade, e intermediarem essa interlocução. O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (BRASIL, 2017c).

Saúde da Família<sup>54</sup> (ESF) e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.

Enquanto princípio doutrinário do SUS, segundo Coelho e Trugilho (2016, p. 22),

[...] a integralidade se destina a materializar a saúde como direito de cidadania, sendo o meio pelo qual se podem conjugar programas, ações e serviços de saúde para todos e formular políticas específicas de atenção aos usuários, incluindo as minorias.

As autoras concluem que o tratamento teórico da integralidade da atenção deve considerar a questão da resolutividade, da intersectorialidade, da interdisciplinaridade e da ação e responsabilidade do Estado para a efetivação de ações voltadas para a solução dos problemas de saúde.

Cecílio (2006), ao propor uma definição ampliada de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde, diz que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada de forma mais completa possível. Assim o autor faz referência a primeira dimensão:

Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Pode ser denominada de 'integralidade focalizada', na medida em que é trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. (CECÍLIO, 2006, p. 119).

E, continuando, o autor destaca a segunda dimensão:

Numa segunda dimensão, a integralidade da atenção deve ser fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições, que não são necessariamente da área de saúde. A integralidade pensada no 'macro'. (CECÍLIO, 2006, p. 121).

Compreende-se, e em consonância com Cecílio (2006) que a integralidade deve ser pensada na totalidade, como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza numa rede de serviços de saúde ou não, ou seja, integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de práticas inovadoras da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e

---

<sup>54</sup> A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2016b).

prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Nesta direção, Silva, S. et al (2013) afirma que a integralidade precisa ser pensada em seus vários sentidos, primeiro, a integralidade pode ter um sentido vertical, com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades; no segundo sentido é a integralidade horizontal; que se dá ao pensamento de implementação de redes, para que estas sejam integrais, e em terceiro vem a integralidade construída com base na interação de diversas políticas, é o sentido da intersetorialidade.

Consoante esse entendimento, segundo Costa (2014), atuar intersetorialmente requer desenvolver a capacidade de combinar, articular, conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social a partir de objetos e objetivos comuns, à luz do Projeto da Reforma Sanitária, da concepção ampliada de saúde. Assim, constitui-se estratégia para efetivar direitos e especialmente, para assegurar a integralidade da atenção, a ponto de estar sendo identificada como integralidade ampliada.

Nesta linha de raciocínio, passa-se a dizer que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde podem ser praticadas simultaneamente por todos os profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção (complexidade) do SUS, sobretudo exigindo ações e articulações para além do SUS, o que requer no mínimo articulação intersetorial (COSTA, 2014).

No que diz respeito ao princípio da equidade, esse é definido como igualdade de acesso aos serviços e ações de saúde conforme o artigo 196 da Constituição Federal que diz que,

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, não paginado).

Segundo Campos (2006, p. 6), é importante assinalar que,

[...] tanto na Constituição Federal, Título VIII – da ordem social, seção II, da Saúde de 1988, quanto na Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, não há referência explícita ao termo equidade, ou seja, a referência é retratada como ‘acesso universal e igualitário’.

Para Maia, Rodrigues e Maia (2012, p. 6), “todos devem ter igualdade na utilização do SUS, mesmo no contexto de desigualdades e disparidades sociais existentes no Brasil”. Trata-se de um princípio de justiça social, segundo o qual a

alocação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos deve ser proporcional às demandas e necessidades em saúde apresentadas por grupos sociais distintos.

Travassos e Castro (2012) identificam a equidade a partir de duas dimensões, que são: a vertical e horizontal. A equidade horizontal corresponde à igualdade entre iguais, enquanto a equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais. Significa que a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde geralmente é tratada em relação à equidade horizontal e tem sido usada como igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal. A noção de equidade vertical é geralmente empregada no que diz respeito ao financiamento.

Travassos e Castro (2012) e Travassos (1997) ampliaram ainda mais o enfoque com que se pretendia avaliar a equidade quando formularam a tese de que não se deveria avaliá-la somente com relações ao acesso; utilização de serviços e alocação de recursos, mas também considerando as desigualdades das condições de vida, que exporiam as pessoas de maneira diferente a fatores determinantes na produção de saúde e doenças.

Sobre essa questão, afirma Travassos (1997, p. 3):

Equidade é um princípio de justiça social. As injustiças sociais refletem a existência de estratificação da sociedade, que se caracteriza pelo fato de os indivíduos inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais. Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

Outro aspecto importante relacionado à equidade que Travassos e Castro (2012) analisam é sobre a distinção da equidade nas condições de saúde de equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde. As autoras destacam que as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde.

A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, mas as modificações nas

características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso; contudo não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de saúde são influenciadas por fatores que afetam os grupos sociais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Starfield (2007), por sua vez ressalta que é preciso considerar o importante papel dos sistemas de saúde na prevenção e no tratamento de doenças, assim como na reabilitação, pois serviços adequados de atenção primária de saúde podem contribuir para a redução das desigualdades sociais nas condições de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2007).

Starfield (2007, p. 1355) destaca que *“Health services can contribute to reductions in inequity in health, particularly when primary care services are explicitly considered”*.

Retomando as diretrizes do SUS contidas no texto constitucional, Serrano (2012) enfatiza que a Constituição Federal estabeleceu em seu artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado segundo as diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; assistência integral e participação da comunidade. A integralidade é um princípio do SUS, conforme já mencionado, portanto apenas regionalização, hierarquização, descentralização e participação e controle social são as diretrizes que configuram as estratégias e os movimentos táticos, os quais articulados aos princípios discutidos neste texto operacionalizam o SUS (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012; AGUIAR, 2015).

Segundo Serrano (2012, p. 116), “a regionalização indica a necessidade da criação de regiões de saúde, no âmago das quais deve haver hierarquização do atendimento”. Deste modo, o sistema público deve criar uma rede de referências e contrarreferências<sup>55</sup> em matéria de saúde. Além disso, acrescenta a autora, o sistema passou, com a Constituição de 1988, a ser unificado, e não mais difundido por vários órgãos e ministérios, mas com direção única, gerida, em nível Federal,

---

<sup>55</sup> Referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já, a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, sendo o encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (BRASIL, 2003).

pelo Ministério da Saúde, a quem compete a direção da política nacional, e nos Estados e Municípios pelas respectivas Secretárias de Saúde (SERRANO, 2012).

Como assinala Aguiar (2015, p.120), “a regionalização como estratégia para estruturação do Sistema de Saúde ganhou maior destaque a partir das Normas Operacionais da Assistência à Saúde no SUS (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002)”. Continua a autora, essas NOAS apresentam a regionalização como estratégia para organização do sistema no território, com o objetivo de promover maior equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde. As NOAS fortalecem o papel do gestor estadual, que passa a assumir a coordenação do processo de regionalização e da organização das referências intermunicipais de seu território.

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde, em consonância com a Portaria nº1. 559, de 1º de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, que estabelece:

Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, p. 1).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2017), a Regulação Assistencial é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual, sendo direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

No tocante a diretriz da descentralização, Serrano (2012, p. 117) diz que: “trata-se de um processo dinâmico porque os Municípios devem se revelar capacitados ao exercício da gestão de tais ações e recursos em matéria de saúde”. Entretanto, a autora adverte que o fato de existir uma descentralização não significa que, uma vez aperfeiçoada, os demais entes possam se afastar de suas obrigações. A Constituição Federal e a Lei 8.080/90 são enfáticas ao proclamar a existência de um sistema único, que envolve responsabilidade permanente e solidária de todos os entes da federação.

Nessa mesma linha de análise, Aguiar (2015, p. 73) afirma que:

Municipalizar a saúde, portanto significa reconhecer o município como principal responsável pela saúde da população. Exige-se para tanto que recursos financeiros sejam repassados para as cidades, de modo que os gestores municipais exerçam com autonomia e de forma plena as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação e controle sobre os recursos, assim como, sobre as ações e os serviços de saúde de seu território.

Mas, consoante Serrano (2012), importa dizer que todos os entes federados são desta forma, gestores do sistema de saúde, cujas diretrizes são nacionais, sendo certo que a atuação se dará de forma descentralizada. Ao cabo de um processo paulatino e dinâmico, o Município deve assumir a gestão plena de ações e recursos em matéria de saúde, sem prejuízo da necessidade de financiamento e organização nacional do sistema pela União e da agregação, sobretudo na alta complexidade, de ações estaduais.

A atuação das esferas federadas deve ser coordenada, cabendo à União como já afirmado, a direção nacional do SUS, aos Estados a direção no âmbito regional de cada Estado e, finalmente, aos Municípios a gestão das ações e recursos em matéria de saúde. Portanto, a viabilização da atuação coordenada e harmônica entre os entes federados se efetiva por meio dos denominados fóruns de negociação que são: Conselho Municipal de Saúde (CMS), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no nível estadual, CIT, no nível federal e Conselhos de Saúde (SERRANO, 2012).

Corroborando com essa análise, Soares (2013, p. 103) afirma que, de fato, no:

SUS histórico tem-se que descentralização significa direção única em cada nível de governo, regionalizada e hierarquização da rede de serviços, portanto com responsabilização de todos os níveis de acordo com suas especificidades, enquanto no SUS materializado há a descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o PACS e o Programa Saúde da Família.

Entende-se, e concordando com Maia, Rodrigues e Maia (2012, p. 7), que em,

[...] um país de dimensões continentais como o Brasil, com 5.565 municípios, sendo 45% deles com uma população até 10 mil habitantes e cerca de 70% não chegando a 20 mil habitantes, as implicações para o planejamento e organização das ações de saúde são bastante complexas.

Atualizando esses dados, hoje, são 5.570 municípios, dos quais 68,3% possuem até 20 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b).

Se ações de saúde são bastante complexas, então para nortear todo esse processo de ações do SUS é que existe o Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011a), que segundo Serrano (2012, p. 122):

A regulamentação da Lei 8.080/90 só veio a se efetivar em 28 de junho de 2011, por meio do Decreto 7.508/11, que dispõe de forma detalhada sobre a



organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação interfederativa.

Para Serrano (2012), efetivamente, o Decreto reafirma a necessidade de universalização, equidade e integralidade na prestação de serviços à saúde, além de fortalecer a gestão comunitária, verdadeiro direito do cidadão a ser garantido pelo Poder Público, e as instâncias de pactuação federativas. Ademais, evidencia e detalha o funcionamento da estrutura do SUS, com a demonstração mais precisa dos serviços à disposição e responsabilidades.

Desta forma, o Decreto estabelece a definição de regiões de saúde (agrupamentos de Municípios limítrofes) e mapas de saúde, que identificam as necessidades de saúde e orientam o planejamento integrado, sendo certo que as regiões de saúde devem seguir o que foi pactuado nas Comissões Intergestores e serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, mas com apresentação mínima das seguintes ações e serviços (SERRANO, 2012).

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011a, não paginado).

Define, ainda, que as Portas de Entrada, que se efetivam através da atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e, especiais de acesso aberto, como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS: “Art. 8º. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011a, não paginado).

Assim, consoante o Decreto, o acesso é ordenado pela entrada na atenção primária, após iniciar o atendimento nesses serviços, os usuários serão referenciados para outros serviços de atenção hospitalar ou ambulatoriais de especialidades, ou outros de maior complexidade e densidade tecnológica, conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2011a).

Segundo Aguiar (2015), o planejamento da saúde deverá ocorrer de forma integrada e ascendente, do nível local até o federal. Em cada instância de planejamento, os Conselhos de Saúde serão ouvidos e as necessidades de saúde deverão ser compatibilizadas com os recursos disponíveis, o que se efetuará nos

planos de saúde. Para isso, um dos passos importantes é a elaboração do mapa de saúde:

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. (BRASIL, 2011a, não paginado).

Dessa forma, Aguiar (2015), a assistência à saúde deverá pautar-se pelo princípio da integralidade. Assim, o Decreto 7.508/11 destaca que a integralidade da assistência à Saúde: “Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.” (BRASIL, 2011a, não paginado).

Consoante Aguiar (2015) dois aspectos foram detalhados e são importantes para a devida assistência aos usuários: um deles se refere à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES): “Art. 21. A RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, não paginado).

E o outro, à Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), segundo o Decreto 7.508/11 refere que: “Art. 25. A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011a, não paginado).

Serrano (2012) afirma que a competência para dispor sobre a relação de todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece ao usuário e para elaborar a relação de medicamentos essenciais, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, cabe ao Ministério da Saúde, em âmbito nacional, com atualizações que devem ser realizadas a cada dois anos.

Entretanto, Silva, S. et al (2013) advertem que a integralidade não pode ser confundida com tabela de procedimentos médicos e terapêuticos, conceito redutor do direito à saúde. Saúde tem conceito amplo que implica a prevenção, a proteção e recuperação, além da qualidade de vida que o país oferece aos seus cidadãos.

Silva, S. et al. (2013, p. 64) completam, por outro lado, complementando a integralidade,

[...] a RENAME integra a RENASES no tocante à assistência farmacêutica. O Decreto, em seu art.25, cuidou da RENAME e impôs algumas exigências para o acesso a medicamentos no SUS, que são cumulativos.

Ademais, segundo o Decreto 7.508/11:

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011a, não paginado).

Portanto, ao regulamentar a Lei Orgânica também suscita outras dúvidas, tal como se mostrou nos artigos 20 e 28 do referido Decreto, que limitam o acesso ao SUS a usuário deste sistema, além de negar fornecimento do medicamento prescrito ao profissional de saúde que não esteja no exercício regular de suas funções no SUS ou cuja dispensação se deu em unidades não indicadas pela direção do SUS, contrariando frontalmente a universalidade, enquanto princípio elementar do sistema de saúde (SERRANO, 2012).

Em relação à articulação interfederativa do Decreto 7.508/11, Art.30 diz que a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde deverão ser pactuados nas Comissões Intergestores, sendo:

- I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011a, não paginado).

Conforme o Art. 31:

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS (BRASIL, 2011a, não paginado).

Portanto, de acordo com Aguiar (2015), essas comissões funcionam como espaços de pactuação permanente entre os gestores do SUS, para discussão, negociação e execução das políticas de saúde e a viabilização de

parcerias, na perspectiva da regionalização e hierarquização das ações e serviços para a integralidade da atenção.

Assim, o Decreto 7.508/11, Art.32, estabelece que os aspectos a serem pactuados pelas Comissões Intergestores são:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. (BRASIL, 2011a, não paginado).

Ainda, em relação à articulação interfederativa do Decreto 7.508/11, destaca-se: “Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.” (BRASIL, 2011a, não paginado).

De acordo com Serrano (2012), a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde<sup>56</sup> (COAP), tem por objeto, para fins de dar cumprimento à integralidade no atendimento aos usuários, a organização e integração das ações e serviços de saúde, que serão pactuados pelos entes federativos de cada região de saúde, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, e forma de controle e fiscalização de sua execução.

Em suma, o Decreto traça, assim, uma gestão compartilhada entre os entes federativos, através de planejamento ascendente e integrado, que vai do

<sup>56</sup> O Ministério da Saúde destacou que ao final de 2014 apenas 5,49% das regiões de saúde estavam com o COAP implantado e apontou as possíveis razões do fraco desempenho: “no que se refere ao Processo de contratualização interfederativa aprimorado, foram identificados alguns obstáculos que necessitam ser superados para aprimorar o processo de contratualização interfederativa, tais como: imprecisão conceitual gerando diferenças importantes de entendimento sobre o processo; dissociação entre o COAP e as transferências de recursos da esfera federal aos estados e municípios; dificuldade de internalizar a regionalização nas políticas, programas e sistemas de informação do Ministério da Saúde” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016, p. 171).

nível local até o federal, com estabelecimento de metas de saúde e definição da Rede de Atenção à Saúde (SERANO, 2012).

Após análise do Decreto 7.508/11, a fim de melhor compreender as engrenagens do SUS, retornam-se as análises das diretrizes constitucionais do SUS, tomando agora como referência a diretriz de participação social e controle social.

No tocante a participação social, segundo Brasil (2009, p. 237-238):

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil [...].

E, em relação ao controle social<sup>57</sup>, Brasil (2009, p. 106), acrescenta que:

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais [...].

Nesse sentido, o controle social é peça chave na constituição do espaço público. Sposati (2002) ao analisar o controle social nas políticas sociais caracteriza esse processo e pontua alguns aspectos importantes para a sua efetivação. Assim, conforme a autora as políticas sociais devem ser geridas por conselhos de constituição paritária entre membros do governo e da sociedade civil.

Estes representantes dos segmentos da sociedade são eleitos por processos submetidos ao controle social. Esta nova forma de gestão vai exigir processos decisórios abertos e tende a provocar uma ruptura com as práticas populistas. A autora enfatiza, todavia, não é raro a presença de manobras políticas para que tais conselhos se transformem em “caixas de ressonância” do grupo no governo; mas embora com esse limite político, tais conselhos têm provocado novas questões para a questão democrática das políticas sociais públicas (SPOSATI, 2002).

Correia (2013) salienta que os Conselhos e as Conferências não são espaços neutros, nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo das políticas sociais na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes

---

<sup>57</sup> Também participam do controle social do SUS o CONASS e o CONASEMS (AGUIAR, 2015).

subalternas lá representadas, mesmo que estes interesses não sejam explicitados como tais.

Consoante Melo (2015), uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS foi à participação popular nas deliberações das políticas públicas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde. A Lei nº 8.142/1990 estabeleceu a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, ou seja, a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990b).

Entretanto, Melo (2015, p.155-160) ao questionar sobre o diálogo entre a sociedade civil e o Estado, no que diz respeito aos Conselhos de saúde, pontua alguns entraves para sua efetivação, tais como:

- a) Os conselhos aparecem de uma maneira muito heterogênea no país com disparidades entre as regiões, o Sul e o Sudeste tendem a apresentar um número mais elevado de conselhos que a região Norte e Nordeste;
- b) Na questão da paridade nos conselhos, em alguns municípios esse princípio não é respeitado, sobretudo onde não há uma sociedade civil organizada de maneira a coibir esse tipo de prática;
- c) Geralmente ocorre a não publicização das decisões ocorridas nesses espaços. Nesse caso, ocorre uma privatização dos assuntos públicos, visto que o conteúdo debatido naquele espaço público deveria ser divulgado à comunidade, eternando uma baixa visibilidade social dos conselhos;
- d) A complexidade dos assuntos discutidos é um limitador da participação social, e muitas vezes, responsável pelos desvios dos próprios conselhos (ausência nas reuniões dos conselhos, boicote e esvaziamento) e os representantes governamentais tendem a levar vantagem, a medida que detêm o conhecimento da máquina administrativa, assim como informações e dados pertinentes à discussão em pauta; sendo assim, na disputa entre o Estado e sociedade civil em torno da definição dos assuntos, tende a predominar o interesse do primeiro.

Nesse sentido, Melo (2015), com base em Labra e Figueiredo (2002) lembra que, os conselhos de saúde detêm assim um enorme potencial de criação, em um círculo virtuoso e, mesmo que muitas vezes não consiga vencer as barreiras do vicioso, têm demonstrado avanços consideráveis nas possibilidades de interação propositiva entre sociedade e Estado.

Nessa mesma argumentação Bravo e Menezes (2013, p. 333) dizem que, “os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos”. Prosseguem as autoras, nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública.

Como aspecto relevante sobre os noventa e um (91) Conselhos de Saúde existentes no Estado do Rio de Janeiro, identificado por Bravo (2006) em uma pesquisa, foi que os conselhos foram criados prioritariamente, nos anos de 1991(40%) e 1993 (16%); a maioria dos conselhos (55,5%) não são paritários; e o segmento mais frágil com relação a paridade é o do trabalhador de saúde (BRAVO; MENEZES, 2013).

Cabe mencionar que foi justamente no período do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 1998 (1º mandato) e de 1999 a 2002 (2º mandato), que as plenárias se estruturaram e se mobilizaram enquanto representação dos conselhos de saúde. Os conselhos passaram a ter uma dupla articulação política: como organismo instituído paritário nas relações Estado-sociedade e como processo instituinte de luta pelo direito à saúde e pelas condições de implementação do SUS (FALEIROS et al., 2006).

Soares (2013, p. 103), na análise do quadro comparativo sobre a refuncionalização de princípios e diretrizes do SUS destaca que a participação da comunidade no SUS histórico é caracterizada como:

Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo, enquanto no SUS materializado, as instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas e burocratizadas, e as importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-os nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.

É importante mencionar que a Resolução n.333 do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, define que a composição do mesmo deve ser 50% de usuários; 25% de gestores; e prestadores de serviço públicos ou privados; e 25% de trabalhadores de saúde. Esta resolução é desrespeitada por alguns gestores que consideram como recomendação (BRASIL, 2003; BRAVO; MENEZES, 2013).

A conferência de Saúde não é órgão permanente e se reúne a cada quatro (04) anos, mediante representação de vários segmentos da sociedade, sendo importante para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política de saúde (BRASIL, 1990b; SERRANO, 2012).

Ademais, as conferências de saúde são fóruns também muito importantes para o processo de democratização da política de saúde brasileira. Várias conferências ocorreram na história do país, mas conforme já exposto aqui, a VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, foi decisiva para a mudança do sistema de saúde vigente e para a criação do SUS (AGUIAR, 2015).

Outra Conferência de Saúde importante, e também mencionada antes no texto desta tese, foi a IX que aconteceu em agosto de 1992 e teve como tema “Saúde: Municipalização é o Caminho”, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e do fortalecimento da descentralização do controle social (CORREIA, 2009).

A X Conferência Nacional de Saúde foi realizada em setembro de 1996 com o tema “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. Nas suas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e apresentaram-se experiências concretas em que o SUS estava dando certo. A tônica dos debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso e o conseqüente desmoronamento do SUS (CORREIA, 2009).

A XI, realizada em dezembro de 2000, teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Relacionou o agravamento da falta de qualidade de vida e saúde da população ao projeto social e econômico do governo de Fernando Henrique Cardoso, de rigoroso ajuste fiscal, que privilegiava a lógica econômica em detrimento das políticas sociais. O controle social foi um dos eixos centrais do debate, considerado a peça fundamental para a efetivação do SUS (CORREIA, 2009).



Outras conferências também foram importantes para as discussões sobre a política e situação de saúde vigente do país; contribuindo para a consolidação e avanços do sistema<sup>58</sup>, embora percebe-se que não existe continuidade nas ações, há necessidade de mais reflexão sobre a própria gestão do sistema e falta monitoramento e avaliação.

Em 2018, o SUS completará trinta anos (30), e continuará com seus radicais defensores e radicais opositores. Há uma permanente disputa sobre o alcance da saúde como direito, em relação à própria concepção de saúde e às maneiras para viabilizar seu acesso e garantia (BRAVO et al., 2009; NOGUEIRA; MIOTO, 2009; BRAVO, 2011; MENDES, 2012; BRAVO; MENEZES, 2013).

Apesar das várias contradições da universalidade do SUS enquanto negação como direito de todos, corrobora-se com Mendes (2013, p. 27), que o SUS tem resultados a celebrar quanto à universalização do sistema, pois:

O nosso sistema público de saúde tem uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros. No campo restrito da assistência à saúde ele é responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, já que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando concomitantemente o SUS em circunstâncias em que o sistema privado apresenta limites de cobertura.

Neste sentido, continua o autor,

[...] O SUS pratica programas que são referência internacional, mesmo considerando países desenvolvidos, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes

---

<sup>58</sup> Consoante Ricardi, Eri Schimizu e Santos (2017, p. 161-165), destacam-se algumas informações referentes às últimas Conferências Nacionais de Saúde que são: a XII Conferência Nacional de Saúde trouxe o tema “Saúde: um direito de Todos e Dever do Estado - A Saúde que Temos, o SUS que Queremos” e foi realizada em 2003. Contou com a participação de mais de 4.000 pessoas na etapa nacional e de mais de 100 mil pessoas nas etapas municipais (realizadas em 3.640 municípios) e estaduais (em todos os estados); a XIII Conferência aconteceu de 14 a 18 de novembro de 2007, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. A etapa contou com 4700 participantes, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores e observadores estrangeiros. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 (77%) realizaram suas Conferências Municipais. Foram aprovadas 857 Resoluções e 157 Moções; a XIV Conferência Nacional de Saúde traz a temática “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, tendo a etapa nacional ocorrido de 30 de setembro a 4 de dezembro de 2011. Foram realizadas 4.374 Conferências municipais e estaduais, equivalendo a 78% das conferências esperadas, e participaram da etapa nacional mais de 4.000 pessoas, entre convidados, organizadores e delegados representantes da sociedade, de trabalhadores, prestadores e gestores e a XV Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, com realização da etapa nacional de 1 a 4 de dezembro, em Brasília, tendo participação de cerca de 3 mil pessoas, entre delegados e convidados. Foi a primeira conferência em que a presidência do Conselho Nacional de Saúde estava a cargo de uma representante do segmento de usuários do SUS.

realizados em sistemas públicos de saúde do mundo, 24 mil em 2012. O programa brasileiro de atenção primária à saúde tem sido considerado, por sua extensão e cobertura, um paradigma a ser seguido por outros países. Com esses processos o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria dos níveis sanitários dos brasileiros. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu 40%, tendo baixado de 26,6 para 16,2 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos (MENDES, 2013, p. 28).

Para Brasil (2016a), algumas ações efetivadas são notáveis pelo sistema, como exemplos destacam-se: controle de doenças infectocontagiosas pela maior cobertura vacinal e pelo tratamento adequado; a expansão da cobertura da atenção básica; a ampliação da atenção às urgências, à saúde mental não manicomial, do apoio diagnóstico, das terapias especializadas e da assistência farmacêutica, com diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população.

Em consonância com Brasil (2016) ilustram-se com dados algumas dessas questões citadas que são exitosas no SUS, assim têm:

- a) A Estratégia Saúde da Família que mostra importante evolução entre 2008 e 2014, passando de 29.300 para 39.228 equipes, o que representou um aumento de 33,9% e uma cobertura populacional de 62,5% no período de 2002 a 2014;
- b) O SAMU<sup>59</sup> 192 operou com 3.339 Unidades Móveis habilitadas em 3.028 municípios. Dessas, 2.518 (75,4%) são unidades de Suporte Básico, 579 (17,3%) Unidades de Suporte Avançado, 225 (6,7%) Motolâncias, 10 Equipes de Embarcação e sete Equipes de Aeromédico. Isso significa um aumento, entre 2011 e 2015, de 36% dos municípios brasileiros atendidos;
- c) CAPS<sup>60</sup> AD e CAPS AD 24h, que realizam o acompanhamento e tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o aumento foi de 40,5%, passando de 269 para 378 em 2014;

---

<sup>59</sup> O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) é um dos componentes mais importantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com as unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida, adequadas a cada situação de saúde e ao atendimento de acordo com o referenciamento das Centrais de Regulação das Urgências (BRASIL, 2016).

<sup>60</sup> O modelo adotado para a saúde mental busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais. Para dar suporte a essa proposição, o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2016).

- d) Entre 2002 e 2014, houve ligeira queda, de aproximadamente 10%, no total de internações clínicas no SUS, de 5,93 milhões em 2002 para 5,34 milhões em 2014. Isso pode ser explicado pela diminuição das internações por condições sensíveis a Atenção Básica (queda de 29,7%), ou seja, aquelas causas que, se tratadas adequadamente na atenção básica, nem sempre precisam de internação. Já, para as internações por condições Não Sensíveis à Atenção Básica, observa-se um aumento de 9,6% entre 2002 e 2014;
- e) O número de transplantes de órgãos sólidos realizados no SUS dobrou em 2014 em relação ao ano de 2002, passando de 5.266 para 10.677, considerando tanto os transplantes de células e tecidos, quanto de órgãos;
- f) Em 2014, as vacinas BCG (Bacilo Calmette-Guérin utilizado na prevenção da Tuberculose) e Rotavírus humano superaram a meta de cobertura vacinal de 90%, enquanto as vacinas Meningocócicas, Hepatite B, Poliomielite e Tríplice Viral também superaram a meta de 95% de cobertura e outros dados<sup>61</sup> não citados aqui.

Bahia (2017) adverte que, não obstante a exuberância dos números, o nosso sistema público de saúde apresenta problemas quanto à ampliação de acesso a cuidados de saúde. Entre os problemas mencionados cabe destacar: o acesso e uso de determinados serviços especializados pela rede SUS são racionados, em função da existência de tetos orçamentários e de uma oferta constituída majoritariamente por prestadores privados, que só atendem clientela dos planos de saúde. A oferta pública (privada contratada) predomina na terapia renal substitutiva (considerando estabelecimentos cadastrados e que podem ser identificados pela especialidade), em 2016. E os estabelecimentos de radioterapia registrados estão voltados às demandas privadas; algumas especialidades, como o atendimento para queimados em hospitais e transplantes, são praticamente exclusividade da rede SUS.

Contudo, a oferta de leitos cirúrgicos para especialidades estratégicas como oftalmologia, gastroenterologia e otorrinolaringologia é eminentemente

---

<sup>61</sup> Para ver mais dados exitosos que mostram as ações efetivadas pelo SUS, consultar o Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (BRASIL, 2016).

direcionada ao atendimento de clientela privadas; observa-se, ainda, insuficiência para a demanda pública de equipamentos de ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada (com apenas 32% e 30%, respectivamente, em 2016). Paradoxalmente, os clientes de planos de saúde possuem acesso potencial a 70% de equipamentos para exames de imagem de maior custo e a oferta de leitos de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) também é desequilibrada, mas as proporções mostram-se um pouco mais favoráveis ao SUS (aproximadamente 40% a 50%) no final do ano de 2016 (BAHIA, 2017).

Considerando, portanto, tudo o que já foi exposto, e em consonância com Bahia (2017, p. 7) que “houve ampliação do acesso a determinadas ações ambulatoriais e hospitalares, mas não para todas”, pode-se concordar com essa autora que o gargalo do SUS não se situa nas denominadas “alta e média complexidade”, mas nas “políticas de divisão público-privada de procedimentos, ações e valores de remuneração orientada por interesses particulares”.

### **3.4 A Regionalização no Brasil na constituição das Redes de Atenção à saúde**

Para além dos aspectos conceituais identificados na subseção anterior, observa-se que no contexto atual a regionalização não é implementada nos diversos municípios brasileiros; conseqüentemente nos estados, nem tão pouco nos municípios maranhenses que receberam os hospitais do Programa Saúde é Vida<sup>62</sup>, assim os resultados deste processo de regionalização tem se mostrado contraditórios.

Compreende-se que o processo de regionalização e de construção das redes de atenção à saúde tende a interferir de modo positivo no acesso à saúde, na medida em que busca integrar, de forma racional, a oferta de ações e serviços de saúde de um determinado contexto socio-sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos presentes na região de forma a desbloquear fluxos e garantir resolutividade na atenção mediante o planejamento e a organização dos serviços em rede, de acordo com as necessidades em saúde no âmbito regional, incentivando o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012a).

---

<sup>62</sup> Assunto que será explorado na seção 5 desta tese.

Visto nos aspectos conceituais que o princípio da regionalização<sup>63</sup> na saúde foi incentivando a partir dos anos 2000 com as NOAS, quando se tornou evidente que nem todos municípios brasileiros poderiam ser autossuficientes em matéria de saúde, e portanto deveria se pensar em estabelecer regiões de saúde e escalas definidas para a oferta de determinados níveis de assistência. Posteriormente, o arcabouço normativo tomou mais destaque com o Pacto pela Saúde em 2006 e com o Decreto 7508/11 que reforçaram a importância da pactuação entre gestores e a definição do papel das redes assistenciais (LIMA et al., 2012a; MELLO et al., 2017; VIANA et al., 2017).

Observa-se, que mesmo com todos esses normativos, particularmente, na dimensão política, a autonomia municipal advinda do processo de descentralização, com conseqüente fragmentação do sistema é vista como principal obstáculo à organização regional dos serviços, com isso o que se tem é uma cultura política de negociação em detrimento do planejamento, e de tendência clientelista (MELLO et al., 2017).

No âmbito da atuação dos Estados existem enormes desafios que se impõem para o processo de efetivação da regionalização. Assim, fatores de natureza histórico-estrutural, ligados à história de conformação dos estados, às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde contribuem para esse não êxito. Além desses elementos, existem os aspectos de ordem político-institucional, entre os quais se destacam o legado de implantação de políticas prévias, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias colegiadas e pelos governos estaduais e municipais, principalmente no que se refere às funções de planejamento e regulação, a existência de uma cultura de negociação intergovernamental, a qualificação técnica e política da burocracia governamental e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados (LIMA et al., 2012a).

Segundo Mello et al. (2017), o processo de regionalização do SUS é hoje uma realidade em todas as esferas de governo, porém sujeito a um conjunto de

---

<sup>63</sup> Viana et al. (2017) separam a política de regionalização em dois momentos: o momento do Pacto e o do estabelecimento do COAP, de intensa discussão em torno do tema da regionalização, e o momento posterior, de vazio institucional e de ausência de inovação na temática da regionalização. O primeiro momento é denominado de ensaio desenvolvimentista, e o segundo momento que caracteriza o contexto de crise deste ensaio com presença de estagnação econômica e forte desestruturação fiscal dos entes governamentais, além de uma ruptura institucional com o impedimento da presidente da República eleita em 2014.

desafios comuns às diversas realidades do país que são: ausência ou presença dos parceiros (Secretária Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Colegiados Intergestores Regionais); a relação do público e do privado; a falta de cultura de planejamento e as dificuldades de manter a regulação.

Com isso, percebe-se que no contexto geral, as Secretárias Municipais de Saúde (SMS) são vistas como estruturas burocráticas de perfil centralizador e muitas vezes suas atuações são prejudicadas pela descontinuidade política decorrente da rotatividade dos secretários. Outro ponto que prejudica é a fragilidade técnica do ente municipal (MELLO et al., 2017).

Na esfera estadual por sua vez, agrega pouco no cômputo global e na maioria das vezes é tida como omissa. Com certeza a grave crise fiscal dos estados explica em parte o pouco envolvimento da esfera estadual na política de regionalização, bem como as dificuldades em protagonizar um projeto que envolve intensa negociações com municípios e um vasto arcabouço de inovações institucionais (MELLO et al., 2017; VIANA et al., 2017).

Como parceiro forte mencionam-se as instâncias regionais (colegiados) que são valorizadas como espaço político inovador e de governança regional, mas deparam-se com as dificuldades de superar a reprodução da cultura política municipal e seus acentuados interesses eleitorais, clientelistas e corporativos. Na relação do público e do privado, existe a incapacidade do gestor em regular o setor privado contratado, cuja forte influência se dá pela capacidade instalada, participação nos processos de decisão e múltiplos vínculos profissionais (MELLO et al., 2017).

A regulação, embora seja um termo presente no cotidiano dos serviços, nota-se que a realidade é que falta clareza sobre o sentido mais abrangente do termo. Dentre os problemas mais frequentes relacionados a regulação, destacam-se as equipes técnicas responsáveis pelas atividades de regulação e são insuficientes para implementar os processos de mudança; necessitando ampliação, qualificação e condições de trabalho mais adequadas (SILVA et al., 2013).

Outro problema é que não existe padronização dos processos de regulação do acesso, do fluxo e do referenciamento de pacientes, tanto por insuficiente conhecimento para o desempenho das tarefas quanto por falta de instrumentos e mecanismos; tais como sistemas informatizados, protocolos técnicos e sistemas de identificação dos usuários (SILVA et al., 2013).

E por último, um elemento chave central neste processo de regionalização é a falta de cultura de planejamento, obstaculizado ainda mais pela debilidade dos instrumentos disponíveis, ou seja o Plano de Saúde é trabalhado de modo formal; o PDR contaminado pela política menor; e o PPI obstada pelo subfinanciamento e disputas intermunicipais. Os instrumentos jurídicos de garantia das pactuações são débeis, praticamente ausentes nas dimensões metropolitana, interestadual e fronteiriça (MELLO et al., 2017).

Essas falhas no planejamento poderiam ser revertidas pelo uso adequado dos instrumentos de gestão que foram instituídos para auxiliar o processo de regionalização do SUS, a conformação das redes de atenção à saúde e a articulação interfederativa, incluindo: o Mapa da saúde, identificando as necessidades de saúde e a rede de serviços existentes na região; a RENASES; a RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS; as Comissões Inter Gestores Regionais e os COAP, que tem como objetivos ampliar a institucionalidade jurídico-legal para a pactuação de responsabilidades (BRASIL, 2011a).

A política de regionalização é definida para ser o grande instrumento de integração e coordenação das redes e fluxos assistências, mas por diversos fatores aqui elencados não consegue ser efetivada de forma completa. Mas, envolve governo, prestadores de serviços e usuários, sendo uma condição fundamental para ampliar e assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de diversos tipos, privilegiando a economia e bom uso de recursos conforme as diretrizes do SUS de universalidade e integralidade (LIMA et al., 2012a; VIANA et al., 2017).

### **3.5 O Financiamento do SUS**

Nesta subseção do processo de financiamento do SUS apresenta-se inicialmente o marco conceitual do fundo público, na garantia de direito a saúde pública universal, e posteriormente discute-se o histórico do financiamento da política de saúde no Brasil, tencionando uma reflexão acerca do seu papel no capitalismo contemporâneo, numa perspectiva do financiamento da política de saúde no Brasil.

Neste sentido, corrobora-se com Mendes (2017a) que refletir sobre os ataques à saúde universal, nestas últimas décadas, exige uma articulação com a

fase do capitalismo sob a dominância do capital financeiro e sua crise contemporânea.

Em tempos neoliberais, o fundo público sofreu algumas mudanças diante do fato de o Estado ter se tornado um importante agente de redução dos custos do trabalho e dos serviços públicos, bem como da financeirização da riqueza, o que é favorável aos lucros das diferentes frações representativas do capital (TEIXEIRA, 2012).

Como mostra Salvador (2010b), ao estudar as dinâmicas da financeirização da riqueza e as implicações para a proteção social, nas crises financeiras nos últimos trinta anos, o fundo público tem sido acionado para proteger instituições financeiras falidas, custeado pelo tributo dos trabalhadores. No caso brasileiro, juntamente com os efeitos da crise, as medidas de cunho fiscal tomadas pelo governo no socorro ao capital trouxeram consequências nefastas para o financiamento da seguridade social, especialmente, para a política de saúde.

Consequentemente, o mesmo autor completa que o orçamento público deve ser analisado como importante para a compreensão da política social, sendo um instrumento útil na gestão de controle e direcionamento dos gastos do Estado. Na verdade, os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas públicas (SALVADOR, 2010b).

Oliveira, I. (2009) diz que o orçamento deve ser visto como espelho da vida política de uma sociedade, à medida que registra e revela, em sua estrutura de gastos e receitas, sobre que classe ou fração de classe recai o maior ou o menor ônus da tributação e as que mais se beneficiam com seus gastos. Por meio do orçamento público, o poder Executivo procura cumprir determinado programa de governo ou viabilizar objetivos macroeconômicos.

Salvador (2012) e Salvador e Teixeira (2014) especificam que o orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade, buscando inserir seus interesses, sendo importante sublinhar que os interesses dentro do Estado Capitalista são privados e, a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital portador de juros (capital financeiro).

No tocante à saúde, o fundo público mediante o Fundo Nacional da Saúde, cada vez mais enfrenta dificuldades para execução orçamentária e financeira de despesas com saúde e, com isso, conforme já mencionado no texto, e novamente enfatizado aqui, o principal paradoxo é que o SUS, fundado nos



princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Destaca-se que o Fundo de Saúde é um Fundo especial. Não tem natureza apenas contábil. A ele se vinculam receitas e despesas específicas e tem o objetivo de ampliar a capacidade de gestão orçamentária e a governabilidade administrativa do gestor, além de dar transparência para o gasto em saúde para fins de controle interno e externo por parte dos órgãos responsáveis e pela sociedade (BRASIL, 2013b).

Na prática, o que parece é que a proposta de saúde pública e universal está sofrendo um processo de privatização passiva. Essas tendências são determinadas e agravadas pelo comportamento do orçamento público destinado às políticas sociais. O comportamento da alocação de recursos para as políticas sociais mais globalmente, e de modo específico para a seguridade social, tende a ser pró-cíclico e regressivo, ao invés de se constituir como anticíclico, o que permite apenas a existência de mecanismos compensatórios que não alteram profundamente a estrutura das desigualdades sociais. Com poucos investimentos, diminui a qualidade das políticas sociais e ocorre uma “ritualização” dos ministérios da área social, impossibilitados que são de implementar políticas universais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Prosseguem as autoras sobre como os recursos permanecem extremamente concentrados e centralizados, contrariando a orientação constitucional da descentralização. Além de concentrados na União, o ente federativo com maior capacidade de tributação e de financiamento, também há concentração na alocação dos recursos nos serviços da dívida pública, tais como: juros, encargos e amortizações que contam com destinação sempre maior que todo o recurso da seguridade social.

A decisão sobre os objetivos de gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente é escolha política, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014).

O capital portador de juros e suas formas assumidas como o capital fictício tornou-se hegemônico no movimento do capital contemporâneo, provocando, inclusive, tensões nas formas de desenvolvimento das políticas sociais, especialmente a saúde.

A partir dos anos 1980, percebe-se o ressurgimento do capital produtor de juros, conforme denominado por Marx (1987), de forma duradoura, e ele passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. Então, uma das características desse momento contemporâneo do capitalismo é principalmente a dominância da valorização financeira (do capital portador de juros) no seu desdobramento como capital fictício (MENDES, 2012).

Esse movimento geral guiado por essa nova configuração da valorização financeira faz “o capital portador de juros”, com seu desdobramento na forma de capital fictício, estar em busca por “fazer dinheiro” sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida (CHESNAIS, 2005).

Em verdade, o capital fictício, ao se constituir na forma mais acabada do capital portador de juros, propicia à relação capitalista atingir a forma mais reificada e fetichizada. Retomando Marx (1987), ele diz que a força desse capital gera dessa forma (*D-D'*), ou seja, o dinheiro que se transforma em mais dinheiro, valor que se valoriza a si mesmo sem o processo intermediário que liga os dois extremos, (*D-M-D'*), quando se refere à expressão geral do movimento do capital, portanto, transformação de dinheiro em mercadoria, retransformação de mercadoria em dinheiro, comprar para vender (MENDES, 2012).

Na fase atual do capitalismo sob dominância financeira, os interesses do capital portador de juros intensificaram-se pelas disputas de recursos do fundo público, forçando de modo específico o incremento das despesas com juros da dívida pública no orçamento federal. Assim, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, ao se utilizar do fundo público, o faz sob a apropriação de parte da receita pública (MENDES, 2012).

Mendes (2012, p. 97) ressalta que,

[...] a esse movimento de apropriação não escapam os recursos das políticas sociais de direito, as da seguridade social (previdência, saúde e assistência) no país, uma vez que compõem um fundo público específico de recursos federais, conforme a Constituição de 1988 e o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O capital portador de juros está localizado no centro das relações econômicas e sociais da atualidade e da atual crise financeira em curso no capitalismo contemporâneo, desse modo, um dos grandes vilões do Orçamento da Seguridade Social e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo do superávit primário, instituído após o acordo com o FMI, em 1988. O volume de recursos retidos para o superávit primário tem sido muito maior que os gastos nas políticas de Seguridade Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Particularmente, na área da saúde, é possível verificar um reduzido esforço do gasto em “ações e serviços públicos de saúde” na proporção do PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, em contraste ao comprometimento relevante do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também na proporção do PIB. Observa-se que, em 1995, foram gastos em torno de 7,5% do PIB com juros da dívida, e 8,5%, em 2002 (períodos dos governos FHC); passando de 9,3%, em 2003, para 5,1%, em 2010 (período dos governos Lula); alcançando 5,7% do PIB, em 2011, e 8,5%, em 2015 (período dos governos Dilma) (MENDES, 2012, 2016b). Nesse último ano, as despesas com juros e encargos da dívida foram cerca de R\$ 500 bilhões, sendo cinco vezes superior ao gasto do Ministério da Saúde. Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, especialmente os destinados à saúde universal, sem diminuir o ônus financeiro da dívida e, assim, atender aos interesses do capital financeiro.

Além disso, as subtrações das receitas do orçamento da Seguridade Social vêm sendo materializadas mediante a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a qual desvincula 20% do total das receitas de impostos e contribuições sociais da União para outras finalidades, como a manutenção do superávit primário, contrariando os princípios constitucionais sobre a utilização de recursos advindos das fontes de custeio da seguridade que só poderiam ser mobilizados para seus fins (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2014, 2015; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

A DRU foi criada em 1994, intitulada Fundo Social de Emergência, que posteriormente denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitula-se DRU. Em 8 (oito) de julho de 2015, o governo federal enviou à Câmara dos Deputados, a prorrogação da DRU pela sétima vez. Trata-se da Proposta de

Emenda à Constituição (PEC) 87/2015, aprovada como EC 93/2016, que prorroga a DRU, não por mais quatro anos – como vinha sendo feito desde sua criação, mas por oito anos, até 2023. Sendo que o texto amplia de 20% a 30% o percentual das receitas do Orçamento da Seguridade Social que serão retiradas para assegurar a tranquilidade do capital financeiro em dar sequência à apropriação desse fundo público (MENDES, 2016a).

Nessa situação, o que se percebe é que embora a Seguridade Social tenha garantia do financiamento por tributos pré-definidos, paralelamente vem sofrendo abalos do sistema capitalista operado pelo Estado, porque desde a criação da DRU, perde um quinto dos recursos para o mercado beneficiado pelo pagamento de juros (VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Percebe-se no ano de 2013, que a DRU retirou do Orçamento da Seguridade Social R\$ 63,4 bilhões, dessa forma cumpre um papel na diminuição de recursos para a garantia dos direitos sociais, esvaziando o financiamento da Seguridade Social. Quase a integralidade do superávit da Seguridade Social é esvaziado dessa forma. Essa subtração de recursos não aparece nos relatórios como uma transferência de recursos da Seguridade Social para o orçamento fiscal (VASCONCELOS et al., 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2014).

Em 2014, a DRU retirou do orçamento da Seguridade Social R\$ 63,1 bilhões. Ao diminuir o superávit da seguridade, esses setores impedem que os trabalhadores possam discutir e orientar esses recursos e destiná-los às suas prioridades (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2015). Não restam dúvidas que as áreas da Seguridade Social perdem muito com a DRU.

Para Mendes (2012), na prática, estamos falando do OSS que abrange os recursos para as três áreas: saúde, assistência social e previdência. Há recurso suficiente no fundo público, o OSS. O problema é que grandes volumes de capitais não encontram caminhos de valorização, buscando esse espaço da Seguridade Social, e a DRU é um grande exemplo. Além disso, se acrescentarmos a insaciabilidade do capital portador de juros, alimentada pela política econômica do governo federal, que dá prioridade ao pagamento de juros da dívida, parece lícito afirmar que se trata de um “assalto aos direitos sociais”.

Desse modo, a Seguridade Social, sobretudo pelo seu eixo orçamentário, vem sofrendo um desmonte quanto aos seus objetivos, devido a mecanismos utilizados pelos governos de forma a manter o superávit primário, redirecionando recursos da seguridade social para o mercado financeiro, através de pagamento de amortizações da dívida pública.

Com relação ao financiamento do SUS, sabe-se que é responsabilidade das três esferas de governo e está normatizado pela Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu destinação específica das receitas municipais – impostos e transferências constitucionais -, de no mínimo 15% e estaduais, de no mínimo 12%, estipulando as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal, anual, do PIB (BRASIL, 2000).

Num cenário retrospectivo entre os anos de 2005, 2008, 2010 e 2012 a 2014, com base nos levantamentos provenientes de fontes oficiais da Associação Nacional dos Auditores Fiscais (ANFIP) e da Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social verifica-se que a evolução das despesas com ações e serviços de saúde estava em consonância com as determinações da Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012 que regulamentou, entre outras questões, a aplicação mínima de recursos para o setor (BRASIL, 2012).

A alocação de recursos caracteriza a prioridade que determinadas demandas alcançam na disputa alocativa dos orçamentos públicos, portanto, quando se observam os dados sobre a evolução das despesas da saúde no período mencionado, nota-se que eles apontam para um crescimento das alocações federais em relação aos itens como valores nominais. Assim, essas despesas iniciam-se com R\$ 57,01 bilhões no ano de 2005, passam de R\$ 72,06 bilhões no ano de 2008, e nos anos seguintes (2010, 2012 e 2013) respectivamente alcançaram valores de R\$ 80,96; R\$ 92,45; R\$ 93,03 bilhões, e atingem o valor nominal de R\$ 97,01 bilhões no ano de 2014, ambas corrigidas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) de dez/2014, indicando uma tendência de crescimento dos valores per capita sob a mesma correção.

Na análise com base no crescimento do PIB, as alocações federais em saúde têm se mantido praticamente constantes em relação ao conjunto da economia, iniciando-se com 1,6% no ano de 2005 e mantendo-se com 1,7% do PIB no período de 2012 a 2014. Nesse sentido, é inegável que existem carências no financiamento do setor

Sobre a análise desse indicador, Piola (2013) et al, ao estudarem a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, no período de 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%), dizem que essa participação aumentou em 1 ponto percentual, mas o incremento observado no indicador citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e municípios no PIB, uma vez que, segundo demonstrado nas análises expostas, a participação da União permaneceu estável ao longo dos anos. Em 2014, essa situação não mudou, ou seja, nesse ano o gasto público em saúde do SUS foi de 3,9% do PIB (União -1,7%; Estados -1,0%; e municípios - 1,2%) (MENDES, 2017).

Tal financiamento sempre transcorreu, porém, com conflitos que hoje se acirram em torno da operacionalização do princípio da universalidade. De um lado, há os que defendem esse princípio e, portanto, a oferta de recursos suficientes para atender as demandas do setor, um direito garantido a todos os cidadãos habitantes no país. Do outro lado, há os que defendem o rompimento com esse princípio em nome da “contenção de gasto”; entendido como instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal (MENDES, 2012).

Em 2013, o movimento “Saúde+10”, estruturado pelos: CNS, CONASS, CONASEMS, e várias entidades da sociedade civil apresentaram um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que reunia mais de 2,2 milhões de assinaturas em prol da alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS. Entretanto, o projeto não foi aprovado pelo Congresso Nacional (MENDES, 2016a).

Ao contrário, o Congresso Nacional aprovou a (EC) nº 86, publicada em março de 2015, que alterou a aplicação mínima de recursos. Assim, em 2016, nos termos dessa Emenda, foram destinadas para a União a aplicação de 13,2% da receita corrente líquida; crescendo ano a ano para 13,7%; 14,1%; 14,5%; até alcançar 15% em 2020. Observou-se uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC, em 2016 (FUNCIA 2015a, 2015b; MENDES, 2016a, 2016b).

Nesse debate do financiamento do SUS, insere-se a (EC) nº 95<sup>64</sup>, que além de desvincular a despesa federal com saúde de percentuais progressivos da

---

<sup>64</sup> Inicialmente conhecida como PEC nº 241, depois renomeada PEC nº 55, e promulgada em 15 (quinze) de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016c).

receita corrente líquida, também propõe o congelamento do financiamento federal do SUS, para os próximos 20 anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Na opinião de Mendes (2016b), a (EC) nº 95, ao instituir novo regime fiscal, que limita a expansão dos gastos públicos, a partir de 2017, pelos próximos 20 anos, corrigidos apenas pela inflação, reflete o caráter da forma atual do capitalismo que ele denomina “sem mundo”. Para o SUS representa desestruturação e privatização crescentes.

Nessa mesma linha de debate, Costa (2017, p. 7) registra que:

Para além da condição crônica de subfinanciado, o futuro próximo do SUS já está sob as sombras da (EC) nº 95, que estabelece teto para os gastos públicos sem afetar a polpuda fatia do Orçamento destinada ao superávit primário. Na prática, significa a impossibilidade de o SUS cumprir seus desígnios constitucionais para garantia da saúde como direito universal. Estima-se que a aplicação dessa Emenda Constitucional retira do SUS aproximadamente R\$ 400 bilhões em 20 anos se for considerado o crescimento do PIB a 2,0% e a taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (INPC) em 4,5%.

Tomando agora o gasto total (público e privado) em relação à porcentagem do PIB, constata-se que o gasto do Brasil não é dos mais baixos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, no ano de 2012, o gasto total foi estimado em 9,5% do PIB, sendo esse valor próximo ao de países desenvolvidos. O gasto público que é de 4,5 % do PIB, ou seja, 47,5% do gasto total com a saúde é insuficiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Observa-se, porém, que o gasto público com saúde contribui com menos de 50% sobre o seu percentual, isso significa que as famílias estão gastando mais que o Estado para cuidados da saúde. O que é fato é que o atendimento universal e de qualidade que a Constituição promete e que a população espera exigiria um maior comparecimento do gasto público, hoje abaixo de países em condição econômica pior e que não dispõem de sistemas universais nos moldes do SUS (COSTA, 2017).

Os países que desenvolvem sistemas públicos apresentam gasto público com um percentual em saúde, superior a 70%. Dessa maneira, configura-se um desafio para o Brasil chegar a um sistema universal de saúde, com atendimento integral, e responder as novas demandas geradas pelas mudanças econômicas, sociais e demográficas em curso. A ampliação dos gastos em saúde se mostra um elemento-chave para o financiamento atual e futuro do sistema de

saúde brasileiro (PIOLA et al., 2013; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

De acordo com os dados Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (2015) percebe-se que, em 2014, foram alocados em ações e serviços de saúde pública o valor de R\$ 95,6 bilhões. A Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com R\$ 45,1 bilhões e Atenção Básica, com R\$ 19,3 bilhões foram os blocos que mais receberam recursos.

Exemplificou-se aqui a alocação de recursos para os blocos referidos da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, e da Atenção Básica especificamente conforme a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, em que a regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde era na forma de blocos de financiamento. A Portaria dividia os repasses em seis blocos de financiamento distintos: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade, Medicamentos, Gestão e Investimento (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde anunciou no dia sete (07) de fevereiro de 2017 alterações no modelo de repasse dos recursos da União para estados e municípios. Agora, com o “Projeto SUS Legal”, como a medida foi batizada, a transferência de recursos federais para o SUS será feita por meio de dois blocos de financiamento: custeio e investimentos, consoante a Portaria nº 381, de seis (06) de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Retomando a discussão dos blocos Assistência Hospitalar e Ambulatorial, e da Atenção Básica, destacando esse último, tem-se que mesmo a expansão dos recursos da Atenção Básica, entre os anos de 2005 (R\$ 9,8 bilhões), 2008 (R\$ 12,0 bilhões), 2010 (R\$ 13,5 bilhões), 2012 (R\$ 16,4 bilhões), 2013 (R\$ 16,6 bilhões), e 2014 (R\$ 19,3 bilhões), em que estão incluídas as Equipes de Saúde da Família, laboratórios para exames e outros pontos de entrada dos usuários ao SUS, os valores, conforme vistos, ainda são insuficientes para manter um sistema de saúde resolutivo (VASCONCELOS; COSTA, 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2015).

Outro problema é a distribuição regional e por especialidade dos profissionais médicos, o que torna a situação da saúde pública e privada de difícil administração, configurando-se como mais um desafio a ser enfrentado pelo



sistema de saúde. Na realidade, no Brasil, em 2013, a distribuição regional indicava que 22 estados estavam abaixo da média nacional e em cinco deles, havia menos de um médico por mil habitantes. Apenas São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Espírito Santo superavam a média nacional (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2015).

Para fins de comparação, segundo a Organização Mundial de Saúde, a Argentina tem 3,2 médicos por mil habitantes; Uruguai, 3,7; Portugal, 3,9; Espanha, 4,0; Reino Unido, 2,7; Austrália, 3,0; Itália, 3,5 e Alemanha, 3,6 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2015).

Por sua vez, é importante registrar que no ano de 2014, R\$ 45,1 bilhões dos recursos executados com ações e serviços de saúde pública foram destinados à Assistência Hospitalar e Ambulatorial, sendo que a maior parte destas ações é de alto custo, incluindo procedimentos e exames complexos prestados por convênios e prestadores privados.

A situação pode indicar que a privatização da saúde ocorre não somente por meio dos Planos Privados de Saúde, como também no interior do setor público, através da compra destes serviços no setor privado, uma vez que, com o subfinanciamento histórico e o processo de expropriação do Fundo Público, o Estado brasileiro não desenvolveu investimento suficiente para a construção e a manutenção de uma rede hospitalar pública (VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Portanto, as ações do Ministério da Saúde comportam uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista: a reforma sanitária é citada por documentos do Ministério da Saúde e ganha espaço em sua agenda, mas, por outro lado, o subfinanciamento da saúde persiste, sendo, inclusive, no âmbito da Seguridade Social, o orçamento que mais decresce em números relativos, com sistemáticos desvios de recursos via DRU (BRAVO; MENEZES, 2013).

De acordo com o exposto, é evidente que o contexto mundial e nacional, contribuem para os embates na história do financiamento do SUS, desde sua criação, passando pela vinculação de recursos federais para aplicação

da saúde por meio da (EC) nº 29/2000, com o frágil esquema baseado no montante aplicado no ano anterior corrigido pelo valor nominal do PIB, até a Lei 141/2012, que regulamentou a (EC) nº 29, que não modificou essa base de cálculo. Como foi mencionado, e reforçando mais uma vez, entre 1995 e 2014, o gasto do Ministério da Saúde também não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1% (MENDES, 2017).

Portanto, as prioridades dadas ao capital portador de juros no capitalismo contemporâneo sustentaram a permanência de uma política neoliberal; pautada em políticas macroeconômicas restritivas que levaram à diminuição de gastos públicos como os direitos sociais, em destaque à saúde. Portanto, a rigor, observa-se um estado de afastamento da efetivação da política de direitos universais, o que vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS (MENDES, 2012).

As opções das diferentes gestões do governo federal, de direcionar o fundo público para o mercado, deixam claro que o Estado tem priorizado a política econômica com seus interesses privados do capital, sob a dominância financeira, em detrimento da política social de direitos, como tem sido o caso da saúde (MENDES, 2012).

## **4 O PROGRAMA SAÚDE É VIDA NO CONTEXTO DO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO**

O denominado processo de reestruturação da Saúde Pública no Estado do Maranhão teve no Programa Saúde é Vida sua expressão material mais evidente. Pelo discurso oficial dos formuladores e implementadores deveria garantir uma rede interligada de serviços, com capacidade de resolver os problemas de saúde com qualidade, agilidade e acesso universal. Em perspectiva avaliativa, essa seção aborda o contexto político-institucional, os determinantes da sua gênese e sua engenharia.

### **4.1 O Programa Saúde é Vida: contexto político-institucional do Maranhão e dilemas do processo de formulação da proposta**

O Estado do Maranhão localiza-se na Região Nordeste do país. Possui 217 municípios e uma área de, aproximadamente 331.936,949 quilômetros quadrados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a), ocupando o lugar de oitavo estado brasileiro em extensão.

De acordo com dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o Maranhão apresentava uma população geral de cerca de 6.574.789 habitantes. Conforme dados de 2017, o estado apresenta tendência de crescimento populacional, tanto que em 2014, a população estimada foi de 6.850.884 habitantes, no ano de 2015 de 6.904.241 habitantes e, em 2017, de 7.000.229 habitantes. É o décimo estado mais populoso do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a).

Em relação à educação, no ano de 2013, o Maranhão se destaca como um dos estados que tem como escolaridade média da população de 25 ou mais de idade, um percentual de 18,6% com 4 a 7 anos de estudo, sendo que 36% dessas pessoas não tinham instrução ou menos de 1 ano de estudo, e apenas 4,0% das pessoas dessa faixa etária alcançaram 9 a 10 anos de estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Em 2013, quanto ao saneamento básico, o Maranhão apresenta uma situação desfavorável, pois 92,3% dos domicílios particulares urbanos com rendimento mensal domiciliar per capita de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo estavam sem

acesso ao saneamento, caracterizando situações vulneráveis de pobreza (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Dentre as Unidades da Federação que registraram as menores proporções de domicílios com banheiro ou sanitário de uso exclusivo em 2014, foram os estados do Acre, com 82,7% seguido do Maranhão, com 83,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Segundo dados da pesquisa Demografia Médica no Brasil, elaborada em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, havia no Brasil 1,95 médico registrado por 1.000 habitantes em 2011, com fortes disparidades regionais, indo de 0,98 na Região Norte; 1,19 na Região Nordeste a 2,61 na Região Sudeste (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

No Maranhão, a situação é ainda mais preocupante, pois o total de médicos por mil habitantes é inferior a 1, com 0,71 por mil habitantes, sendo este índice similar ao de países como África do Sul, que tem 0,76 por mil habitantes. Outro ponto grave é que, entre os médicos que o estado possui, poucos têm especialização. Apenas 37,4% dos médicos que atuam no Maranhão são especialistas, uma das proporções mais baixas no país (SCHEFFER, 2013).

Exemplificando essa situação sobre o quantitativo de médicos, em 2013, contou-se com apenas 4.789 médicos no Maranhão, e com o Programa Mais Médico, o quantitativo de profissionais no estado atualmente é de 6.236. Um aumento significativo, mas segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), o Maranhão ainda é o estado com menor número de médicos por habitantes do país, e principalmente é na atenção primária que se concentra a carência de profissionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

A concentração geográfica apontada para médicos é observada também para outros profissionais. Enquanto no Distrito Federal e no Rio de Janeiro havia 2,1 enfermeiros registrados por mil habitantes, no Maranhão havia, em 2010, menos de um enfermeiro por mil habitantes, ou seja, 0,9 enfermeiros por mil habitantes. Dado preocupante porque são os enfermeiros, junto aos médicos e a equipe interdisciplinar que conduzem os diversos programas de saúde na atenção básica e na atenção hospitalar (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; MACIEL, 2015).

O cenário geral da caracterização do estado com os indicadores demográficos e de saúde mostram as vulnerabilidades sociais, tendo em vista também a distribuição desigual dos profissionais de saúde no estado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; MACIEL, 2015). Dessa forma, sinalizando que a prioridade para melhoria da qualidade dos serviços de saúde poderia ser direcionada para a descentralização do atendimento médico-hospitalar no Estado do Maranhão alicerçada na atenção básica.

As primeiras iniciativas de criação de um processo de descentralização do atendimento médico-hospitalar no Estado do Maranhão podem ser encontradas no contexto do Governo de Jackson Lago (2007-2009). Foi pensada uma proposta para viabilizar o funcionamento de 30 (trinta) hospitais de pequeno porte, em municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), nas unidades regionais: Rosário, Itapecuru Mirim, Chapadinha, Codó, Pinheiro, Santa Inês, Zé Doca, Presidente Dutra, Pedreiras, Barra do Corda, Bacabal e Caxias, conjuntamente com ações de fortalecimento da atenção básica. Mesmo tendo como foco a atenção hospitalar, a proposta era pensada de forma a respeitar os princípios da regionalização do SUS, e de forma articulada com a atenção básica (GOVERNADOR..., 2007). Tal proposta não teve continuidade em razão do processo de cassação do governador<sup>65</sup>, no dia 16 de abril de 2009 com a ascensão da sua oponente e segunda colocada nas urnas Roseana Sarney (MATOS; BARBOSA, 2012).

A partir do governo de Roseana Sarney, em 2009, houve uma expansão do foco da proposta rascunhada no governo anterior, com investimento que ultrapassava 1 (um) bilhão para a reestruturação da rede de saúde do estado. Tal reestruturação comportava a construção de 77 (setenta e sete) unidades hospitalares, sendo 64 (sessenta e quatro) de 20 leitos, 08 (oito) de 50 leitos, 05 (cinco) de 100 (cem) leitos, proposta arquitetada pelo secretário de saúde na época, Ricardo Murad, que foi apoiada por deputados na Assembleia Legislativa, vereadores, lideranças políticas e prefeitos (MARANHÃO, 2011).

---

<sup>65</sup> No dia 4 de março de 2009, o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) julgou a ação movida por Roseana Sarney e decidiu, por 5 votos a 2, cassar o mandato de Governador de Jackson Lago, com a acusação de abuso de poder político e econômico nas eleições de 2006. Confirmada a cassação de Jackson Lago, no dia 16 de abril de 2009, o TSE ordenou, após rejeitar por unanimidade os recursos interpostos, a diplomação da segunda colocada nas eleições, Roseana Sarney (MATOS; BARBOSA, 2012).

O Programa Saúde é Vida buscou reestruturar a saúde pública no Estado do Maranhão, atuando através de duas ações básicas: expansão da rede assistencial do SUS e reformas das unidades de saúde, compondo um cenário de atendimento voltado para a assistência de média e alta complexidade, portanto, ambulatorial e hospitalar.

Para consolidar esse propósito de atendimento voltado para a assistência de média e alta complexidade deveriam ser construídos hospitais de 20 (vinte), 50 (cinquenta) e 100 (cem) leitos, os quais permitiriam uma reestruturação da saúde pública no estado, diminuindo a evasão de recursos da saúde dos municípios originários e a superlotação dos principais hospitais de urgência e emergência da capital, ocasionada, em grande parte, pelo recebimento de pacientes oriundos do interior do estado. Ainda, pelo Programa em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências estavam previstas a construção de 12 (doze) Unidades de Pronto Atendimento (MARANHÃO, 2011).

Para sustentação<sup>66</sup> do Programa nos municípios, esses deveriam receber além de toda a estrutura pronta, mais R\$ 100 (cem mil) mensais para manter um pronto atendimento funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia, permitindo a oferta da assistência qualificada dos serviços aos usuários (MARANHÃO, 2015).

Como parte desse Programa, destacam-se uma série de ações de expansão e melhoria da rede assistencial que foram implementadas em São Luís. Assim, como exemplos destacam:

- a) Ampliação no Hospital Tarquínio Lopes (Hospital Geral) com a construção de salas cirúrgicas e implantação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva; o que colocou essa instituição como referência estadual de Alta complexidade, principalmente no atendimento aos pacientes voltados para os serviços em oncologia.

---

<sup>66</sup> Conforme a Portaria da Secretaria de Estado da Saúde, nº 113, de 27 de abril de 2015 (Institui o Incentivo Estadual de Qualificação da Gestão Hospitalar (IEQGH) para complementação do custeio das despesas decorrentes da manutenção e funcionamento dos Hospitais de 20 (vinte) leitos construídos com a participação dos recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e fonte Estadual), expedida na vigência do gestor anterior pelo secretário de estado da saúde Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco, estabeleceu-se que a partir de maio de 2015, o repasse de recursos financeiros, oriundos da fonte estadual, obedecia aos critérios de produção “versus” população e capacidade instalada do estabelecimento, conforme as faixas: faixa 1 - até 10 mil habitantes – repasse de R\$ 70.000,00; faixa 2 – de 10 mil a 20 mil habitantes – repasse de R\$ 80.000,00 e faixa 3 – acima de 20 mil habitantes – repasse de 100.000,000 (MARANHÃO, 2015).

- b) Ampliação da capacidade instalada da Maternidade Marly Sarney, referência em gestação de alto risco, com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), pelo programa; implantação do Complexo Materno Infantil, com a fusão dos hospitais Juvêncio Matos e Maternidade Benedito Leite, sendo que o primeiro passou por reformas com a construção de novas salas de centro cirúrgico, de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de pediatria e de neurocirurgia pediátrica, e a segunda passou a contar com o serviço de maternidade 24 (vinte e quatro) horas, atendimento ambulatorial e ampliação de leitos de Unidade Terapia Intensiva (UTI) neonatal;
- c) Reforma do Hospital Carlos Macieira (antigo IPEM), unidade de referência dos servidores públicos estaduais que funciona para os atendimentos de serviços de alta complexidade;
- d) Reforma e ampliação das unidades de saúde estaduais, casos dos PAM (Cidade Operária e Diamante), sendo que este último foi transformado em um Ambulatório Médico Especializado (AME), que oferece exames e diagnósticos de alta complexidade;
- e) Implantação de um Centro de Medicina Especializada (CEMESP). Esta unidade funciona como Centro de Referência Estadual em Diabetes e Hipertensão, além de oferecer suporte médico em outras áreas como: cardiologia, endocrinologia, nefrologia, gastroenterologia, oftalmologia, odontologia, nutrição, pneumologia, reumatologia, dermatologia, ortopedia, ultrassonografia e clínica médica (MARANHÃO, 2013; MARANHÃO 2012; MARANHÃO, 2011).

Além da construção dos hospitais, o Governo Estadual adquiriu equipamentos, renovou a frota de ambulâncias, comprando veículos equipados como as ambulâncias de UTIs móveis para os atendimentos mais complexos na área adulto e infantil, diversos móveis e utensílios como materiais e medicamentos hospitalares (MARANHÃO, 2011, 2013).

No tocante à questão orçamentária do Programa Saúde é Vida citam-se alguns valores aplicados e executados nas seguintes áreas específicas do programa, segundo o Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2012-2015, exercício 2013, da Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento do Governo

do Estado do Maranhão. Como exemplos, apresentam-se as seguintes áreas específicas: expansão da rede assistencial do SUS; funcionamento da Rede Assistencial própria do Estado do Maranhão; contratualização de estabelecimentos de saúde e a adequação das unidades assistenciais de saúde (MARANHÃO, 2013):

- a) Referente ao orçamento da expansão da Rede Assistencial do SUS, que teve como objetivo aumentar a cobertura da rede assistencial do SUS nos municípios do interior do Maranhão, conforme o exposto neste relatório foi que a dotação orçamentária inicial de R\$ 62.798.607,00 (sessenta e dois milhões e setecentos e noventa e oito mil e seiscentos e sete reais) passou para R\$ 318.775.422,00 (trezentos e dezoito milhões e setecentos e setenta e cinco mil e quatrocentos e vinte e dois reais), tendo sido empenhado R\$ 200.961.787,00 (duzentos milhões e novecentos e sessenta e um mil e setecentos e oitenta e sete reais) e liquidado 103.466.032,00 (cento e três milhões e quatrocentos e sessenta e seis mil e trinta e dois reais). A meta física planejada de 12 (doze) unidades construídas ficou abaixo do previsto porque algumas obras não foram concluídas. No Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2012-2015 enfatizou-se que o incremento do orçamento desta ação resultou de recursos oriundos do Programa Viva Maranhão e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) e Tesouro do Estado. Assim, foram incluídas nesta dotação orçamentárias as seguintes ações: aquisição de equipamentos para hospitais de 20 (vinte) leitos e 50 (cinquenta) leitos; aquisição de 50 (cinquenta) ambulâncias tipo semi-intensivas; construção de hospitais de 100 (cem) leitos nos Municípios de Caxias, Imperatriz, Pinheiro e Santa Inês; reforma e equipamentos para o complexo PAM Diamante para funcionamento do Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão (LACEN) e Centro de Diagnóstico de Imagem e ampliação e aquisição de equipamentos para o hospital de alta complexidade Carlos Macieira.
- b) Referente ao orçamento da contratualização de estabelecimentos de saúde foram empenhados recursos orçamentários no valor de R\$ 63.451.553,00 (sessenta e três milhões e quatrocentos e cinquenta e um mil e quinhentos e cinquenta e três reais) objetivando organizar e



garantir os serviços de saúde com qualidade e de forma humanizada por meio da celebração de contratos/convênios com prestadores de serviços e municípios para estabelecimento de redes assistenciais de atenção à saúde. Foram contratualizados 32 (trinta e dois) estabelecimentos de saúde, que executavam ações de assistência de média e alta complexidade, no âmbito do Estado.

- c) Referente ao orçamento do funcionamento da Rede Assistencial própria do Estado do Maranhão, que teve como objetivo promover assistência à saúde por meio da rede hospitalar e ambulatorial própria do Estado do Maranhão, conforme o exposto neste relatório foi que a dotação orçamentária inicial de R\$ 728.470.924,00 (setecentos e vinte e oito milhões e quatrocentos e setenta mil e novecentos e vinte e quatro reais) passou para R\$ 812.723.473,81 (oitocentos e doze milhões e setecentos e vinte e três mil e quatrocentos e setenta e três reais e oitenta e um centavos) tendo sido empenhados R\$ 798.489.066,46 (setecentos e noventa e oito milhões e quatrocentos e oitenta e nove mil e sessenta e seis reais e quarenta e seis centavos). Conforme o Relatório obteve-se que a meta física planejada foi alcançada e superada com um percentual de 102,6%.
- d) Referente ao orçamento da adequação das unidades assistenciais de saúde, o orçamento inicial de R\$ de 5.410.000,00 (cinco milhões e quatrocentos e dez mil reais) passou para R\$ 11.685.683,00 (onze milhões e seiscentos e oitenta e cinco mil e seiscentos e oitenta e três reais) tendo sido empenhados R\$ 4.622.143,52 (quatro milhões e seiscentos e vinte e dois mil e cento e quarenta e três reais e cinquenta e dois centavos). O Relatório registra que a morosidade do trâmite processual licitatório contribuiu para o não alcance da meta de readequação de 05 (cinco) unidades de saúde. Foram realizadas adequações e aquisição de equipamentos para o Complexo Hospitalar de Alta Complexidade, Hospital Carlos Macieira e Hospital Geral de Coroatá.

Os dados extraídos e expostos do Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2012-2015, exercício 2013, da Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento do Governo do Estado do Maranhão de áreas selecionadas que

compõem o orçamento do Programa Saúde é Vida confirmam que realmente ele foi um Programa de grandes somas de investimentos direcionados para a saúde no Estado do Maranhão. Mas com relação à ação específica do Programa no item expansão da rede assistencial, o próprio Relatório reconhece que essa meta não foi cumprida totalmente porque algumas obras não foram concluídas, e que referente à readequação de unidades de saúde, essa meta também não foi cumprida (MARANHÃO, 2013).

Dentre as obras não concluídas registram-se os hospitais de 100 (cem) leitos, os macrorregionais, que seriam importantes para a implementação do programa, se fossem de fato finalizados, uma vez que funcionariam com melhor economia de escala e em pontos estratégicos do mapa geográfico maranhense atendendo os pressupostos da regionalização e cumprindo o papel dentro da rede de atenção em saúde (BRASIL, 2010, 2011; MARANHÃO, 2013).

E novamente, no último Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2012-2015, exercício 2014, da Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento do Governo do Estado do Maranhão, reitera-se que a ação expansão da rede assistencial do SUS não foi cumprida, devido às 15 (quinze) unidades de saúde planejadas para o ano, não terem sido concluídas, apesar de ter ocorrido um significativo aumento orçamentário em relação à dotação inicial que era de R\$ 9.190.000,00 (nove milhões cento e noventa mil reais) e ao final que passou para R\$ 35.510.711,00 (trinta e cinco milhões, quinhentos e dez mil, setecentos e onze reais) na referida ação (MARANHÃO, 2014).

Conforme visto a partir do contexto abordado sobre o orçamento e implementação das ações do Programa, apesar da ênfase divulgada e mostrada pela mídia e pela Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão que um novo modelo de assistência à saúde surgia na região maranhense, “com investimentos nessa área jamais vistos na história do Maranhão, uma verdadeira revolução na assistência à saúde” (MARANHÃO, 2014, p. 4), assinala-se que as metas do programa não foram logradas na íntegra.

Dentre os hospitais de 20 (vinte) leitos construídos pelo Programa Saúde é Vida nos municípios maranhenses<sup>67</sup> têm-se que 8 (oito) pertencem aos municípios

---

<sup>67</sup> Alguns hospitais e municípios incluídos no Programa Saúde é Vida não foram citados aqui porque não tiveram suas obras concluídas por terem problemas de contratos com as empresas

com médio IDHM, são eles: Hospital de Lago dos Rodrigues, Hospital de Bernardo do Mearim, Hospital de Matinha, Hospital de Ribamar Fiquene, Hospital de Campestre do Maranhão, Hospital de São Pedro dos Crentes, Hospital de Davinópolis e Hospital de Bequimão; e 32 (trinta e dois) pertencem aos municípios com baixo IDHM, são eles: Hospital de Paulino Neves, Hospital de Magalhães de Almeida, Hospital de Morros, Hospital de Sucupira do Riachão, Hospital de Jatobá, Hospital de São Félix de Balsas, Hospital de Primeira Cruz, Hospital de Lago do Jungo, Hospital de Tufilândia, Hospital de Olho D'água das Cunhãs, Hospital de Presidente Vargas, Hospital de Mirador, Hospital de Itaipava do Grajaú, Hospital de Santana do Maranhão, Hospital de Água Doce do Maranhão, Hospital de Matões do Norte, Hospital de Governador Newton Belo, Hospital de Maracaçumé, Hospital de Zé Doca, Hospital de Araguañã, Hospital de Apicum-Açu, Hospital de Palmeirândia, Hospital de Afonso Cunha, Hospital Serrano do Maranhão, Hospital de Bacurituba, Hospital de Tasso Fragoso, Hospital de Vila Nova dos Martírios, Hospital de Nova Iorque, Hospital de Santo Amaro, Hospital São João do Sóter, Hospital Bela Vista do Maranhão e Hospital de Pirapemas (MARANHÃO, 2014).

Com relação aos hospitais de 50 (cinquenta), 6 (seis) municípios possuem baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), eles são: o Hospital Geral de Barreirinhas, Hospital Geral de Alto Alegre do MA, Hospital Geral de Peritoró, Hospital Macrorregional Mamede Trovão de Coroatá, Hospital Geral de Monção e Hospital Geral de Timbiras. Com relação aos hospitais de 50 (cinquenta) leitos; apenas 1 (um) município possui médio IDHM, sendo ele: o Hospital Geral de Grajaú (MARANHÃO, 2014).

Cumpra aqui dizer que posteriormente, muitos desses hospitais foram municipalizados e outros foram fechados por falta de condições de sustentabilidade financeira. Atualmente, dentre as unidades de saúde estaduais do interior do Estado do Maranhão encontram-se ainda integradas a Rede de Saúde Estadual, os seguintes hospitais: Hospital Macrorregional de Coroatá, Hospital Paulino Neves, Hospital de Morros, Hospital Regional de Peritoró, Hospital Regional de Alto Alegre do Maranhão, Hospital de Lago dos Rodrigues, Hospital Regional de Grajaú, Hospital Regional de Barreirinhas, Hospital Regional de Timbiras, Hospital Geral de Monção e Hospital Regional de Matões do Norte. Os hospitais Macrorregionais: da

---

construtoras. Tais como: Cajari, Bom Jesus das Selvas, Lajeado Novo, São João do Paraíso e Porto Rico do Maranhão (SES RETOMARÀ..., 2011).

Baixada Maranhense Dr. Jackson Lago (Pinheiro), Dr. Everaldo Aragão (Caxias), Dra. Ruth Noletto (Imperatriz), Dr. Tomás Martins (Santa Inês) e Dra. Laura Vasconcelos (Bacabal) foram inaugurados depois do ano de 2014, após a finalização do Programa Saúde é Vida, em outra gestão, segundo pesquisa de campo realizada, em 2016.

A configuração dessa proposta envolvendo uma grande soma de recursos, reforça um dos questionamentos centrais dessa tese: considerando a relação custo x benefício, essa forma de reestruturação era a mais adequada para o Maranhão? A conclusão da pesquisa é que não, em razão de dois elementos centrais:

De um lado, o estado enfrentava dificuldades em razão de determinantes econômicos internos (produção, subsídios aos grandes e médios capitalistas) e externos onde se destaca a crise mundial. Tais limites eram reconhecidos pelo próprio governo.

O ano de 2009 iniciou com um clima de incerteza sobre a economia mundial, em decorrência da crise financeira internacional, que teve seu epicentro na economia americana no ano anterior como o estouro da “bolha imobiliária”. Os primeiros impactos na economia dos países desenvolvidos, ainda em 2008, foram grandes perdas patrimoniais, crise de liquidez e perda de confiança no sistema financeiro. Na sequência imediata, a segunda onda de impactos provocou a redução nas vendas, desaceleração do crescimento, demissões, além de problemas oriundos de falência de grandes bancos e instabilidade do sistema financeiro. (MARANHÃO, 2010, p. 16).

De outro lado, os indicadores sociais e epidemiológicos do período continuavam negativos: rede coletora de esgoto com baixo percentual (11,4%); coeficiente de mortalidade infantil de (29,1 por 1.000 nascidos vivos), sendo superior ao do país (19,3 por 1.000 nascidos vivos) e da região nordeste (27,8 por 1.000 nascidos vivos); os principais grupos de causas de mortalidade eram as doenças cardiovasculares (31,9%), as causas externas (13,6%) e as neoplasias (10,7%); a cobertura da população pela ESF era de (75,6%); o percentual de crianças com esquema vacinal em dia era de (87,7%), abaixo do recomendado pelo Programa Nacional de Imunização; a taxa de casos novos para Hanseníase era de (61,9 por 100.000 habitantes), superior ao do país com (19,6 por 100.000 habitantes) e da região nordeste com (28,8 por 100.000 habitantes)<sup>68</sup>. A situação de saúde definia um

---

<sup>68</sup> Para ver mais dados sobre o Maranhão deste período, Cf. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b.

quadro de tripla carga de doenças, ou seja, a predominância das doenças crônicas, presença das doenças infecciosas e de causas externas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b).

Essa situação não sofreu mudanças no decorrer da implementação do Programa. Pesquisa realizada por Soeiro, Sousa Neto e Coimbra (2017) registrou que, no Maranhão, no ano de 2013, as principais causas de óbitos são por doenças do aparelho circulatório (32,7%), seguidas de causas externas (17,4%) e neoplasias (12,2%).

Paralelamente à situação da tripla carga de doenças, tem-se que a maior expectativa de vida vem elevando a proporção de idosos na população em todo o país, implicando um rápido processo de envelhecimento e demandando novos focos de atenção para a saúde pública voltada a esse segmento. As doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) exigem atenção permanente e tratamentos diferenciados. O desafio colocado para as políticas públicas, em geral, e para a política de saúde, em particular, quanto ao envelhecimento da população, compreende um aumento do fornecimento de serviços e de benefícios que possibilitem uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013; MENDES, 2013).

Os autores Soeiro, Sousa Neto e Coimbra (2017) observaram também acentuado aumento da prevalência de doenças crônicas por 100 habitantes, sendo que a prevalência para Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica de Saúde (ABS), em 1998 foi de 1%, e em 2014 de 6,3%. Com relação à prevalência de Diabetes Mellitus registrou-se o percentual de 0,2% em 1998, passando para 1,7% em 2014.

O custo crescente nos gastos em saúde, em decorrência da tripla carga de doenças tem crescido continuamente de forma universal em todos os países, isso não é diferente no Brasil e na particularidade do Maranhão, principalmente se a forma de se promover saúde não é adequada para enfrentar com efetividade, eficiência e qualidade às situações de saúde contemporâneas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b; BRASIL, 2014b).

Com esse quadro, a forma de atenção voltada para as condições agudas como foi pensada no estado, concentrada em hospitais, não permite, por exemplo, intervir, adequadamente, em relação às demandas dos portadores de diabetes para

promover o controle glicêmico, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial. Sem esse acompanhamento que pode ser realizado na atenção básica, nas unidades básicas de saúde não há como melhorar os resultados sanitários e econômicos das pessoas com essa e outras doenças crônicas (BRASIL, 2014b).

Como analisa Pacheco (2017), no intervalo de um ano, em determinada população que precisa de serviços de saúde, em média, 80% necessita apenas de cuidados primários, ficando aproximadamente 15% para cuidados secundários e apenas 5% para cuidados terciários. Isso mostra que a população precisa de atendimento ambulatorial, demanda essa que pode ser direcionada para a atenção primeira, primária, básica, porém, complexa que é a assistência neste nível do SUS.

Para Pacheco (2017, p. 14),

De fato, em geral, é muito mais 'complexo' fazer um hipertenso tomar remédio regularmente que fazer uma drenagem de hematoma cerebral decorrente de hipertensão. Aquela é uma estratégia intersubjetiva que envolve não apenas um procedimento, mas, sobretudo, um 'entendimento' entre um profissional de saúde e um hipertenso, normalmente não plenamente consciente de sua própria condição de hipertenso.

Certamente, a construção de redes de atenção à saúde não vai deter os custos crescentes no tratamento das doenças, mas poderá amenizar, ao ampliar a eficiência econômica do sistema de saúde. Para Silva, S. et al. (2013), a redução de gastos nos sistemas de saúde organizados em rede ocorre basicamente, se considerada uma correta relação entre a economia de escala e de escopo.

A economia de escala é ilustrada por Silva, S. et al. (2013, p. 84) ao referir que não seria adequado criar um ponto de oferta de ultrassonografia para determinado número de pessoas cuja soma de necessidades desse exame fosse bem inferior à capacidade instalada do serviço criado. Então, ter-se-ia um serviço ocioso e dispendioso. Nessa ilustração, é importante considerar não apenas a eficiência econômica, mas também a acessibilidade. Portanto, unidades assistenciais que não operam nessa lógica, geram ineficiência econômica.

A economia de escopo diz respeito à variedade dos serviços oferecidos e, no caso da saúde, aplica-se, especialmente a unidades hospitalares em que a diversidade de atividades desenvolvidas contribui para reduzir gastos. Nesse caso, hospitais com capacidade reduzida e especializados em áreas peculiares de atenção, em geral, não atendem a critérios de economia de escopo. Seus gastos fixos com as estruturas de apoio (nutrição, imagens, administração e outros) são distribuídos entre número reduzido de serviços e ações. Isso contribui para

aumentar o custo final dos procedimentos individualizados, gerando ineficiência e ineficácia. Portanto, as redes de atenção em saúde, favorecem a economia de escala e de escopo, quando criam condições para que a abrangência dessas unidades atenda aos critérios exigidos, eliminando ociosidades e paralelismos na oferta (SILVA, S. et al., 2013).

Partilhando dessa compreensão, o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (2014), ao analisar a rede hospitalar na região metropolitana de Campinas, assinala que duas questões devem ser observadas quando se trata das unidades hospitalares: uma delas se refere à produção com base na economia de escala e de escopo e, a outra, relaciona-se ao acesso dos usuários do SUS aos Pontos de Atenção e Apoio Diagnóstico e Terapêutico; que garanta a universalidade e a integralidade da ação, segundo os princípios constitucionais de saúde.

Segundo o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), da Universidade Estadual de Campinas (2014), referente à produção com base na economia de escala<sup>69</sup> e de escopo<sup>70</sup> devem ser considerados alguns elementos que interferem no volume e no custo da população, incluindo:

- a) Custo da administração por unidade de produção. Muitas vezes com o mesmo custo administrativo é possível produzir mais, contanto que a capacidade física instalada e os fatores de produção permitam aumentos. Por outro lado, no caso dos hospitais, existem custos administrativos relacionados a um conjunto de serviços de suporte à internação, como alimentação, lavanderia, segurança, limpeza, entre outros, que podem tornar-se proporcionalmente muito elevados dependendo do tamanho da planta física. Ou seja, os custos de serviços de apoio à internação para um hospital de menos de 50 leitos podem ser iguais aos de unidades com 100 leitos;

---

<sup>69</sup> A economia de escala refere-se à forma de organização de uma empresa que permite ganhos no volume de produção ou nos custos quando ocorre o aumento da produção e o aumento dos custos são proporcionalmente menores, ou seja, ocorre uma produtividade maior com a máxima utilização dos fatores que interferem nessa produção. Consequentemente, pode-se produzir mais a custos menores (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2014).

<sup>70</sup> A economia de escopo ocorre quando existem ganhos de custos ao se produzirem dois ou mais produtos conjuntamente ao invés de produzi-los separadamente, devido à utilização de fatores como comuns de produção como, matéria prima, trabalhadores, entre outros (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2014).

- b) Produtividade do trabalho, relacionada à produção de volume adequado com as horas de trabalho empregadas, de modo que não haja ociosidade. No caso de hospitais é clássico o exemplo de plantões à distância que muitas vezes apresentam ociosidade devido ao tamanho pequeno do hospital, à sua demanda e à sua área de cobertura (municípios com pouca população);
- c) Especialização do processo de trabalho. Na medida em que determinado processo de trabalho é organizado de maneira ótima com as ações e atividades claramente definidas, bem como com a distribuição adequada de responsabilidades entre os trabalhadores, pode ocorrer produtividade ótima, ou mesmo ganhos de produção, com os recursos empregados. No caso da saúde esta especialização também pode ser na qualidade, na medida em que equipes especializadas produzem um volume de serviços que permita avaliar e adequar os processos de trabalho, minimizando os riscos para os usuários.

Algumas destas questões elencadas sobre economia de escala e escopo acabam se refletindo no financiamento do SUS na medida em que os municípios podem apresentar gastos em saúde com uma baixa eficiência, ou seja, altos gastos e baixa produção de serviços por não observarem os ganhos de economia de escala e escopo que podem atingir (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2014).

Além disso, percebe-se que a eficiência de escala não se relaciona apenas aos custos hospitalares, mas está associada à qualidade dos serviços prestados. Os serviços de maior escala apresentam menores custos e maior qualidade de atenção. Estudos brasileiros já sinalizam que o risco relativo de uma criança evoluir ao óbito após um parto realizado em hospitais de pequeno porte é muito maior que aquele realizado em hospitais que fazem um grande número desses procedimentos (CRUZ, 2016).

Dado que os hospitais de pequeno porte não conseguem atingir pontos ótimos nas curvas de economia de escala, a justificativa de sua existência, segundo Posnett (1999 apud CORRÊA, 2009) é o acesso. Pequenos hospitais se justificam em localidades remotas e de difícil acesso a centros maiores, para execução de ações de pequena complexidade, mas não categoricamente para realização de atenção básica, e para as ações relacionadas a atenção de urgência/emergência e



materno-infantil. Em relação a atenção ao parto e puerpério de baixo risco, também seria contemplada a sua importância simbólica para a comunidade em que este hospital encontra-se inserido.

Portanto, segundo Mendes (2011), economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

A despeito desse quadro de realidade, a proposta de reestruturação da saúde elaborada pelo Governo era justificada com base na carência de leitos hospitalares no estado. Segundo Murad, em julho de 2009, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde indicava que o Maranhão dispunha de, apenas, 971 leitos (MARANHÃO, 2013). Porém, o Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS apontava um diagnóstico situacional dos leitos cadastrados no CNES bem diferente (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b).

Pelos dados disponíveis no referido Caderno, existia, sim, um déficit de leitos no estado, mas tão-somente para as UTIs neonatais que contavam, em 2010, com 112 (cento e doze) leitos disponíveis ao SUS, quando seriam necessários 502 (quinhentos e dois) para cobrir a necessidade da população. Na distribuição geral dos leitos, o Maranhão possuía 15.260 (quinze mil, duzentos e sessenta) leitos cadastrados, dos quais 13.248 (86,8%) estavam disponíveis ao SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b).

Também a reestruturação da saúde com a construção de hospitais no interior do estado foi justificada e defendida pelo subsecretário de estado de saúde do governo de Roseana Sarney, José Márcio Leite. O argumento era que, em 2009, existia um verdadeiro bloqueio na continuidade do atendimento feito na atenção primária ou básica. Isto significava que quando o usuário precisava fazer exames de apoio diagnóstico, consultas especializadas ou internações clínico-cirúrgicas, não encontrava esses serviços disponíveis na rede para confirmação diagnóstica e

continuidade do seu tratamento. Tal fato, denotava ausência de serviços de média e alta complexidade e não garantia da integralidade da atenção à saúde.

Rosa (2014) enfatiza é que quanto menor o porte do hospital, menores são as suas taxas de ocupação chegando ao patamar de 22% nos hospitais com menos de 50 (cinquenta) leitos, com baixa resolutividade, com resultados não satisfatórios na relação baixo custo-efetividade. Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004 recomenda que a taxa de ocupação para os Hospitais de Pequeno Porte deve tomar como parâmetro um percentual de 80% (BRASIL, 2004b).

Um aspecto que parece de grande relevância na tomada de decisão para a configuração do Programa foi a questão do valor simbólico dos hospitais em razão do impacto político-partidário que podem representar.

De fato, os interesses político-partidários têm se assentado, historicamente no país, e na particularidade do Maranhão, em tipos particulares de relacionamentos desenvolvidos entre Estado e sociedade que Nunes (2003) denomina de gramáticas políticas. A mais remota dessas linguagens é o clientelismo que se assenta em redes personalistas e se revela pela ideia de que o exercício do poder público é um favor que deve retornar em forma de votos dos eleitores, fortalecendo redes de representação política que são avessas ao que se denomina Estado Democrático de Direito. É um importante contraponto à linguagem que orienta o SUS, o universalismo de procedimentos que se pauta em modelo universal de atendimento com base no critério da necessidade<sup>71</sup>.

Nesse sentido, na medida em que a construção de hospitais representou para os municípios a medida do apreço e do cuidado por parte do Governo aos cidadãos locais, como sugere o discurso de Leite (2015), no trecho abaixo, é possível que também tenha ajudado a eleger representantes situados, tanto no Executivo como no Legislativo.

[...] as populações quase não tinham acesso a consultas, exames clínicos e internações básicas e as gestantes, por exemplo, desejavam dar à luz nos locais onde moram e trabalham, e ao lado de seus familiares, as crianças portadoras de Infecções Respiratórias Agudas precisavam do tratamento adequado, assim como os idosos portadores de Doenças Crônicas. (LEITE, 2015, não paginado).

---

<sup>71</sup> As outras gramáticas referidas por Nunes (2003) são o corporativismo que se pauta na criação de solidariedade social mediante organização no âmbito do trabalho e o insulamento burocrático que objetiva proteger o núcleo técnico do governo da participação da sociedade.

É sugestivo, nesse sentido, o próprio lema cunhado pelos implementadores desse programa, “O Governo do Maranhão cuidou de construir hospitais por meio do Programa Saúde é Vida”.

Na análise aqui desenvolvida, porém, o cuidado com a saúde deve ser entendido na perspectiva defendida pelo SUS, como uma relação que comporta integralidade da atenção (SILVA, S. et al., 2013).

Segundo Antunes e Guedes (2010, p. 26), cuidar abrange a garantia de atendimento a necessidades e problemas de saúde que fluem como demandas para o interior do Estado. Nesse caso, os profissionais devem considerar o usuário como “sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido”.

Nesse sentido, a atenção hospitalar deve superar sua representação simbólica e os interesses político-partidários. Concorda-se com Rosa (2014) quando afirma que a criação de hospitais e ampliação de leitos seja precedida de estudo sobre o perfil epidemiológico regional e da efetiva necessidade de cada estabelecimento hospitalar nas RASs. Como tal encaminhamento não parece ter sido feito, foram construídos vários hospitais de pequeno porte, de vinte leitos espalhados no território do Maranhão, sem o critério da regionalização e planejamento.

O cenário delineado nessa tese composto por população crescente em números de habitantes, presença de dados que indicam pobreza estrutural, mortalidade e morbidade evitáveis aponta a necessidade de estabelecer políticas voltadas, principalmente, para promoção da saúde e prevenção de doenças, com atenção básica estruturada e fortalecida que consiga atuar nas comunidades, evitando-se as complicações das doenças crônicas, conforme aponta a Organização Pan-Americana da Saúde (2016).

Os elementos expostos, indicam, portanto, que no processo de reestruturação da saúde pública no Estado do Maranhão empreendido pelo Governo Roseana Sarney, no período 2009-2014, não houve preocupação em planejar as ações considerando a relação custo x benefício e nem atender ao conjunto de normativas que conformam o SUS: parâmetros de regionalização e de integralidade das ações; demandas efetivas de atendimento da população; participação social; organização das redes de atenção à saúde.

Entende-se, assim, que a principal motivação dos gestores era de cunho político-partidário assentada no atendimento do elemento simbólico apresentado em forma de satisfação da população dos municípios incorporados pelo Programa.

Pode-se compreender tal satisfação quando os dados apontam que, o Maranhão é um dos estados brasileiros com maior Índice de exclusão social (IES) (0,46), com a quase totalidade dos municípios em situação de pobreza, 80,6%; das cidades brasileiras com menor IDHM, 06 (seis) estão no Maranhão, além de o estado possuir o segundo pior IDH do país: 0,639, ficando à frente somente do estado de Alagoas (GUERRA; POCHMANN; SILVA, 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2015). Entende-se, porém, que aos gestores cabe a responsabilidade de formular programas e planejar ações que comportem uma adequada distribuição de recursos do Fundo Público, construindo alternativas mais republicanas e menos clientelistas.

Como se vê, as necessidades de saúde da população maranhense ultrapassam o nível de acesso aos serviços e tratamentos médicos hospitalares diante desse cenário exposto de vulnerabilidades sociais. Portanto, mais que acesso a serviços de média e alta complexidade é necessário apreender essa necessidade na concepção ampliada de saúde assumida na Constituição de 1988, pautada na incorporação de ações de promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1988; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares; dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, a educação, o acesso à água potável e saudável e principalmente aos cuidados primários de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

## **5 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE É VIDA**

Esta seção permite conhecer o processo de implementação do “Programa Saúde é Vida” em três municípios maranhenses: Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues, em termos de expansão da rede assistencial na média e alta complexidade e da melhoria da assistência qualificada dos serviços de saúde.

Como previsto na proposta metodológica, as dimensões foram apresentadas a partir dos dados secundários pesquisados nas fontes estatísticas oficiais, nas informações obtidas nas visitas técnicas, na observação do contexto local dos municípios e hospitais visitados; e mediante as informações coletadas nas entrevistas realizadas com os usuários, profissionais da saúde e gestores.

Na primeira dimensão avaliada: expansão da rede assistencial na média e alta complexidade, mostra-se a avaliação da capacidade instalada das unidades hospitalares dos respectivos municípios.

Na segunda dimensão sobre a assistência qualificada dos serviços de saúde de média e alta complexidade prestados no Hospital Regional de Morros, Hospital Macrorregional de Coroatá e Hospital de Lago dos Rodrigues, apresenta-se os resultados segundo a percepção dos usuários, gestores e profissionais da saúde. Foram realizadas 91 (noventa e um) entrevistas de acordo com os critérios de inclusão previstos na metodologia.

A partir da leitura das respostas dos usuários, gestores e profissionais da saúde, foram identificados alguns eixos de análises centrais que permearam os conteúdos transcritos da pesquisa de campo, e que estão imbricados com as categorias deste estudo que são: Estado, Políticas Públicas, Sistemas de Saúde e Hospital.

Os eixos de análise foram definidos após a pesquisa de campo, pelo fato de representarem o resultado da análise total dos textos, síntese e recorte das falas de acordo com a dimensão avaliada contida na matriz analítica, que culminou nos seguintes núcleos de sentido: barreiras de acesso, presença das organizações sociais e organizações da sociedade civil na gestão dos hospitais, recursos financeiros em saúde, estrutura física adequada, presença de recursos humanos e equipamentos, humanização do atendimento, integralidade da equipe, integralidade

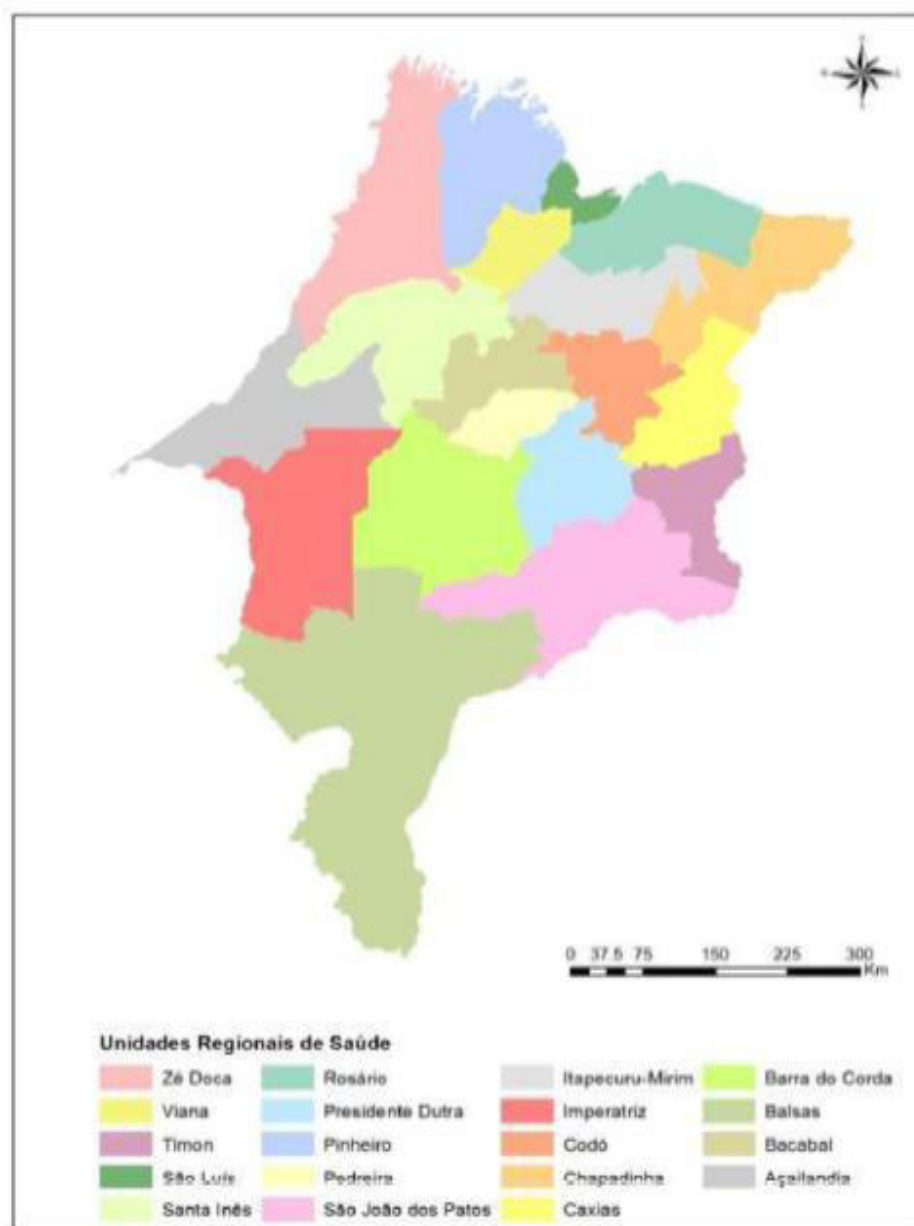
do cuidado, atenção básica eficiente, participação popular, valorização do trabalho profissional e o próprio “Programa Saúde é Vida”. Assim, construiu-se duas categorias de análise do material empírico das falas: o acesso aos serviços de média e alta complexidade e a organização da rede de atenção à saúde, as quais serão expostas e avaliadas a seguir.

### **5.1 Localização dos Municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues no processo de regionalização e segundo suas localizações geográficas**

No tocante ao processo de regionalização da saúde do Estado do Maranhão, conforme a Resolução da CIB Maranhão nº 44/2011 de 16 de junho de 2011, aprovou-se a constituição da regionalização no Estado do Maranhão em 19 (dezenove) regiões de saúde e 08 (oito) macrorregiões (MARANHÃO, 2011).

As Unidades Regionais de Saúde estão nomeadas em Macrorregionais e Regionais. As Macrorregionais são as seguintes: São Luís, Caxias, Pinheiro, Imperatriz, Presidente Dutra, Coroatá, Santa Inês e Balsas. Enquanto, as regionais de saúde são identificadas como: São Luís, Açailândia, Bacabal, Caxias, Barra do Corda, Balsas, Chapadinha, Codó, Imperatriz, Itapecuru-Mirim, Pedreiras, Pinheiro, Presidente Dutra, Rosário, Santa Inês, Viana, Timon, São João dos Patos e Zé Doca (MARANHÃO, 2011). De acordo com a figura 1, a seguir demonstrada:

Figura 1 - Mapa das Unidades Regionais de Saúde do Estado do Maranhão



Fonte: Guarda, Coimbra e Nunes (2017)

O município de Morros encontra-se localizado na Microrregião de Rosário e Mesorregião do norte maranhense, tendo como municípios limítrofes: Rosário, Cachoeira Grande, Humberto de Campos, Presidente Juscelino, e Icatu. A distância de Morros até a cidade de São Luís é de uma hora e quarenta e sete minutos (1h 47min), totalizando 97,5 KM, via BR-402 e BR-135, segundo informações do Google Mapas (2017a). De acordo com a figura 2, a seguir demonstrada:

Figura 2 - Localização Geográfica do Município de Morros – MA



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013a)

Outro município pesquisado, Coroatá, encontra-se localizado na microrregião de Codó e mesorregião do leste maranhense, tendo como municípios limítrofes: Timbiras, Codó, Peritoró, Alto Alegre do Maranhão, Matões do Norte, Pirapemas e Vargem Grande. A distância de Coroatá até a cidade de São Luís é de três horas e quarenta e cinco minutos (3h 45min), totalizando 247,0 Km, via BR-222 e BR-135 (figura 3) (GOOGLE MAPAS, 2017b).

Figura 3 - Localização Geográfica do Município de Coroatá – MA



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013b)

Por último, o município de Lago dos Rodrigues encontra-se localizado na microrregião do Médio Mearim e mesorregião do Centro Maranhense, tendo como municípios limítrofes: Igarapé Grande, Lago do Junco e Poção de Pedras. A distância de Lago dos Rodrigues até a cidade de São Luís é de cinco horas e vinte e



sete minutos (5h 27min), totalizando 314,0 Km, via BR-135 (figura 4) (GOOGLE MAPAS, 2017c).

Portanto, é interessante registrar que se tratam de localizações distintas, um município mais ao norte, outro mais a leste e outro mais localizado centralmente no Estado do Maranhão, essas diferentes localizações geográficas foram importantes para as análises do processo de regionalização da saúde e para o entendimento dos fluxos de encaminhamentos dos usuários para o município principal; que é a cidade de São Luís ou para outros municípios de referência para atendimentos de saúde mais complexos.

Figura 4 - Localização Geográfica do Município de Lago dos Rodrigues – MA



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013c)

## 5.2 Características socioeconômicas, demográficas e de saúde selecionadas dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues

Esta subseção permite a visualização do contexto geral socioeconômico, demográfico e de saúde, destacando o quadro de exclusão e a vulnerabilidade social dos três municípios pesquisados. Na tabela 1 estão apresentadas algumas características socioeconômicas, demográficas e de saúde selecionadas dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues.

Embora alguns aspectos tratados na tabela 1 referentes aos municípios sejam mais evidentes, ressalta-se que as características socioeconômicas, demográficas e de saúde estão imbricadas e exprimem elementos importantes de acesso a bens e serviços básicos para o bem-estar da população.

Pela tabela 1, percebe-se que as características dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues apontam de modo geral para indicadores sociais baixos com destaques para percentuais de pobreza; taxas de analfabetismos e taxa de acesso aos serviços de saneamento básico.

Conforme a tabela 1, em todos os municípios estudados parte da população vive com rendimento nominal mensal per capita de até 1 salário e meio mínimo ou um pouco mais, porém não ultrapassando dois salários. Metade ou mais da metade da população vive com um rendimento de até meio salário mínimo mensal, caracterizando uma situação de pobreza absoluta<sup>72</sup>. No município de Morros, a taxa de pobreza registrada foi de 58,5% e salário médio mensal de 1,7 salários; seguido de Coroatá com 53,3% de taxa de pobreza e salário médio mensal de 1,8 salários; por último o município de Lago dos Rodrigues com taxa de pobreza de 50,1% e salário médio mensal de 1,2 salários.

Tabela 1 - Características Socioeconômicas, Demográficas e de Saúde selecionadas dos Municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues. São Luís, 2017

(continua)

| INDICADORES  | MORROS        | COROATÁ       | LAGO DOS RODRIGUES |
|--|---------------|---------------|--------------------|
| Índice de Desenvolvimento Humano (2010)                                  | 0,548 IDHM    | 0,576 IDHM    | 0,602 IDHM         |
| Índice de exclusão social (2010)   | 0,348         | 0,381         | 0,459              |
| Índice de Gini (2010)  | 0,58          | 0,58          | 0,47               |
| População total (estimativa 2017)  | 19, 282 hab   | 64.403 hab    | 8.664 hab          |
| População Total (Censo 2010)   | 17.783 hab    | 61.725 hab    | 7.794 hab          |
| População Urbana (Censo 2010)  | 37,8%         | 69,8%         | 62,2%              |
| População Rural (Censo 2010)   | 62,2%         | 30,2%         | 37,8%              |
| Taxa de Analfabetismo * (Censo 2010)                                     | 29,8%         | 32,2%         | 30,1%              |
| Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2015) - Salários mínimos | 1,7 salários  | 1,8 salários  | 1,2 salários       |
| PIB per capita (2014)  | 5. 185,75 R\$ | 5. 523,58 R\$ | 6.855,09R\$        |
| Taxa de pobreza* *(2010)   | 58,5%         | 53, 3%        | 50,1%              |

<sup>72</sup> Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010) destaca a pobreza absoluta (rendimento médio domiciliar per capita de até meio salário mínimo mensal) da pobreza extrema (rendimento médio domiciliar per capita de até um quarto de salário mínimo mensal) por região e por estado no Brasil.

Tabela 1 - Características Socioeconômicas, Demográficas e de Saúde selecionadas dos Municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues. São Luís, 2017

(conclusão)

| INDICADORES  | MORROS       | COROATÁ     | LAGO DOS RODRIGUES |
|--|--------------|-------------|--------------------|
| Esgotamento sanitário adequado (2010)                            | 2,7%         | 19,4%       | 0,9%               |
| Taxa de Mortalidade Infantil ***                                 | 22,9 /1000NV | 17,1/1000NV | 21,7%/1000NV       |
| Mortalidade Infantil: ano de 2010                                | 14,5/1000NV  | 9,3%/1000NV | 7,6%/1000NV        |
| Mortalidade Infantil: ano de 2014                                |              |             |                    |
| Coberturas das Equipes de Saúde da Família - Cobertura ano: 2010 | 100%         | 88,79%      | 100%               |
| Cobertura ano: 2014  | 100%         | 86,21%      | 100%               |

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), DATASUS

\* Da população municipal de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever.

\*\*\* Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo.

\*\*Óbitos por 1000 nascidos vivos.

Esses dados relacionados às taxas de pobreza nos municípios estudados corroboram com estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) que mostram que o Maranhão configura como um dos estados mais pobres da Federação.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010), em 2008, Alagoas foi o Estado que registrou a maior taxa de pobreza absoluta (56,6%), seguido do Maranhão (55,9%) e Piauí (52,9%). Ainda, no ano de 2008, a análise também mostrou taxas significativas para a pobreza extrema, sendo que Alagoas foi o estado da federação com a maior taxa de pobreza extrema (32,3%), seguido do Maranhão (27,2%) e do Piauí (26,1%).

Em 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) analisando a população em condições de pobreza extrema encontrou uma tendência semelhante do estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; reafirmando que os estados que concentram as maiores proporções de pessoas que vivem com até ¼ (um quarto) de salário mínimo per capita são os estados: Maranhão (23,6%), Alagoas (21,5%) e Acre (18,0%).

Esse comportamento reflete, em larga medida, as históricas desigualdades regionais produzidas ao longo do processo de desenvolvimento

brasileiro, tanto em termos de condições de vida quanto de crescimento econômico no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Estudo recente publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017c) mostra as históricas desigualdades regionais, pois, as Unidades da Federação e capitais das regiões Norte e Nordeste despontam, com os maiores valores no Maranhão (52,4%), Amazonas (49,2%) e Alagoas (47,4%). Em todos os casos, a pobreza tem maior incidência nos domicílios do interior dos estados do que nas capitais o que está alinhado com a realidade global, onde a pobreza está 80% concentrada em áreas rurais.

Com relação à realidade educacional brasileira, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016b), houve uma evolução da taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais idade, reduzindo a proporção de pessoas que não sabiam ler nem escrever de 11,1%, em 2005 para 8,0% em 2015, no entanto, nos municípios estudados verifica-se que a população tem acentuada taxa de analfabetismo. Segundo o censo de 2010, os municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues apresentaram taxas de analfabetismo respectivamente de: 29,8%; 32,2%; e 30,1%, portanto, bem acima da média brasileira que é de 8,0%.

No município de Lago Rodrigues, valor extremo foi o encontrado para o esgotamento sanitário adequado com apenas 0,9% da população vivendo em condições favoráveis nesse item avaliado. Nos outros municípios, em Morros e Coroatá foram encontrados valores respectivamente de 2,7% e 19,4%.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (2015), um domicílio dispõe de saneamento adequado quando ele tem acesso a soluções sanitárias adequadas tanto para o abastecimento de água como para o esgotamento e manejo do lixo. A ausência de soluções para qualquer uma dessas questões representa um fator de risco à saúde dos moradores.

Particularmente, no quesito presença de banheiro ou sanitário de uso exclusivo dos moradores, existia em 2015, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), 1,6 milhão de domicílios particulares permanentes brasileiros sem banheiro ou sanitário de uso exclusivo, concentrados, principalmente nos estados do Maranhão (334 mil); da Bahia (192 mil), do Pará (148 mil); do Ceará (128 mil); do Piauí (122 mil) e de Pernambuco (117mil) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016a).

De acordo com o Censo de 2010, Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues tinham respectivamente 17.783; 61.725 e 7.794 habitantes, e em 2017, a população estimada para esses municípios encontrada é na ordem de: 19.282; 64.403 e 8.664 habitantes, portanto, caracterizando-os como município de pequeno porte<sup>73</sup>, município de médio porte e município de pequeno porte 1 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b, 2010c; GRUPO DE AVALIAÇÃO E ESTUDO DA POBREZA E DE POLÍTICAS DIRECIONADAS À POBREZA, 2016).

Os dados estão em concordância com a análise sobre distribuição dos municípios maranhenses segundo o porte, realizada pelo Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (GRUPO DE AVALIAÇÃO E ESTUDO DA POBREZA E DE POLÍTICAS DIRECIONADAS À POBREZA, 2016). O Grupo ainda enfatiza que o Maranhão possui 217 municípios, em sua maioria, de pequeno porte e de emancipação recente, sendo que 58,5% desses municípios são classificados como de Pequeno Porte 1; e 31,3% como Pequeno Porte 2, resultando em 195 municípios com uma população inferior a 50.000 habitantes. Apenas 6,0% dos municípios são de porte médio, correspondendo a 13 municípios maranhenses neste porte.

Segundo o Censo de 2010, no município de Morros verificou-se que a população foi predominantemente rural com taxa de 62,21%, e apenas 37,79% da população era urbana. Enquanto, o município de Coroatá conferiu-se que a população foi predominantemente urbana com taxa de 69,8%, e apenas 30,2% da população era rural. Por sua vez, no município de Lago dos Rodrigues apurou-se que a população foi predominantemente urbana com taxa de 62,2% e apenas 37,8% da população era rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento dos municípios estudados registrou valores de (0, 548) em Morros e de (0, 576) em Coroatá, que situa esses municípios na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo. O Índice de Exclusão Social (IES) para os mesmos municípios referidos encontrado foi de (0,348) para Morros, e de (0,381) para Coroatá, dessa forma evidenciando piores condições possíveis para

---

<sup>73</sup> O Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (2016) classifica os municípios maranhenses em: Pequeno Porte 1 (até 20.000 habitantes); Pequeno Porte 2 (20.000 até 50.000 habitantes); Porte Médio (de 40.001 até 100.000 habitantes); Grande Porte (de 100.001 até 900.000 habitantes) e Metrópole (maior que 900.000 habitantes).

o conjunto do sistema econômico e social. O Índice de Gini<sup>74</sup> apresentou valores iguais de (0,58) em Morros e Coroatá, evidenciando desigualdades de concentração de renda.

O município de Lago Rodrigues apresenta IDHM de (0,602), Índice de Exclusão Social de (0,459) e Índice de Gini de (0,47), o que configura uma situação mais positiva, entretanto conforme já exposto, 50,1% da população vive na pobreza absoluta, o que mostra que também há desigualdades de renda e problemas sociais.

O PIBper capita de um município é estimado pelo quociente entre o valor do PIB do município e a sua população residente. Considera-se que o PIB é a soma de todos os bens de um município. Quanto menor o PIB, portanto, menos desenvolvimento possui o município. Assim, tomando como parâmetro o ano de 2014, destaca-se que o PIB per capita dos 557 municípios de menor PIB per capita, isto é, os 10,0% dos menores municípios em relação ao PIB per capita, foi inferior a R\$ 6 032,75. Entre esses municípios, estavam 49,3% dos municípios do estado do Maranhão; 46,9%; do Piauí e 32,6% da Bahia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016c).

Considerando que os municípios maranhenses de Morros e Coroatá apresentaram um PIB inferior a R\$ 6032,75, então se pode afirmar que eles pertencem a essa situação de menor PIB per capita. O município de Lago Rodrigues mostra situação mais favorável, tendo em vista que o valor do PIB no ano de 2014 correspondeu a R\$ 6.955,09, provavelmente pelo município se destacar no agroextrativismo do babaçu, cana-de-açúcar e abacaxi, e na exportação do óleo de babaçu para outros países, segundo dados da pesquisa de campo realizada em 2017.

Nos anos analisados de 2010 e 2014, os municípios de Morros e Lago Rodrigues apresentaram uma cobertura de equipes de saúde da Família de 100%, e com relação à taxa de mortalidade infantil, neste indicador houve uma melhoria expressiva, considerando que no ano de 2010, os municípios respectivamente apresentavam taxas de 22,9 e 21,7 óbitos por 1000 nascidos vivos, e no ano de 2014 esta taxa diminuiu nestes municípios citados para 14,5 e 7,6 óbitos por 1000

---

<sup>74</sup> O Índice de Gini dos rendimentos é uma medida de desigualdade que vai de 0 a 1. Em “0”, todos tinham o mesmo rendimento, enquanto em “1”, apenas uma pessoa concentraria todos os rendimentos, o que representa a máxima desigualdade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016b).

nascidos vivos, o que mostra uma melhoria do acesso para a atenção à saúde da população infantil (tabela 1).

Dado o exposto, é possível indagar-se como Morros e Lago dos Rodrigues atingiram 100% de cobertura de equipes de saúde da Família estando abaixo do teto<sup>75</sup> estabelecido. Por exemplo, em Morros o teto é nove equipes, mas só existem oito equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde e nove implantadas, enquanto em Lago dos Rodrigues, o teto é de quatro equipes de saúde da família, mas só existem três credenciadas e três implantadas equipes no município (COIMBRA; SOEIRO; AMORIM, 2017).

O município de Coroatá apresentou evolução positiva no indicador relacionado à mortalidade infantil, tendo diminuído de 17,1 para 9,3 óbitos por 1000 nascidos vivos nos anos 2010 e 2014, contudo a cobertura de equipes de saúde da Família tem-se mostrado estável no município, sinalizando mais investimentos e melhorias nessa área (tabela 1).

### **5.3 Avaliação da capacidade instalada dos hospitais selecionados nos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues**

Avalia-se a capacidade instalada dos hospitais tomando como elementos principais: a estrutura física, os equipamentos médico-hospitalares, a composição dos recursos humanos, a oferta de procedimentos e os recursos financeiros disponíveis na assistência hospitalar dos municípios que comportam os hospitais pesquisados.

Nesta avaliação consideram-se como importantes requisitos: a própria condição de hospital de pequeno e médio porte que exige a presença de serviços de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente; durante 24 (vinte e quatro) horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e ou parto, bem como registros médicos e de enfermagem organizados para observação e acompanhamentos dos casos; e que os hospitais devem contribuir com o processo de regionalização e com a organização de redes de atenção à saúde, dessa forma garantindo a continuidade da atenção prestada na

---

<sup>75</sup> Refere-se ao número de equipes necessárias para o alcance de 100% da cobertura municipal da estratégia, ou seja, o teto para cada município (COIMBRA; SOEIRO; AMORIM, 2017).

atenção básica e média complexidade (BRASIL, 2004b; LÓPEZ, 2004; UGÁ; LÓPEZ, 2007).

A distribuição dos elementos presentes ou não presentes na estrutura física afeta diretamente o potencial de oferta de serviços na rede assistencial, assim como a garantia da utilização de todo o potencial da capacidade instalada nos serviços de saúde prestados a população dos municípios atendidos (LÓPEZ, 2004; UGÁ; LOPÉZ, 2007).

Conforme o encontrado na pesquisa de campo, registra-se que a sala cirúrgica está presente em todos os hospitais, incluindo também aqueles que só possuem vinte leitos, sendo que o Hospital Regional de Morros têm duas salas, o Hospital de Lago Rodrigues tem uma sala, e o Hospital Macrorregional de Coroatá têm quatro salas de cirurgia.

Segundo López (2004) e Ugá e López (2007), a sala cirúrgica é um tipo de estrutura que necessariamente, incorpora considerável capacidade instalada em equipamentos. Entretanto, quando se observam os principais procedimentos realizados nesses hospitais, existe uma grande predominância dos relacionados à clínica médica, consultas e exames, principalmente nos hospitais de pequeno porte, de vinte leitos.

Os dados sobre as salas de cirurgia corroboram com as pesquisas de López (2004) e Ugá e Lopez (2007) sobre os hospitais de pequeno porte, que confirmam que em média, há 1,5 salas por unidade, com maior concentração nos estabelecimentos que contam com 41 e 50 leitos.

A variação da estrutura física comporta que todos os hospitais estudados possuem sala de pré-parto, sala de nebulização, sala de curativo, sala de observação e consultórios médicos, estando em consonância com os registros encontrados no CNES do Ministério da Saúde.

Quanto ao número de leitos, os Hospitais de Morros e Lago dos Rodrigues possuem 20 (vinte) leitos distribuídos em leitos de internação clínica, cirúrgica, pediatria, obstetrícia e isolamento. O Hospital Macrorregional de Coroatá possui 78 (setenta e oito) leitos próprios destinados às internações clínicas, cirúrgicas, pediatria, obstetrícia, isolamento, de tratamento semi-intensivo e intensivo, excluídos aqui os 04 (quatro) leitos destinados a sala de recuperação pós-anestésica, e os 25 (vinte e cinco) leitos da ala nova destinada à ortopedia que no período da pesquisa de campo, não tinham ainda sido inaugurados.



Entretanto, menciona-se que efetivamente cadastrados no mapa de leitos do Hospital Macrorregional de Coroatá constam 107 (cento e sete) leitos divididos da seguinte forma: 11 (onze) leitos para clínica obstétrica; 10 (dez) para a clínica pediátrica; 08 (oito) leitos para a clínica médica; 06 (seis) leitos para a semi-intensiva; 06 (seis) para a clínica cirúrgica; 06 (seis) para a clínica ortopédica; 04 (quatro) para a clínica ortopédica; 13 (treze) para UTI neopediátrica; 13 (doze) para UTI adulto; 04 (quatro) para a sala de recuperação pós-anestésica e 25 (vinte e cinco) para a nova ala da ortopedia, segundo dados da pesquisa de campo, realizada em 2017.

Chama atenção o número de leitos do Hospital Macrorregional de Coroatá, no qual constatou-se uma estrutura bastante ampliada contrapondo os registros da Secretaria de Saúde do Estado que inseria esse hospital no Programa Saúde é Vida, como sendo um hospital de cinquenta leitos (MARANHÃO, 2013).

Os equipamentos médicos-hospitalares são importantes no setor de apoio e diagnósticos e em algumas terapias ou processos terapêuticos. Nos hospitais estudados os equipamentos mais frequentes foram: de Raio X simples, eletrocardiógrafo, desfibrilador, monitor de eletrocardiograma (ECG) e oxímetro de pulso.

Com relação aos equipamentos que não foram encontrados nos hospitais de Morros e Lago dos Rodrigues destacam-se: tomógrafo, aparelho de ultrassonografia, aparelho de endoscopia, ventilador mecânico e equipamento de hemodiálise. Esses equipamentos médico-hospitalares estão presentes apenas no Hospital Macrorregional de Coroatá.

Portanto, registra-se que no Hospital Macrorregional de Coroatá encontram-se disponíveis: 02 (dois) equipamentos de Raio X (01 (um) móvel e 01 (um) fixo), 02 (dois) aparelhos de hemodiálise, 01 (um) aparelho de tomografia, 01 (um) aparelho de ultrassonografia e 01 (um) de endoscopia, porém não dispõe ainda do aparelho de ressonância magnética, confirmando a tendência que o porte hospitalar que mais agrega tecnologia, em termos gerais, é o que possui mais leitos (LÓPEZ, 2004).

As presenças de equipamentos médico-hospitalares nos Hospitais de Morros e de Lago dos Rodrigues apontam para uma baixa densidade tecnológica e pode-se deduzir que as unidades são voltadas para ações de baixa complexidade nas clínicas básicas existentes como: médica, cirúrgica, obstétrica e pediatra.

Portando, essa observação é coerente com outros estudos sobre os hospitais de pequeno porte (LÓPEZ, 2004; UGÁ; LÓPEZ, 2007).

A falta de equipamentos médico-hospitalares observada nesses hospitais de pequeno porte em relação ao tomógrafo e outros como por exemplos: aparelho de ultrassonografia, aparelho de endoscopia, respirador (ventilador mecânico) e equipamento de hemodiálise compromete a resolubilidade dessas unidades e o seu papel estratégico que dele se espera na rede de serviços (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Os últimos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS) do IBGE, referentes ao ano de 2009, já apontavam que uma pequena parcela de equipamentos existentes no país estava disponibilizada para os atendimentos pelo SUS, responsável por atender a mais de 70% da população (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Isso ocorria desde os equipamentos mais simples, por métodos gráficos, como os eletrocardiógrafos, e assumia níveis preocupantes para equipamentos de tecnologia mais complexa, como ressonância magnética (30,1%), ultrassom Doppler colorido (27,8%) ou tomógrafos (37,9%) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Com relação à distribuição regional de equipamentos observa-se uma intensa desigualdade inter-regional na disponibilidade de equipamentos para oferecer atendimento à população. Enquanto, na região Sudeste existia 721 aparelhos de ressonância magnética, 12.667 ultrassonógrafos e 1.572 tomógrafos por 100 mil habitantes, na região Nordeste eram apenas 199 aparelhos de ressonância magnética, 6.319 ultrassonógrafos, e 521 tomógrafos por 100 mil habitantes (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Se considerar que a distribuição espacial da população nestas regiões e que o acesso se correlaciona à distância a ser percorrida para alcançar os equipamentos disponíveis; esse indicador reflete desigualdade ainda maior (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016).

Um item que merece muita atenção é o equipamento de hemodiálise destinado ao tratamento de pacientes com a Insuficiência Renal Crônica. No Hospital Macrorregional de Coroatá só existem duas máquinas de diálise.

Essa tendência da insuficiência desse equipamento de hemodiálise já tinha sido mostrada na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), que quanto aos equipamentos de

hemodiálise, somente 10,3% pertencem ao setor público, cabendo ao setor privado financiado pelo SUS a parcela de 83,3% desses equipamentos. Os estabelecimentos com internação possuem 32,8% desses equipamentos e a oferta nesses estabelecimentos no setor privado é três vezes maior que no setor público.

Em relação à distribuição de recursos humanos dos hospitais pesquisados, constatou-se que na equipe médica e de enfermagem no Hospital Regional de Morros foram encontrados os seguintes profissionais de saúde presentes: médicos nas especialidades clínica e cirúrgica, num total de 08 (oito) médicos, 05 (cinco) enfermeiros e 33 (trinta e três) técnicos de enfermagem. No Hospital de Lago dos Rodrigues foram encontrados 06 (seis) médicos nas especialidades clínica e cirúrgica, 06 (seis) enfermeiros e vinte 27 (vinte e sete) técnicos de enfermagem. O Hospital Macrorregional de Coroatá, por ser um hospital de médio porte agrega mais profissionais da saúde. Portanto, foram registrados os seguintes profissionais presentes no quadro da equipe: 97 (noventa e sete) médicos, 59 (cinquenta e nove) enfermeiros e 249 (duzentos e quarenta e nove) técnicos de enfermagem, segundo dados da pesquisa de campo, em 2017.

Pode-se dizer que, conforme o registro de profissionais encontrados no Hospital Regional de Morros e no Hospital de Lago dos Rodrigues, que o escopo de atuação desses hospitais é prestar atendimento nas quatro áreas de especialidades médicas consideradas básicas: médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria. Apesar de que nessas duas últimas especialidades não existem obstetras e pediatras, mas ainda assim são prestados esses tipos de atendimentos, sendo executados pelos médicos das especialidades clínicas e cirúrgicas. Importante mencionar que mesmo existindo procedimentos cirúrgicos nestes hospitais não há a presença do anestesista.

López (2004) quando analisou os hospitais de pequeno porte, constatou que a média de profissionais por estabelecimentos de saúde era cerca de 3,04 médicos clínicos gerais por estabelecimento, no universo dos hospitais pesquisados, e a maior concentração dessa categoria se encontrava nas unidades hospitalares entre 41 e 50 leitos. Portanto, confirmando a tendência encontrada sobre o deficit de profissionais da área de saúde nos hospitais pesquisados de Morros e Lago dos Rodrigues.

O Hospital macrorregional de Coroatá conta com 98 (noventa e oito) médicos distribuídos nas seguintes áreas: 08 (oito) neurocirurgiões; 05 (cinco) obstetras; 05 (cinco) clínicos; 05 (cinco) gastroenterologistas; 03 (três) nefrologistas; 01 (um) dermatologista; 08 (oito) pediatras, 05 (cinco) médicos intensivistas adultos; 05 (cinco) médicos intensivistas pediatras; 13 (treze) anestesistas; 12 (doze) cirurgiões gerais; 12 (doze) ortopedistas, 06 (seis) médicos radiologistas e 03 (três) médicos ultrassonografistas.

Um sistema de saúde não pode funcionar com déficit de recursos humanos. Para um sistema de saúde resolutivo, faz-se necessário ter pessoas qualificadas em diversas áreas. Sabe-se que para a organização da atenção à saúde e para busca da melhoria de acesso, o quanto é importante a presença das equipes multiprofissionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

Analisando-se a distribuição dos postos de trabalho médico por 1000 habitantes no ano de 2009, a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) registrou a seguinte situação: a região Sudeste se destacava como a de maior concentração destes recursos, com 4,3 postos de trabalhos por 1000 habitantes, contra 2,3 na região nordeste e 1,9 na região norte. A distribuição de postos de trabalho por 1000 habitantes nas regiões sul (3,4) e centro-oeste (3,1) acompanhou o alcançado no país que foi de 3,3. O Estado do Maranhão apresentou o pior resultado deste indicador no país com 1,3 posto médico por 1000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Conforme já assinalado anteriormente nesta pesquisa, o Estado do Maranhão, em 2013, tinha o menor número de médicos por habitantes do país, também, o menor número de médicos especialistas e registrava em 2010 menos de um enfermeiro por mil habitantes, ou seja, 0,9 enfermeiros por mil habitantes (SCHEFFER, 2013; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

Atualizando esses dados segundo a Pesquisa de Demografia Médica no Brasil, em 2015 havia registrado 5.396 médicos no Maranhão, com uma razão médico por 1000 habitantes de 0,79 médicos com apenas 49,7% de especialistas (SCHEFFER, 2015).

Segundo os dados mais recentes informados pelo Conselho Federal de Enfermagem (2017), no Maranhão são 12.338 enfermeiros e 33.378 técnicos de

enfermagem registrados com inscrições ativas no Conselho Regional de Enfermagem. Considerando que a população estimada no Maranhão, em 2017, era de 7.000.229 habitantes, ainda carece profissionais na área de enfermagem para a prestação de cuidados na rede de saúde do Estado. Observa-se, ainda, que o quantitativo de enfermeiros não acompanha na mesma proporção o aumento crescente do quantitativo da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a).

Prevê-se um aumento da demanda por cuidados continuados devido a diversos fatores, tais como: envelhecimento da população; mudança do perfil epidemiológico, com ampliação da participação das doenças crônicas; e alteração do perfil nutricional, com aumento dos casos de obesidade. Assim a atenção à saúde quer seja na atenção básica ou hospitalar exigirá a atuação de mais profissionais da saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

A Tabela 2 mostra os principais procedimentos hospitalares do SUS dos municípios de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues por internação, no período de 2010 a 2014, período de vigência do Programa Saúde é Vida, considerando o ano de início do funcionamento dos hospitais em cada localidade.

Os hospitais são os únicos nos atendimentos desses municípios, portanto esses dados extraídos do Sistema de Informática do SUS (DATASUS) expressam a demanda dos procedimentos realizados neste período.

O Hospital Regional de Morros foi inaugurado no dia 15 de setembro de 2011; o Hospital Macrorregional de Coroatá foi reinaugurado no dia 21 de agosto de 2012. Destaca-se que os dados apresentados são a partir dos anos de inauguração dos referidos hospitais.

O primeiro hospital inaugurado pelo Programa Saúde é Vida é o de Lago dos Rodrigues, em dia 23 de junho de 2010, e os dados expostos são a partir desse ano.

Tabela 2 - Procedimentos Hospitalares do SUS dos Municípios do Estado do Maranhão: Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues por internação, 2010 a 2014. São Luís, 2017

(continua)

| PROCEDIMENTOS/<br>ANOS/<br>MUNICÍPIOS            | 2010 | 2011<br>n (%) | 2012<br>n (%) | 2013<br>n (%) | 2014<br>n (%) | TOTAL                |
|--|------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|
| <b>MORROS</b>                                    |      |               |               |               |               |                      |
| Tratamentos clínicos                             | -    | 189 (69,0)    | 1.460 (65,3)  | 1.031 (51,2)  | 351 (24,8)    | 3.031 (51,0)         |
| Tratamentos de causas externas                   | -    | 1 (0,4)       | 7 (0,3)       | 0,0           | 0,0           | 8 (0,1)              |
| Parto e Nascimento                               | -    | 63 (23,0)     | 388 (17,4)    | 535 (26,6)    | 553 (39,1)    | 1539 (25,9)          |
| Cirurgia   | -    | 0,0           | 1 (0,0)       | 0,0           | 0,0           | 1 (0,0)              |
| Osteomuscular                                    | -    | 0,0           | 1 (0,0)       | 0,0           | 0,0           | 1 (0,0)              |
| Cirurgia do aparelho geniturinário               | -    | 0,0           | 79 (3,5)      | 151 (7,5)     | 198 (14,0)    | 428 (7,2)            |
| Cirurgia do aparelho digestivo                   | -    | -             | 142 (6,4)     | 127 (6,3)     | 116 (8,1)     | 385 (6,5)            |
| Cirurgia de Mama                                 | -    | 0,0           | 3 (0,1)       | 3 (0,1)       | 4 (0,3)       | 10 (0,2)             |
| Cirurgia Obstétrica                              | -    | 19 (6,9)      | 123 (5,5)     | 162 (8,0)     | 194 (13,7)    | 498 (8,4)            |
| Cirurgia Torácica                                | -    | 2 (0,7)       | 4 (0,2)       | 4 (0,2)       | 0,0           | 10 (0,2)             |
| Outras cirurgias                                 | -    | 0,0           | 29 (1,3)      | 1 (0,1)       | 0,0           | 30 (0,5)             |
| <b>TOTAL</b>                                     | -    | 274 (100,0)   | 2.236 (100,0) | 2.014 (100,0) | 1416 (100,0)  | <b>5.913 (100,0)</b> |
| <b>COROATÁ</b>                                   |      |               |               |               |               |                      |
| Tratamentos clínicos                             | -    | -             | 421 (34,3)    | 740 (21,8)    | 919 (25,7)    | 2.080 (25,4)         |
| Tratamentos de causas externas                   | -    | -             | 27 (2,2)      | 20 (0,6)      | 68 (1,9)      | 115 (1,4)            |
| Parto e Nascimento                               | -    | -             | 384 (31,2)    | 853 (25,1)    | 716 (20,0)    | 1.953 (23,8)         |
| Cirurgia   | -    | -             | 52 (4,2)      | 427 (12,6)    | 538 (15,0)    | 1.017 (12,4)         |
| Osteomuscular                                    | -    | -             | 52 (4,2)      | 427 (12,6)    | 538 (15,0)    | 1.017 (12,4)         |
| Cirurgia do aparelho geniturinário               | -    | -             | 58 (4,7)      | 262 (7,7)     | 256 (7,2)     | 576 (7,0)            |
| Cirurgia do aparelho digestivo                   | -    | -             | 101 (8,2)     | 506 (14,9)    | 434 (12,1)    | 1.041 (12,7)         |
| Cirurgia de Mama                                 | -    | -             | 1 (0,1)       | 16 (0,5)      | 16 (0,4)      | 33 (0,4)             |
| Cirurgia Obstétrica                              | -    | -             | 164 (13,3)    | 266 (7,8)     | 280 (7,8)     | 710 (8,7)            |
| Cirurgia Torácica                                | -    | -             | 5 (0,4)       | 44 (1,3)      | 36 (1,0)      | 85 (1,0)             |
| Cirurgia do sistema nervoso central e periférico | -    | -             | 4 (0,3)       | 75 (2,2)      | 79 (2,2)      | 158 (1,9)            |

Tabela 2 - Procedimentos Hospitalares do SUS dos Municípios do Estado do Maranhão: Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues por internação, 2010 a 2014. São Luís, 2017

(conclusão)

| PROCEDIMENTOS/<br>ANOS/<br>MUNICÍPIOS    | 2010        | 2011<br>n (%) | 2012<br>n (%) | 2013<br>n (%) | 2014<br>n (%) | TOTAL                |
|--|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|
| Cirurgia da face, da cabeça e do pescoço | -           | -             | 5 (0,4)       | 29 (0,9)      | 37 (1,0)      | 71 (0,9)             |
| Outras cirurgias                         | -           | -             | 8 (0,7)       | 157 (4,6)     | 197 (5,5)     | 362 (4,4)            |
| <b>TOTAL</b>                             |             |               | 1230 (100,0)  | 3395 (100,0)  | 3576 (100,0)  | <b>8.201 (100,0)</b> |
| <b>LAGO DOS RODRIGUES</b>                |             |               |               |               |               |                      |
| Tratamentos clínicos                     | 316 (94,9)  | 680 (88,5)    | 706 (80,3)    | 909 (84,6)    | 470 (87,2)    | 3.081 (85,7)         |
| Tratamentos de causas externas           | 0,0         | 0,0           | 0,0           | 0,0           | 4 (0,7)       | 4 (0,1)              |
| Parto e Nascimento                       | 17 (5,1)    | 87 (11,3)     | 123 (14,0)    | 119 (11,1)    | 63 (11,7)     | 409 (11,4)           |
| Cirurgia do aparelho geniturinário       | 0,0         | 0,0           | 14 (1,6)      | 7 (0,7)       | 0,0           | 21 (0,6)             |
| Cirurgia do aparelho digestivo           | 0,0         | 0,0           | 23 (2,6)      | 12 (1,1)      | 0,0           | 35 (1,0)             |
| Cirurgia de Mama                         | 0,0         | 1 (0,1)       | 0,0           | 0,0           | 0,0           | 1 (0,0)              |
| Cirurgia Obstétrica                      | 0,0         | 1 (0,1)       | 13 (1,5)      | 27 (2,5)      | 2 (0,4)       | 43 (1,2)             |
| <b>TOTAL</b>                             | 333 (100,0) | 769 (100,0)   | 879 (100,0)   | 1074 (100,0)  | 539 (100,0)   | <b>3.594 (100,0)</b> |

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Segundo dados do DATASUS do Ministério da Saúde, extraídos do Sistema de Informações Hospitalares, o Estado do Maranhão realizou, no período de 2010 a 2014, um total de 17.708 procedimentos, somando os três municípios sendo agrupados em tratamentos clínicos e cirúrgicos.

A produção informada de internações hospitalares no município de Morros e Lago dos Rodrigues define essas unidades como de baixa complexidade, com características predominantes de atendimento clínicos, realização de partos e cirurgias obstétricas. Esses dados encontrados são similares com outros estudos (LÓPEZ, 2004; UGÁ; LOPEZ, 2007). Contudo, observa-se que no contexto geral nos três municípios predominam os atendimentos clínicos e os partos.

Confome a Tabela 2, e considerando o percentual total dos anos avaliados, em Lago dos Rodrigues registrou-se baixo percentual de procedimentos

cirúrgicos com 0,6% para cirurgias geniturinárias e 1,0% para cirurgias digestivas. Provavelmente esse resultado está relacionado com o fato de o cirurgião geral encontrar-se no município uma vez por semana, de acordo com a pesquisa de campo realizada, em 2017. No Município de Morros encontraram-se percentuais totais para os anos avaliados com valores maiores para essas cirurgias, com 7,2% para cirurgias geniturinárias e 6,5% para cirurgias digestivas.

De acordo com Tabela 2 obteve-se que a produção de cirurgias no Hospital Macrorregional de Coroatá, conforme o percentual total dos anos avaliados, apresentou percentuais mais significativos para as cirurgias: osteomuscular (12,4%); aparelho digestivo (12,7%); obstétrica (8,7%) e aparelho geniturinário (7,0%).

Um dado que chama atenção na Tabela 2 é o baixo percentual encontrado nos três municípios para o tratamento de causas externas, ou seja, para os acidentes e os casos de violência; nos anos avaliados, com percentual total de 0,1% em Morros e Lago dos Rodrigues, e 1,4% e em Coroatá. Nos hospitais de pequeno porte é plausível esses resultados encontrados, uma vez que a maioria dos casos de acidentes e traumas graves são transferidos para São Luís, e para outros municípios, como Peritoró, Presidente Dutra e Bacabal.

No município de Coroatá esse dado é contraditório, considerando o grande número de acidentes de motos e a cultura local do não uso do capacete, e principalmente pelo fato de o hospital contar com um serviço de neurocirurgia e ortopedia funcionando, conforme pesquisa de campo, em 2017, o que pode-se supor que o baixo percentual de tratamento de causas externas (1,4%) encontrado neste estudo está relacionado com a subnotificação dos registros no sistema do DATASUS.

A alocação e disponibilidade de recursos financeiros destinados à saúde, em cada município, são, indubitavelmente, fatores cruciais para a efetiva operacionalização do Sistema de Saúde, e particularmente com relação ao Programa Saúde é Vida, é importante identificar o montante destinado a esta assistência ambulatorial e hospitalar, ou seja, o quanto de investimentos centrou a atenção de média e alta complexidade naquele momento de vigência do programa.

Na tabela 3 são apresentados alguns indicadores selecionados para esboçar o perfil de receitas e gastos em saúde dos municípios pesquisados de Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues.



Tabela 3 - Demonstração dos Recursos com indicadores selecionados para o financiamento da Saúde dos Municípios do Estado do Maranhão – Morros, Coroatá e Lago dos Rodrigues, 2010 a 2014. São Luís, 2017

| INDICADORES/MUNICÍPIOS                               | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Média TOTAL |
|--|------|------|------|------|------|-------------|
| <b>MORROS</b>  |      |      |      |      |      |             |
| % Transferências intergovernamentais líquidas        | -    | 96,8 | 93,9 | 94,7 | 92,2 | 94,4        |
| % das Transferências da União para o SUS             | -    | 23,4 | 23,7 | 22,7 | 24,7 | 23,6        |
| % Transferências do SUS com a despesa total de saúde | -    | 55,1 | 54,1 | 60,6 | 54,1 | 55,9        |
| % Recursos próprios em saúde – EC 29                 | -    | 17,3 | 20,8 | 19,7 | 22,1 | 19,7        |
| % para atenção básica                                | -    | ***  | ***  | 90,7 | 69,7 | 80,2        |
| % para assistência hospitalar                        | -    | ***  | ***  | 5,3  | 21,1 | 13,2        |
| <b>COROATÁ</b>                                       |      |      |      |      |      |             |
| % Transferências intergovernamentais líquidas        | -    | -    | 97,3 | 97,7 | 87,9 | 94,3        |
| % das Transferências da União para o SUS             | -    | -    | 47,4 | 46,9 | 45,3 | 46,5        |
| % Transferências do SUS com a despesa total de saúde | -    | -    | 69,4 | 79,9 | 79,1 | 76,1        |
| % Recursos próprios em saúde – EC 29                 | -    | -    | 34,8 | 18,4 | 18,3 | 23,8        |
| % para atenção básica                                | -    | -    | ***  | 19,0 | 34,0 | 26,5        |
| % para assistência hospitalar                        | -    | -    | ***  | 53,8 | 60,7 | 57,2        |
| <b>LAGO DOS RODRIGUES</b>                            |      |      |      |      |      |             |
| % Transferências intergovernamentais líquidas        | 88,4 | 85,5 | 78,3 | 84,7 | 89,3 | 85,2        |
| % das Transferências da União para o SUS             | 17,8 | 16,8 | 19,2 | 19,0 | 31,2 | 20,8        |
| % Transferências do SUS com a despesa total de saúde | 34,0 | 44,4 | 84,4 | 55,3 | 74,0 | 58,4        |
| % Recursos próprios em saúde – EC 29                 | 33,4 | 24,0 | 17,8 | 18,4 | 15,0 | 21,7        |
| % para atenção básica                                | ***  | ***  | ***  | 41,3 | 27,0 | 34,1        |
| % para assistência hospitalar                        | ***  | ***  | ***  | 50,2 | 54,1 | 52,1        |

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

\*\*\* Registros não encontrados no SIOPS

As transferências intergovernamentais constituem um elemento central no sistema de relações federativas no Brasil e um item fundamental de receita para a grande maioria dos governos subnacionais. É por isso que a Constituição prevê a partilha de determinados tributos arrecadados pela União com os estados, o Distrito Federal e os municípios (SANTOS; LUIZ, 2016).

Para Santos e Luiz (2016), a Constituição de 1988 promoveu uma redistribuição dos recursos tributários para os entes subnacionais, além de possibilitar que os estados e municípios gerem receitas próprias pela via da tributação direta. No entanto, cabe destacar que o aumento das responsabilidades transferidas a estados e municípios não se deu na proporcionalidade de receitas, ocasionando um desequilíbrio no pacto federativo.

A União é ainda a maior arrecadadora de impostos e contribuições (68,47% em 2014), ficando com a maior parte da receita do país, e também é responsável pela formulação e pela execução da política econômica. Portanto, apesar da autonomia constitucional ainda está presente na relação entre os entes federados uma forte dependência da União. De certa forma, isso explica a importância do papel das transferências federais no processo de descentralização do SUS, e como essa situação provoca a partir daí, influência direta na indução de políticas e programas nos estados e municípios (SANTOS; LUIZ, 2016).

A análise de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) mostra que na composição das receitas municipais, há forte dependência financeira dos municípios em relação às transferências intergovernamentais líquidas, tanto que, no período analisado, esse percentual (média total) se manteve alto atingindo valores médios de 94,4% no município de Morros; 94,3% no município de Coroatá e 85,2% no município de Lago dos Rodrigues (Tabela 3).

Dos dados extraídos do SIOPS, conforme demonstrado na Tabela 3, a participação das transferências da União para o SUS nos municípios pesquisados apresenta valores baixos com percentuais totais médios respectivamente de 23,6%, 46,5%, 20,8% para os anos analisados.

Esse percentual baixo, especificamente em Morros pode ter como explicação o fato do município está habilitado somente na condição de gestão plena da Atenção Básica. Não consta habilitação no bloco da Atenção de Média e Alta

Complexidade (MAC), apesar de dispor do hospital regional de gestão estadual no município que opera procedimentos de média complexidade.

Coroatá apresenta um percentual mais significativo, com 46,5%, porque o município está cadastrado no CNES com habilitação (MAC), portanto em consonância com a produção do Hospital Macrorregional de Coroatá que operacionaliza procedimentos de média e alta complexidade.

Lago dos Rodrigues consta no CNES a habilitação (MAC), em conformidade com a produção do hospital de Lago dos Rodrigues, que operacionaliza procedimentos de média complexidade, porém destaca-se que é um dos municípios que apresenta menor percentual para as transferências da União para o SUS, com 20,8%, e menor produção para os procedimentos cirúrgicos.

Em relação ao percentual de transferências do SUS com a despesa total de saúde, observa-se que há predominância de receitas federais nos gastos com saúde realizados nos municípios pesquisados, ou seja, mais de 50% da despesa total de saúde foi realizada com recursos de transferências do SUS. O percentual, considerando a média dos anos analisados de transferências do SUS com a despesa total de saúde respectivamente nos municípios correspondeu a 55,9% em Morros, 76,1% em Coroatá e 58,4% em Lago dos Rodrigues.

Destaca-se que os recursos próprios municipais aplicados em saúde no conjunto das despesas dos municípios pesquisados, conforme a média dos anos analisados, foi mais de 15%, ou seja, até acima do valor estipulado pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Em relação à média dos anos, o percentual aplicado em Morros foi de 19,7%, em Coroatá 23,8% e, em Lago dos Rodrigues 21,7%.

Importante lembrar que após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC nº 141/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS, ficando estipulado que os estados aplicariam no mínimo 12% e os municípios 15% da arrecadação dos seus impostos (BRASIL, 2000, 2012).

As regras de vinculação de recursos públicos para o financiamento do SUS, definidas pela (EC) nº 29/2000 foram mantidas até 2015. Nesse ano, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março alterou as regras de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços

públicos de saúde. Pela (EC) nº 86/2015 a aplicação deveria ser equivalente a 15% da receita corrente líquida (SANTOS; LUIZ, 2016).

Como já discutido na seção sobre o financiamento do SUS, o embate sobre as formas de financiamento do SUS não ficou na Emenda Constitucional nº 86, pois esta foi revogada com a aprovação da (EC) nº 95/2016, reduzindo o já insuficiente montante de recursos federais para o financiamento do SUS nos próximos vinte anos (FUNCIA, 2017).

Conforme se observa na Tabela 3, é possível identificar uma baixa participação da assistência hospitalar e ambulatorial no orçamento de recursos para o financiamento da saúde no município de Morros, com média percentual para os anos analisados de 13,2%. Enquanto, registram-se percentuais médios para os anos analisados mais significativos na assistência hospitalar e ambulatorial nos municípios de Coroatá e Lago dos Rodrigues, respectivamente com 57,2% e 52,1%.

Na atenção básica registra alta participação de recursos no município de Morros com média percentual para os anos analisados de 80,2%. Esse fato é condizente com a condição de gestão do município. Porém, chama a atenção o fato do município de Lago dos Rodrigues que possui cobertura de equipes de saúde da Família de 100%, e ter baixa participação de recursos para atenção básica, considerando que a média foi de apenas 34,1%.

Esses resultados acompanham a tendência nacional, pois as programações que mais receberam recursos no período 2010 - 2014 foram a assistência hospitalar e ambulatorial e atenção básica. No ano de 2010, foram alocados nesses programas R\$ 95,6 bilhões, sendo que a assistência hospitalar e ambulatorial contou com R\$ 45,1 bilhões e atenção básica teve R\$ 19,3 bilhões (MACIEL et al., 2017).

#### **5.4 Avaliação da assistência qualificada: acesso aos serviços de média e alta complexidade**

O acesso aos serviços de saúde encontra-se definido na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos os cidadãos habitantes no país o acesso universal e igualitário às ações e serviços nessa área. Para viabilizar a perspectiva da universalidade da atenção foi instituído o SUS cuja Lei Orgânica

8080/90 prevê a promoção, proteção e recuperação da saúde em rede regionalizada e hierarquizada em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1988, 1990a).

A institucionalização do SUS, porém, que resultou de luta social materializada no denominado Movimento da Reforma Sanitária não garante a efetivação do direito à atenção universal. Na prática, vem se verificando, dois problemas para a implementação desse direito: a exclusão de parcelas da população à atenção instituída e a oferta de serviços de baixa qualidade. Isto porque ora há racionamento dos recursos que deveriam ser destinados para a atenção ora tais recursos são escoados para outros fins (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Com base nessa perspectiva analítica, a categoria de análise das falas: “acesso” foi considerada fundamental na pesquisa que deu suporte à presente tese, para entender a qualidade da atenção prestada nos municípios pesquisados.

Aguilera et al. (2013) com base em estudos diz que o acesso aos serviços de média e alta complexidade apresentam-se como um importante problema, tanto para populações de pequenos municípios de regiões distantes de grandes centros urbanos como para aqueles que integram regiões metropolitanas, seja pelos custos, seja também pela força de trabalho especializada.

Outro aspecto pertinente pontuado por Aguilera et al. (2013) é que uma parcela da demanda assistencial encaminhada à atenção de média e alta complexidade ocorre devido à baixa resolutividade na atenção básica, situação comum em vários municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional. Isto gera uma demanda e longas filas de espera por estes serviços no Sistema Único de Saúde. Essa questão também foi pontuada nesta pesquisa pelos profissionais de saúde pesquisados nos hospitais e municípios estudados.

López (2004) em pesquisa sobre a revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS evidencia que os hospitais brasileiros enfrentam problemas relacionados ao acesso à assistência como filas para atendimento ambulatorial e cirurgias, falta de leitos para internações, demora para marcação de exames entre outros. A autora enfatiza que o primeiro e principal eixo norteador da redefinição do papel dos HPP é a qualidade e garantia de acesso, pois existe uma dificuldade de acesso a diversos serviços, especialmente os hospitalares e torná-los acessíveis e com qualidade é um desafio.

Nas palavras de López (2004), não basta ampliar a cobertura de ações, é necessário que a melhoria de acesso venha acompanhada de uma preocupação

contínua com o aprimoramento da qualidade dos serviços. Já, Fadel e Regis Filho (2009), falam da qualidade do atendimento que é percebida através de aspectos palpáveis, caso das boas condições da estrutura física, e de aspectos intangíveis como a relação estabelecida entre a equipe profissional e o usuário.

Os elementos que conformam a noção de qualidade na prestação de serviços de saúde são, mais ou menos, relevantes dependendo do nível de complexidade do atendimento. Assim, para os usuários dos serviços de alta complexidade, a qualidade depende da diminuição do tempo de espera, das boas condições na estrutura física, da capacitação profissional, da boa relação profissional-usuário, da cordialidade no atendimento e do número adequado de profissionais. Enquanto, para os usuários dos serviços de média complexidade, a qualidade necessita de tempo de espera, boa relação profissional-usuário, cordialidade no atendimento, facilidade para agendar consultas e resolução dos problemas (MARTINS et al., 2014). O tempo de espera figura como um dos primeiros itens destacados na qualidade dos serviços de média e alta complexidade aferida pela percepção do usuário.

No contexto dessa configuração conceitual, assume-se aqui como ponto de partida para as análises das falas dos profissionais de saúde, gestores e usuários, a conceituação de Travassos e Castro (2012) alicerçada nos preceitos da PNHOSP do Ministério da Saúde.

A PNHOSP no âmbito do SUS estabeleceu as diretrizes para organização do componente hospitalar da RAS. Assim, a PNHOSP refere que o acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013a).

A conceituação de Travassos e Castro (2012) reforça que o acesso é um conceito multidimensional. Expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde. A característica do acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização e prestação dos serviços de saúde.

Os discursos da maioria dos usuários apontam evidências dessas características. Com algumas particularidades, dependendo do porte do hospital, de

forma geral, os participantes da pesquisa têm uma opinião homogênea sobre o acesso.

Os usuários dos hospitais de pequeno porte (Hospital Regional de Morros e Hospital de Lago dos Rodrigues) avaliaram disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos mais frequentemente com “boa” e “ótima”. As falas dos usuários, a seguir, exemplificam estas evidências:

Eu não tenho que dizer nada do meu atendimento, é ótimo. Pela primeira vez eu vim e é ótimo. Porque aquele lá de Icatu é uma negação. Aquilo ali, lá não tem nem um soro pra lavar o coração da gente, quando a gente chega morrendo de dor. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Bom! Porque eu fui bem atendida, eu fui...elas prestam bem atenção e o tratamento eu tô achando que tá ... tá resolvendo meu problema [...] Na hora que cheguei eles me atenderam bem e me internaram e me dão atenção e agora eu tô sendo cuidada. Me levaram pra fazer exame, fiz tomografia e tô aqui lutando, esperando pra melhorar logo né. Quero ficar boa pra ir embora. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

É bom porque aqui me dão muita atenção, as enfermeiras me deram muita atenção [...] Me consultei e me internei logo, estou só esperando transferência para fazer uma cirurgia da minha garganta. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

O atendimento é ótimo né, fui bem atendida, teve médico excelente que me atendeu, e enfermeiras, não tenho o que reclamar, estou sendo bem atendida graças à Deus, às vezes a gente vai para fora, vai para São e não é atendida, e aqui no nosso município somos bem atendidos. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Tive um bom atendimento aqui, o médico já estava aqui, para mim foi bom até agora. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

O atendimento é ótimo, cheguei aqui fui bem atendida graças a Deus pelo médico e pela enfermeira, Não tenho o que reclamar, fui bem atendido. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] Fizeram o serviço e graças a Deus pro que tava, eu já tô boa, eu já tô boa! Ainda gora o médico veio pra me vê porque eu já to com vontade de ir mimbora, daí eles vieram e mandaram tirar (o curativo) e olharam [...]. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Aqui como é uma unidade de médio porte, o atendimento básico é bom, mas o atendimento mais complexo é feito em cidades vizinhas. [...] A qualidade dos serviços é boa! Porque muita das vezes tem a questão de ambulância né... que não tem. E também é a questão de médico especialista em algumas áreas. Mas na parte básica é boa [...] E também quando a gente precisa... trazer algum amigo a gente vê que a gente não tem dificuldade no atendimento. É bem recepcionado... é... não tem dificuldade pra visitar paciente. Então... com relação isso aí... eu classifico como... como boa. Decorrente de cidades que eu já trabalhei, que eu sou um policial militar e eu vi as dificuldade que aqui no nosso Município não tem. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Muito é bom!... bem atendido. Tem os remédios que as pessoas quer. Não tem dificuldade nenhuma não. Eu gosto daqui. Melhor que Igarapé Grande. O médico é melhor. Ahh... é porque as menina daqui são muito legal. Quando chega elas recebe a gente bem. Não bota banca. Eu gosto daqui mermo. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Eu acho excelente o atendimento daqui, os enfermeiros dão atenção pra gente, estão sempre perguntando se você tem algum problema. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

É o ótimo o atendimento aqui. Não tenho nenhuma dificuldade pra ser atendido aqui. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Acho o atendimento aqui ótimo. Sempre que eu chego meu filho é bem recebido. Daria uma nota 10! A dificuldade é a espera porque sempre hospital tem espera. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Daria uma nota nove porque todas as vezes que vim aqui fui bem recebido tanto pela recepção como pelo médico. Nada a reclamar sobre o estabelecimento. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Minha família, meus filhos, minha mulher quando vem pra cá são bem atendidos, tanto faz dia ou noite quando chega aqui. Quando eu chego aqui sou bem recebido. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Aqui é ótimo né! O atendimento é ótimo, quando a gente vez é bem atendido. A dificuldade foi encontrada dias atrás porque a ambulância quebrou, mas eles sempre ajeitavam um carro se precisa. Aí eles agiliza um carro, mas agora já foi resolvido. Tem uma ambulância nova. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

O Atendimento é bom. A gente é atendido a hora que chega. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Sempre que venho sou bem atendido. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

O atendimento é bom [...]. A gente chega com qualquer dorzinha, atendem nós [...].(USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Os usuários do hospital de médio porte (Hospital Macrorregional de Coroatá) avaliaram disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos mais frequentemente como “ótima” e “excelente” porque existem melhores condições desses elementos, portanto mais facilidades no acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, como ilustram as falas a seguir:

Fui encaminhada do posto de saúde pela gravidade da minha gravidez né! Porque estava com perda de líquido, e aí foi bem fácil, fui logo atendida, muito bem atendida por sinal, o tratamento dos médicos, a questão humana, eles são muito humanos! Fiz minha cesárea no mesmo dia que internei [...] Foi excelente aqui pela forma que fui tratada e pela qualidade das especialidades porque aqui tem tudo, oftalmologista, otorrino, exames para as crianças, daqui são encaminhados, tudo certinho, para quem não tem acesso teria que pagar. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Pra mim, Graças a Deus, não tenho o que reclamar. O atendimento foi muito bom [...] Eu tava sentindo dor e a menina tava sentada, aí ele [o médico obstetra] mandou bater o US, e mandou logo tirar a menina. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

A verdade, assim, é melhor onde eu tava. Eu tava na UPA em Timon e lá pra mim meu filho não tava sendo cuidado tão bem quanto tá sendo cuidado aqui. Aqui quando vê que tá baixando a saturação dele tem 3 (três) ou 4 (quatro) médicos em cima dele. Eu não tenho que reclamar nada. Aqui o atendimento é ótimo! (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).



Por hora, está sendo muito bom porque desde o primeiro dia que cheguei, ontem eu fui bem atendido [...] Fizeram a operação muito boa. Até agora não senti nada. O médico já veio aqui, perguntou se eu tava sentindo alguma coisa, os enfermeiros vem e perguntam se ta doendo. Não teve nenhuma dificuldade aqui de ser atendido não. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Eu achei ótima. Estou bem recebido, me trataram bem, dão toda atenção pra gente, trazendo a medicação na hora certa. É tudo de bom! Não tenho nada a reclamar. Gostei muito do atendimento. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Sobre a característica do acesso relacionado à disponibilidade ou presença de equipamentos e serviços, das falas expressas, registrou-se um usuário que relatou atendimento como “regular” justificado por falta de materiais médico-hospitalares e do equipamento de imagem, único existente no hospital, Raio X, que naquele momento da pesquisa de campo encontrava-se em manutenção há vários dias; e outro usuário que avaliou como “ruim” porque destacou os problemas do acesso aos exames, dentre estes, o hemograma que não estava sendo realizado no laboratório do hospital:

Eu acho que é regular. Porque eu acho que não tem tudo que ... falta remédio né, falta medicamento né! Às vezes nem soro não tem ... nem pra bater raio x não tem. Ai tem que ir pra Rosário bater Raio x. Até que me atenderam. Atender, ele atendem né?! Mas que precisa melhorar [...]. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Foi ruim, porque eu não consigo fazer os exames que eu tava precisando. A espera foi só naquele dia, mas consegui ser atendida. Saí daqui quase (onze) 11 horas e pra fazer os exames tive que recorrer ao convênio da prefeitura, os de sangue só consegui por causa dele. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Com relação à característica do acesso referente ao aspecto geral de recursos humanos, verificam-se evidências que nos hospitais de pequeno porte há necessidade de mais profissionais para os atendimentos. Assim, expresso em uma das falas dos usuários: “é bom... podia melhorar ter mais doutor, mais enfermeiras, essas coisas assim [...]”.

Travassos e Castro (2012) enfatizam que a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de maneira articuladas, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde.

O Hospital Macrorregional de Coroatá é um exemplo, pois possui boa capacidade instalada, com 04 (quatro) salas cirúrgicas, 12 (doze) ortopedistas no quadro de recursos humanos e diversos equipamentos médicos-hospitalares

destinados à assistência dos usuários, porém enfrenta algumas barreiras financeiras que acabam obstruindo o fluxo das cirurgias ortopédicas.

Travassos e Castro (2012) afirmam que as barreiras financeiras aumentam as desigualdades sociais, pois limitam o acesso aos serviços de saúde, principalmente aos mais pobres, que têm baixa capacidade financeira para aquisição desses serviços. As políticas de universalização do acesso deveriam reduzir barreiras financeiras, entretanto em diversos países, incluindo o Brasil nas últimas décadas, fizeram reformas nos sistemas de saúde, reduzindo assim os gastos com a saúde. As falas dos usuários aludem essa dificuldade do acesso aos serviços de média e alta complexidade devido às barreiras financeiras:

[...] Meu caso é muito sério, é um fêmur quebrado, não tem osso aqui dentro [...] E eu estou esperando aqui a cirurgia, e o material nunca chega. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Na primeira parte dos remédios tá bom, mas tem outras partes aqui pelo lado do material pra fazer a cirurgia tá ruim! Estou um bocado de dias, esperando essa cirurgia, e até hoje nada! Estou há mais de vinte dias esperando essa cirurgia o governo pagar para receber o material da cirurgia. É uma cirurgia ortopédica da coluna, e até hoje nunca chegou o material da cirurgia. Estou esperando o material da cirurgia, e até hoje não chegou [...]. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Ao avaliar a qualidade, os usuários, frequentemente, comparam bom atendimento com o tempo de espera, ou seja, se o usuário é atendido de forma rápida, significa bom atendimento. Esse elemento ficou bastante evidente nas falas dos usuários atendidos nos 03 (três) hospitais, objetos deste estudo:

Assim, na parte da cirurgia foi ótimo. Eu fiz [...] Foi só chegar aqui que eu fiz logo a cirurgia. Quando eu cheguei aqui pra me internar também foi rápido. Eu recebi logo atendimento rápido, tomei remédio na hora. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Dar vezes que já vim aqui, acho bom o atendimento, sempre tem médico e enfermeiro de plantão pra receber a gente, os filhos da gente. Eu conseguir rápido. Vim com o cartão do SUS e conseguir marcar rápido a consulta. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Eu cheguei aqui fui atendida ligeira, não teve esse negócio de ficar esperando o doutor vim. Aí foi desse jeito, foi bom o atendimento. (USUÁRIO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Boa porque precisa melhorar algumas coisas no atendimento lá na marcação de ficha. Precisa ser mais rápido, atender as pessoas mais rápido, a gente fica esperando um tempão lá pra poder ser atendido. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Uma questão importante que se sobrepõe no último depoimento acima expresso é o tempo de espera para ser atendido. Segundo Lopes (2017), a demora

no atendimento pode ocasionar não somente sofrimento físico e psicológico ao usuário como agravar seu estado de saúde.

Lopes (2017), em pesquisa de campo na cidade de Rio Branco, capital do Acre sobre as experiências dos usuários com os serviços públicos evidenciou duas questões centrais. Uma relacionada ao tempo despendido pelo usuário em longas filas aguardando o momento em que se iniciará o atendimento médico, e a outra se refere ao atendimento médico propriamente dito, que presta pouca atenção às exposições do usuário sobre sua situação de saúde.

Existem muitas barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde. Segundo Travassos e Castro (2012) dentre as barreiras tem-se as barreiras organizacionais.

As barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização. Conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível, aqui se inclui a especialidade, existência de acolhimento, de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características próprias organizacionais que podem afetar positivamente ou negativamente o acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Nesta pesquisa, a presença das barreiras organizacionais inseridas na categoria do acesso evidenciou que há uma constante preocupação, e ao mesmo tempo uma necessidade dos usuários na busca de serviços na média e alta complexidade centrados na figura do médico, particularmente, o especialista. Este fato justifica-se na própria trajetória histórica do SUS que por muito privilegiou o modelo assistencial medicocêntrico.

Quanto aos usuários de um dos hospitais de pequeno porte pesquisados consideram que os serviços prestados não são de boa qualidade; observa-se, no entanto, que essa insatisfação foi por causa da falta de médicos especialistas para determinadas áreas específicas, conforme a seguir:

A gente precisaria de um ginecologista, um pediatra, que eles faltam muito. Muita criança! E aí... a gente acaba sem ter esse... esse tratamento, porque não tem. Só tem clínico geral. Então... É aquela coisa... Hoje eu precisei vim. Hoje, fui muito bem tratada. Graças à Deus! Mas tem um... têm dias que o movimento aqui tá muito grande. E você só vem ter estresse...Mas o atendimento...nem sempre é bom. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Entretanto, as barreiras de acesso ao atendimento no SUS não podem ser negligenciadas. O estudo de Aguilera et al. (2014) corrobora com essas questões apontadas anteriormente, pois eles discutiram as iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba, ao identificarem que o acesso a consultas especializadas dentro do próprio município não acontece para 50% dos municípios, por inexistência de oferta.

O depoimento da usuária acima transcrito demonstra que há uma demanda reprimida para a pediatria no atendimento ambulatorial, porém cumpre dizer que os Hospitais de Pequeno Porte pesquisados (Hospital Regional de Morros e Hospital de Lago dos Rodrigues), ambos possuem cadastro de leitos para as áreas de pediatria clínica no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde. Contudo, é necessária a presença do profissional, bem como a oferta de consultas nessa área específica da pediatria. Atualmente, as consultas do ambulatório desses hospitais são realizadas pelos médicos clínicos no atendimento geral, e na parte da cirurgia pelo cirurgião geral, segundo dados da pesquisa de campo, em 2017 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2017a, 2017b).

Sobre essa questão, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014) mencionou que dificuldades de acesso as consultas, exames ou cirurgias em filas de esperas do SUS pode ser visualizada em várias partes do país. Assim, para realizar uma consulta com proctologista, por exemplo, o usuário do SUS, em São Paulo, precisa aguardar, em média, dezoito meses; para consultar com um dermatologista, a espera, em média, é de seis meses; consultas com oftalmologia, neurologia, psiquiatria, cardiologia, endocrinologia, mastologia, geriatria e fisioterapia envolvem espera entre dez a trinta dias.

O acesso é mais difícil em estados mais pobres das regiões Norte e Nordeste embora neles, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016b), haja maior proporção de pessoas com avaliação de saúde como regular, ruim e muito ruim (sendo, 15,1% da população adulta do Maranhão e 14,2% no Pará), enquanto nessa situação encontram-se apenas 2,7% em Santa Catarina e 2,8% em São Paulo (Sul e Sudeste).

Esses dados confirmam acentuadas iniquidades sociais e regionais pelo fato de que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber

atendimento (TRAVASSOS; CASTRO, 2012; AGUILERA et al., 2014). Ao mesmo tempo, a relevância de investimentos aos serviços de saúde em estados como o Maranhão.

Em um dos hospitais tomado como referência nesse estudo, o Hospital de Médio Porte (Macrorregional de Coroatá), por exemplo, verifica-se uma demanda reprimida, de áreas médicas que não estão sendo atendidas, seja por falta do especialista no hospital ou por falta de leitos para fazer os encaminhamentos para um hospital de referência maior; no caso a referência é a cidade de São Luís. Portanto, como pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

[...] Não tenho o que reclamar, são ótimas as pessoas aqui no hospital trata minha filha muito bem. Já tou com um mês aqui aguardando a recuperação dela, mas agora que eu descobri, a doutora fez um exame, descobriu que o intestino dela é estreito. Já enviaram o encaminhamento dela pra São Luís, todo dia envia a evolução dela pra lá. Estou aguardando um leito para São Luís, pra ser avaliada pelo cirurgião pediátrico pra ver se vai operar ou não. (USUÁRIA DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

O atendimento é bom demais! Dar muitas facilidades para nós cuidam do bebê, passando o medicamento, é muito bom [...] O hospital é muito bom! O menino foi atendido bem! A pediatra é muito boa! Só que ele precisa de outro especialista, um neuro. Temo que ir pra São Luís, tamos aguardando. A transferência será em agosto<sup>76</sup>. (USUÁRIA DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Percebe-se, conforme os depoimentos acima, que as necessidades não foram satisfeitas pelo cirurgião pediátrico e pelo neurologista clínico pediátrico, gerando uma demanda reprimida para essas especialidades médicas específicas.

No município de Coroatá, observa-se que existe o acesso para atendimento de obstetrícia de alto risco, provavelmente pelo fato do hospital dispor de mais recursos humanos e utilizar tais recursos para dar maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, pois possui 11 (onze) leitos para obstetrícia, 13 (treze) leitos para UTI neopediátrica, 05 (cinco) obstetras, 08 (oito) pediatras e 05 (cinco) médicos intensivistas pediatras fazendo o rodízio dos plantões, mas esse quadro não se configura como equidade no acesso, principalmente porque a demanda é maior que a oferta, já que atende tanto o município de Coroatá quanto 74 (setenta e quatro) municípios vizinhos, mas o depoimento de usuária mostra a tendência de melhor acesso para o atendimento de alto risco na obstetrícia:

Pra mim o atendimento no hospital foi excelente porque fui encaminhada de Caxias, já cheguei e fiquei direto internada. Como o bebê era prematuro, já tinha uma vaga na UTI pra ela. (USUÁRIA DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

<sup>76</sup> Entrevista realizada na enfermaria pediátrica do Hospital Macrorregional de Coroatá, em julho de 2017.

Entretanto, para as gestantes residentes no município de Coroatá, o setor da obstetrícia funciona como demanda espontânea (Porta Aberta) e referenciada, e para os outros municípios somente pela regulação de leitos, existindo, portanto, possibilidades de barreiras de acesso das gestantes por falta de leitos.

O acesso por meio da regulação está em consonância com a Política Nacional da Regulação adotada pelo Ministério da Saúde, que promove o acesso dos usuários ao SUS, garantindo os princípios da equidade, universalidade e integralidade. Essa política fomenta a formação de complexos reguladores, estruturas formadas pelas centrais de regulação e que operacionaliza as ações de regulação do acesso, orientando sua implantação em todas as unidades federadas, respeitando as pactuações entre os gestores (BRASIL, 2008).

Outra questão evidenciada nas barreiras organizacionais é a existência de medidas de acolhimento e de política de humanização. O tema da humanização presente na forma de acolhimento e atendimento aparece em um dos depoimentos transcritos a seguir: “[...] fui logo atendida, muito bem atendida por sinal, o tratamento dos médicos, a questão humana, eles são muito humanos! [...]”. Essa questão reflete a qualidade da assistência prestada nesse hospital.

A humanização deve estar presente, conforme expressa na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, em todas as políticas e programas de saúde do SUS, e não se refere somente à melhoria das condições gerais de atendimento aos usuários do serviço, mas também à satisfação das necessidades dos usuários e de sua família. Além disso, propõe a inclusão de trabalhadores, de usuários do sistema de saúde e de gestores na gestão e na produção do cuidado (BRASIL, 2013c; LÓPEZ, 2004; ANDRADE, 2016).

Andrade (2016), ao estudar os hospitais de pequeno porte em Santa Catarina: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões identificou que o acolhimento componente da prática de humanização foi uma medida presente em 71,4% dos hospitais pesquisados do SUS, contra 60,5% dos hospitais privados.

O elemento acolhimento presente na forma como a usuária foi atendida reflete a capacidade da rede de saúde para operacionalizar algumas das normativas do SUS, o que implica, não só receber o demandante, mas prestar-lhe atenção adequada e de forma continuada até a conclusão do tratamento, pois segundo Andrade (2016, p. 31), “o acolhimento não se refere somente à recepção do usuário

no serviço de saúde, mas a todo processo de atenção até a resolução do problema apresentado”.

Enquanto, a PNHOSP, considera que o acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade (BRASIL, 2013a).

Para além dos conceitos presentes na humanização e acolhimento, Travassos e Castro (2012) advertem que é preciso pensar em um conceito mais abrangente e ampliado quando se busca um atendimento continuado e resolutivo no sistema de saúde. Neste caso, o acesso inclui utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriado. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticados por profissionais da saúde.

Enfim, no tocante a barreira de informação, esta também se fez presente nas falas analisadas de um dos usuários, é possível identificar no depoimento a caracterização do Hospital de Pequeno Porte (Hospital Regional de Morros) como sendo uma UPA, não sendo visto pelo mesmo com características de um estabelecimento hospitalar, destaca-se esse depoimento abaixo:

Olha, eu achei ótimo porque todas as duas vezes que vim pra cá, eu vim ruim, eu fui bem atendido, lá em Rosário tem clínica, tem hospital, mas eu faço de tudo para não ser atendido lá porque eu tenho medo de morrer, sou sincero [...] Desde que eu conheci a UPA daqui, entendeu? Eu venho aqui, meus exames tudo que eu faço aqui, os médicos do Dutra pedem para fazer é os mesmos exames que o Dutra aceita porque aqui é o laboratório Cedro [...] Da UPA até hoje eu não tenho o que falar mal [...]. (USUÁRIO DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

Conforme exposto no depoimento, esse usuário não é o único a pensar assim, junto a ele, estão vários usuários que procuram primeiro os hospitais para consultas e exames que são ora influenciados por um sistema cujo modelo é hospitalocêntrico; ora são reféns da falta de conhecimento do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (ROSA, 2014). O desconhecimento é tanto que o usuário identifica o hospital de pequeno porte, como sendo uma UPA, essa situação acaba gerando o que se chama segundo Travassos e Castro (2012) de barreira de informação que atua obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde de forma adequada.

Segundo artigo publicado na revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde sobre o papel do hospital da Rede de Atenção, o HPP é o

estabelecimento hospitalar com quantitativo de 20 a 49 leitos e deve atuar de forma articulada à Atenção Primária de Saúde (APS), estabelecer os mecanismos de referência pactuados entre os demais pontos de atenção, e no que couber, quando sua destinação assistencial, importar em participar em alguma Rede Temática/e ou programa específico do SUS (ROSA, 2014).

De certo, informações sobre o sistema de saúde atuam como facilitadores da utilização de serviços, e são importantes para a percepção de saúde das pessoas, como no seu acesso aos atendimentos existentes nas unidades básicas, ambulatórios especializados e hospitais. Dependendo do tipo e nível de informação que a população tem dos serviços, e o quanto eles têm disponibilidade para sua utilização resultará de mais ou menos desigualdades sociais no acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Trazendo agora a análise da percepção dos gestores sobre a assistência qualificada, tomando como categoria o acesso aos serviços de média e alta complexidade verificou-se que há um consenso entre os gestores participantes da pesquisa de que a gestão na saúde está entre os seus principais problemas, e a busca pelo acesso com qualidade é um desafio prioritário.

Especificamente, a questão principal dirigida aos gestores girou em torno das condições relacionadas ao gerenciamento dos hospitais, a partir da proposta inicial do “Programa Saúde é Vida” de expandir os serviços de média e alta complexidade e melhorar a qualidade da assistência dos serviços de saúde.

Todas as respostas foram positivas quanto à característica principal do acesso pela presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos. No entanto, além dos pontos positivos, os gestores apontaram dificuldades, como se pode verificar pelos depoimentos a seguir:

Sim, tenho conseguido gerenciar o hospital de forma a expandir os serviços e melhorar a assistência. Até porque a unidade agrega toda região do Munim, e por agregar toda a região Munim, isso faz com que a unidade cresça mais, venha mais recursos para a gente trabalhar, vêm médicos ortopedistas, vêm vários tipos de médicos que possam ajudar mais a unidade e a população também [...] A gente está com dificuldades no transporte porque os municípios não ajudam muito essa questão de transporte, até porque muitos municípios não tem ambulância, e isso prejudica a unidade porque aqui só tem uma ambulância, e a gente tenta se virar da forma que pode, né! Principalmente no final de semana às vezes tem acidentando, chega dois, três, e a gente não pode mandar os três na ambulância, manda só uma pessoa, e a gente precisa de outros municípios para ajudar, e nessas horas que os municípios falam, mas o paciente é Morros não tem como mandar porque o paciente não é de Icatu [...].



Sim [...] Agora através da Secretaria de Estado da Saúde, nós já conseguimos ampliar mais vinte e cinco leitos no hospital, nova ala de vinte e cinco leitos, onde pretendemos com isso aumentar nosso atendimento de ortopedia, haja vista que é o grande gargalo, digamos assim na saúde do Estado, pelo grande número dos acidentes de moto, principalmente, tá entendendo? E na oftalmologia estamos conseguindo um grande avanço também porque só temos a parte clínica e agora estamos entrando com as cirurgias e teremos mensalmente cirurgias de Catarata...e outras cirurgias oftalmológicas, tá entendendo? E mantendo a estrutura do hospital dentro dos padrões que recebemos. E tentando melhorar sempre [...].

Sim, a gente consegue desenvolver os trabalhos e serviços, claro de acordo com a necessidade e complexidade da nossa unidade. Creio que nossa unidade não seja tão diferente das outras. Dificuldades a gente passa devido a nossa unidade ser de média complexidade a gente não tem toda estrutura física e nem de equipamentos para ficar com o paciente grave. Então, é preciso que eu transfira esse paciente para uma unidade de alta complexidade. E, alguns meses a gente teve dificuldades na transferência desses pacientes, mas hoje em dia a gente já consegue encaminhar esse paciente e receber né em outra unidade [...].

Conforme o que precede, os gestores admitiram que encontram dificuldades para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, gerando assim interrupção nas linhas de cuidado, revelando a fragmentação da rede de saúde. Entretanto, apontam soluções para os problemas, seja por meio da ampliação do número de leitos, seja por transferência dos usuários para outras unidades da rede estadual de saúde.

Evidencia-se que a fragmentação do sistema configura uma assistência que compromete a qualidade dos serviços de saúde, devido a desarticulação entre os níveis de atenção e serviços de apoio, com conseqüente incapacidade de continuidade dos atendimentos (MENDES, 2011; SILVA, S. et al., 2013; AGUILERA et al., 2013).

Lorenzetti et al. (2014) ao discutirem os desafios para a gestão em saúde enfatiza que para as pessoas e populações a fragmentação gera barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugar não apropriado, com baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência às suas necessidades.

Neste processo sobre o acesso aos serviços de média e alta complexidade emerge a questão da regionalização como expressa um gestor ao destacar:

[...] A gente está com dificuldades no transporte porque os municípios não ajudam muito essa questão de transporte, até porque muitos municípios não têm ambulância, e isso prejudica a unidade porque aqui só tem uma ambulância, e a gente tenta se virar da forma que pode, né [...].

Para outro gestor: “[...] alguns meses a gente teve dificuldades na transferência desses pacientes, mas hoje em dia a gente já consegue encaminhar esse paciente e receber né em outra unidade [...]”.

O conceito de organização regionalizada da assistência à saúde pauta-se na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que diz que a regionalização da atenção hospitalar deve ter abrangência territorial e populacional em consonância com as pactuações regionais (BRASIL, 2013a).

A territorialização pressupõe a determinação de unidades de referenciamento para as ações e serviços de saúde. Desse modo, municípios que dispõem de mais equipamentos assistenciais e de maior densidade tecnológica passam a ser referência a outros; que passam a ser referenciados estabelecendo regiões de saúde. É importante destacar que para efetivação do processo de regionalização, é necessário, então, definir a base territorial onde se concretizarão as ações (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

Fica evidente que os gestores percebem que, além da dificuldade técnica, outro problema a ser superado é a dimensão política, que envolve disputas e conflitos que devem ser implantados no processo de regionalização (ERI SHIMIZU, 2013).

Sabe-se que a regulação das referências intermunicipais é uma das responsabilidades do gestor estadual, devendo ser expressa na programação pactuada e integrada da atenção em saúde em conformidade com o processo de regionalização e do desenho das redes (BRASIL, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

A responsabilidade da regulação, pelo gestor estadual em consonância com a política de regionalização e com a organização dos fluxos mediante as redes de atenção, é identificada nas falas dos gestores:

[...] Assim, graças à Deus, agora o governo atual começou a liberar algumas ambulâncias para os municípios, né! E agora melhorou muito para a gente, inclusive Juscelino veio uma ambulância agora do estado que está nos ajudando muito assim na questão da parceria, quando a nossa não está, a gente pede a deles, já manda, já leva para São Luís [...].

A implantação dessas unidades foi implantando, mas está dando certo, está funcionando, isso é muito bom! E principalmente agora com a implantação desses hospitais regionais que neste governo foi implantado. Aqui em Bacabal teve um hospital como a gente sabe, então desencharcou muito as outras unidades porque a gente tem uma outra referência. Por exemplo, antes a gente só tinha a referência de Peritoró, em ortopedia, agora a gente tem em Bacabal [...].

O hospital é porta fechada, então a porta de entrada aqui é a UPA, ou os pacientes vêm agendados por municípios, vem de vários municípios e a gente atende aqui, se for um caso de cirurgia é encaminhado para cirurgia geral, lá será solicitado os exames, e o paciente vai ser preparado no ambulatório, e a cirurgia será marcada, e assim por diante. As cirurgias da neurocirurgia parte vêm de Presidente Dutra, como cirurgias de coluna, aneurisma, aí os pacientes são preparados lá, vem para operar aqui, e depois voltam para lá, fazendo a contrarreferência [...].

Apesar das respostas positivas da gestão estadual atual quanto as suas responsabilidades na regulação; percebe-se que as diferenças intrarregionais no acesso aos serviços de saúde são ainda visíveis conforme os depoimentos acima referidos, principalmente referentes as barreiras geográficas e organizacionais (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Segundo Travassos e Castro (2012), as barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde, ou seja, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde.

Aguilera et al. (2013) em estudo sobre as iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de média complexidade em saúde na região metropolitana de Curitiba revelou que à medida que aumenta a distância entre os municípios e a capital; verifica-se piores condições de vida e saúde e maiores iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Verifica-se a existência de problema decorrente do transporte, insuficiente às demandas locais, a exemplo dos Hospitais de Pequeno Porte, que possuem apenas uma ambulância; e que muitas vezes encontra-se em manutenção, e ainda prestam assistência de saúde para todos os municípios vizinhos. No hospital de Médio Porte, verifica-se uma situação bem melhor, ele conta com duas ambulâncias, o qual o município conta com o apoio do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para condução dos usuários, vítimas de acidentes de trânsito..

Segundo Mendes (2011), a significação do sistema de transporte em saúde de pessoas é maior nos sistemas públicos organizados com base territorial, tal como o SUS, em que as redes se constroem com concentração relativa dos serviços de atenção secundária e terciária em polos micro e macrorregionais, impondo deslocamentos, mais ou menos frequentes, à população, por distâncias razoáveis e em condições, muitas vezes, precárias. Portanto, a instituição do

subsistema de transporte em saúde de pessoas é uma condição para o funcionamento eficiente e com equidade das RASs<sup>77</sup>.

No SUS, o módulo do transporte em saúde de pessoas em situação de urgência e emergência é parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A proposta inicial do SAMU foi de estruturar-se por base municipal. No momento, há estados, como Minas Gerais e Santa Catarina, que buscam ampliar o escopo do SAMU, para que se articulem regionalmente, em RASs, abrangendo os territórios macro e microrregionais das redes de atenção a urgência e a emergência. Essa tendência tem sido incorporada pelo Ministério da Saúde (MENDES, 2011).

Constatou-se, portanto, que há certa dependência de um dos hospitais de pequeno porte com o município de São Luís, pois constantemente são transferidos usuários vítimas de acidentes para a capital do estado. A alta complexidade apresentou importante estrangulamento na área de traumatologia e ortopedia cirúrgica, tanto é que além das transferências contínuas, o hospital vem desenvolvendo, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado, os mutirões em ortopedia, segundo o gestor: “[...] Isso acontece por meio de mutirão, que todo mês o Estado manda, e aí gente divulga, e aí no prazo de trinta pessoas para o médico fazer essa avaliação [...]”.

Em outro hospital de pequeno porte constatou-se forte dependência deste com os outros municípios, conforme se destaca:

[...] A nossa unidade é a Porta de entrada, a gente recebe todos os pacientes, e nós vamos referenciar eles. Por exemplo, obstetria se a gente receber uma parturiente de alto risco a gente encaminha esses pacientes para Alto Alegre, lá que é nossa referência. Se a gente receber um paciente politraumatizado, a gente encaminha esse paciente para Presidente Dutra, lá é nossa referência porque lá temos médicos neurocirurgiões e neurologistas para realizar os exames e determinados procedimentos que o paciente necessita. E tem a ortopedia nossa referência é Peritoró, paciente com fratura exposta, paciente grave. Se for uma fratura fechada, a gente fica com o paciente, e vamos regular ele, para quando o leito surgir encaminhar o paciente para realizar o procedimento cirúrgico ou não. Temos avaliações ortopédicas no município vizinho que é Lago da Pedra, lá a gente consegue essas avaliações, referente aos pacientes ortopédicos quando é uma fratura fechada [...].

Como se pode observar pelo depoimento acima, que para a organização dos serviços de referência e contrarreferência, são necessários os fluxos e as centrais de regulação como forma de equalizar a oferta de serviços intermunicipais em uma região de saúde.

---

<sup>77</sup> As Redes de Atenção à Saúde (RASs), categoria que será discutida e ampliada na próxima seção.

Para Eri Shimizu (2013), as dificuldades de gestão do processo de regionalização em saúde no país, ocorrem, sobretudo devido à fragilidade da capacidade técnica dos entes envolvidos: Ministério da Saúde, estados e municípios, que não estão adequadamente preparados para conduzir o processo de gestão compartilhada de acordo com que preconiza o SUS.

No desdobramento da assistência qualificada presente na categoria do acesso quanto aos aspectos: disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, os depoimentos proferidos dos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos dos hospitais de pequeno porte (Regional de Morros e Lago dos Rodrigues), foram avaliados pelos mesmos como “regular” e “boa”. Enquanto, no hospital de médio porte (Macrorregional de Coroa), foram mais avaliadas e se direcionaram majoritariamente às respostas: “excelente”, “ótima” e “boa”. Os motivos ressaltados foram principalmente devido à falta ou presença de equipamentos e ao quantitativo de profissionais, suficiente ou insuficiente, na equipe, especialmente a ausência de profissionais em áreas especializadas. Como ilustram as falas:

[...] Temos um excelente laboratório de análises clínicas, a gente sabe o padrão do Cedro, né! Aqui a gente faz muita coisa, desde os exames mais simples aos mais complexos, o que a gente não faz aqui leva para São Luís, e isso ajudou muito na região porque muita gente não teria acesso a esses exames [...]. Enfim, temos uma sala de centro cirúrgico que podemos intervir de alguma forma, em um ou outro caso, na parte obstétrica podemos intervir com uma cesariana ou com uma curetagem, temos as cirurgias eletivas que são cirurgias pré-agendadas, a maior parte das cirurgias são ginecológicas, a gente trabalha com a laqueadura, faz a histerectomia, faz uma hernioplastia, as cirurgias que o cirurgião pode fazer ele faz. Fazemos porque tem uma necessidade muito grande, mas que o trabalho poderia de ser de outra forma né! Todos sabem que deveria ter um anestesista, um médico auxiliar e várias outras coisas. Temos um carro de parada com um desfibrilador e com as medicações necessárias para reanimar o paciente [...]. Temos uma nutricionista todo dia supervisionando a produção de alimentos. Nós temos três áreas de grande demanda aqui, a emergência, centro cirúrgico e internações e só temos cinco enfermeiros trabalhando. Hoje, nós precisaríamos de quinze na realidade, e no funcionamento normal deveria ter pelo menos dez enfermeiros e hoje temos cinco enfermeiros, mas acredito que a equipe que está entrando agora vai repor isso [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] aí tem mais tipo qualidade de serviço nesse hospital, aqui inicialmente era para ter quatro médicos de plantão, seria no caso um cirurgião geral, um obstetra, um clínico e um pediatra. Hoje só existem dois. Somente dois! O cirurgião geral faz parto, faz uma cirurgia eletiva, trabalho de parto, atende um acidentando, e eu faço a parte clínica, eu passo a ser um clínico generalista, faço pediatria, dermatologia, mas necessita de apoio técnico e integralidade dos próprios profissionais que trabalham. Eu vejo desse jeito [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] O hospital é um hospital híbrido de 20 leitos que não tem um padrão. O que fazer com um hospital de 20 leitos? Com dois profissionais que deveria ser quatro? A Secretaria fez esse projeto do hospital. Mas temos aqui centro cirúrgico, com duas salas, temos sala de parto, enfermaria, temos encaminhamentos, serviço de traumatologia e não há uma cobrança porque não temos uma equipe qualificada dentro do hospital para que sejam cobrados os serviços que fazemos. Dessa forma, os serviços cadastrados que são obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica e pediatria falta oferta de profissionais, somos um em três, mas só temos dois plantonistas. Esse hospital precisa ser ampliado e até o momento não aconteceu isso, não está previsto. Nós queremos um avanço no atendimento trauma ortopédico, um avanço obstétrico neonatal, não temos o pediatra dentro da equipe, temos o berço aquecido, temos o equipamento de incubadora, não temos o respirador infantil, não temos equipe treinada. Fazemos o atendimento neonatal imediato, mas se precisar depois encaminhamos para São Luís [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] em termos de trabalho de equipe acho ótima! É interdisciplinar, mas temos muito demanda para pouco profissional, como você vê, um enfermeiro para cobrir as três áreas, e antes era dois enfermeiros para todo hospital [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE MORROS).

[...] Aqui assim é tudo muito bem estruturado. O hospital foi desenhado pra funcionar da forma legal né. Tem um centro cirúrgico bom. As enfermarias, elas são bem organizadas. O serviço de atendimento lá fora e aqui dentro, o pessoal sabe diferenciar quem tá em cada setor e qual a função de cada um. Então assim, a partir daí a estrutura física diferenciou bem o hospital. Tem a parte de emergência lá fora. Uma parte de enfermaria aqui dentro. E um serviço cirúrgico que funciona. Agora falta equipamento. A gente não dispõe de um ventilador mecânico [...] O monitor que a gente tem aqui já é um pouco defasado [...]. Já tá um pouco ultrapassado. A gente tá sem desfibrilador na unidade. Então assim, se precisar intubar um paciente, fazer qualquer procedimento, vai se tornar um pouco mais difícil. Mas em termo de estrutura física... O físico mesmo ...O corpo do hospital é bom. O que tá faltando é equipamento. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

[...] O nosso hospital ele tá inserido num contexto que a gente tem uma cidade é... não tão grande né, com uma população um pouco restrita e assim, comparado com outras cidades do interior né, do mesmo porte populacional a gente percebe que o hospital ele tá bem estruturado. Lógico... deveria ter coisinhas a mais que a gente não tem.[...] Se a gente for comparar com as outras cidades a gente tá um pouquinho acima em termo de estrutura né, questão de medicamentos que a gente tem né a disposição. A gente tem um porte de medicamentos bons né, que dá pra gente tratar muitas doenças sem que o paciente saia do município né. [...] Alguns exames...alguns exames eram realizados. Entretanto, a gente é tá sem... sem os mesmos. Mas a gente tem uma estrutura boa né. O laboratório da gente hoje né, na data de hoje tá um pouco defasado. A gente tá um pouco sem alguns exames né. [...] No momento a gente tá sem realizar alguns exames como hemograma né. E antes a gente tinha... exames básicos como hemograma né, ureia, creatinina. Alguns exames de bioquímica que a gente não tá realizando no momento. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

[...] Então, em relação a assistência prestada acho ótimo o atendimento. A equipe que trabalha sempre busca algo para transmitir aqui dentro. O que nós temos dar para seguir em frente. Seria muito viável se tivesse um ginecologista e um pediatra porque o atendimento maior é esse. Também tem a questão da ortopedia que a gente tá sempre encaminhando [...].

(PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Eu avalio como sendo muito boa a assistência que o hospital em si faz. É surpreendente quando eu cheguei aqui a quantidade de equipamentos novos que a gente encontrou, que eu encontrei especificamente. É tanto do ponto de vista de monitorização, assistência ventilatória, de conforto do paciente, realmente um hospital muito bem estruturado para atender aquilo que ele se propunha na época [...] A gente tem ainda uma grande dificuldade na referência para nível superior, mesmo a nível paralelo, complementar o que a gente tem aqui porque nós não temos todas as especialidades, claro não seria possível ter todas. E aquelas que não temos, nós temos bastante dificuldade de fazer a referência [...] Hoje, eu diria o que faz falta pra mim essencialmente é uma equipe de cirurgia pediátrica, uma equipe de gastro pediatria e uma equipe de cardiologia pediátrica. Essas três especialidades, elas complementariam o nosso trabalho e ajudaria muito. É provavelmente se a gente tivesse aqui essas três especialidades a gente diminuiria em 90% os pacientes que nós encaminharmos. Então, essas três especialidades seriam essenciais. Eu não me refiro as outras especialidades porque realmente você pode fazer complemento em outro hospital [...] Olha em relação à assistência eu quero acrescentar mais, em relação à equipe multidisciplinar. Mesmo eu já tenha trabalhado em outros hospitais grandes. Em nenhum deles eu tive fisioterapia vinte quatro horas a disposição, fonoaudiólogo a disposição, não é vinte quatro anos, mas é doze horas por dia e terapeuta ocupacional, ou seja eu tenho um bom pessoal complementar, uma boa equipe multidisciplinar que eu não tinha em outros lugares. Agora nós tínhamos a psicóloga que dava assistência de mais perto e isso nós não estamos mais tendo. Isso faz falta pra gente [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Com relação a qualidade da assistência eu considero ser boa [...]. Aqui temos uma equipe de enfermagem que atua de forma satisfatória aqui dentro do hospital, com relação à equipe médica neste hospital temos alguns especialistas que em outros locais não dispõe, eu acredito que pra complexidade do hospital é satisfatório [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Equipe completa! Médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, fonoaudiólogos, todos! Média e alta complexidade funcionando todo tempo, aqui é um hospital macrorregional, realizam cirurgias de pequeno porte e médio porte, neurocirurgias [...] O serviço não trava, não para, o serviço tem continuidade [...] A dificuldade que tem aqui porque alguns exames não são realizados aqui na unidade, às vezes demora, exames mais complexos, tipo a ressonância magnética, pela central de regulação, vai para São Luís ou Caxias. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] A gente tem um leque de opções, de serviços muito grandes, inclusive nas especialidades dentro dos macrorregionais dessa interiorização da medicina no Maranhão. É um dos hospitais que tem mais serviços especializados, tem a UTI adulto, tem a UTI neonatal, tem o serviço de neurocirurgia, obstetrícia, cirurgia geral, urologia e até dentro da UTI adulto a gente tem um diferencial de ter o serviço de fonoaudiologia e odontologia [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Por ser um hospital de grande complexidade, a gente tem a disposição bastantes exames, diagnósticos, laboratório e centro cirúrgico com o material. Isso facilita demais. Tem muito recurso a disposição. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Hoje eu tenho como titulação onde eu trabalho como uma assistência como excelente porque a gente tem um dimensionamento de pessoal de acordo com os requisitos, a gente tem equipamentos, a gente tem estrutura, a gente tem vários profissionais, de várias áreas, pode fazer vários tipos de acompanhamentos desde o clínico até o agravamento de um paciente, a gente tem as UTIs, em caso se não ter lá, tem a semi-intensiva, a nível de equipamentos tem a tomografia. A gente está com uma estrutura de ressonância também, está só aguardando a reforma pra vim a ressonância.

[...] Bom, sobre a qualidade prestada no hospital eu considero como excelente porque existem várias especialidades na casa, tipo tem cardiologista, nefrologista, cirurgião geral, clínica médica, pediatras e obstetras. O hospital também é composto de duas UTIs, uma neo e uma adulto onde atende toda a demanda do município e dos povoados [...]. (PROFISSIONAL HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Em termos profissionais aqui a gente eu costumo dizer que a gente é bem agraciada, um hospital desse de alta complexidade no interior do Maranhão foi assim de um tremendo compromisso e coragem tá. Então, a gente tem um hospital desse com UTI Neo, UTI adulto, centro cirúrgico com quatro salas, clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia. Na minha opinião foi de extrema importância, ta! [...] A gente tem uma equipe de neurocirurgia pra atender trauma, TCE da cidade e de outras localidades, e as cirurgias eletivas como artrodese, de coluna e aneurisma cerebral [...]. Então, o atendimento prestado aqui nesta unidade pela equipe multiprofissional, a gente tem um verdadeiro compromisso [...]. (PROFISSIONAL DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

O achado sobre a falta de quantitativo suficiente de equipamentos e profissionais nos hospitais regionais de pequeno porte corrobora com o estudo realizado em três emergências de alta complexidade no município de Recife, pois neste as piores avaliações se concentraram nos itens de equipamentos e insumos com 53,7% de “ruim” e 35,4% de “regular” e para a quantidade de profissionais com 39,1% de “ruim” e 34,8% de “regular” (MENDES et al., 2013).

Por sua vez, Aguilera et al. (2014), acreditam que o fenômeno sobre a falta de profissionais suficientes para atendimentos de serviços de saúde de média complexidade se deve provalvemente à dificuldade encontrada pelos municípios mais afastadas da capital na contratação e manutenção de profissionais de saúde, à baixa resolutividade na atenção primária, à ausência de protocolos clínicos e de regulação.

No tocante a falta de profissionais, um dos depoimentos expostos, o profissional de saúde afirmou de forma categórica que a qualidade da assistência era ruim traduzida pela falta de profissional especialista na equipe, assim expresso na fala:

[...] a gente precisa de um especialista, a gente não tem aqui, um cardiologista, e pra mandar para São Luís é complicado porque nem sempre tem leito, ou então, um gastro, um neuro, a gente tem essa dificuldade de mandar o paciente [...] Precisaria de um neurologista clínico. A qualidade da assistência é ruim porque não tem um especialista [...].



(PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Precisamente, no item “falta de profissionais especialistas”, a percepção dos profissionais neste estudo, se aproxima de outro estudo sobre os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a segurança do paciente; o qual aponta ser problema grave a carência de profissionais médicos e de enfermagem, dado que dois terços dos hospitais avaliados não possuem equipe médica e de enfermagem destinadas ao atendimento às urgências e um quarto não possui equipe para acompanhamento da mãe e filho durante o parto e o puerpério (CORRÊA, 2009).

No estudo de Silva et al. (2017) sobre a oferta de consultas especializadas pelo SUS de maior dificuldade de acesso em municípios de pequeno porte em uma das regionais de saúde do Paraná, constatou-se nas especialidades de ortopedia, neuro-pediatria, urologia, reumatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia foram consideradas insuficientes. Estas são as especialidades de maior dificuldade de acesso neste estudo.

Em outro estudo sobre os hospitais de pequeno porte (HPP) e sua inserção no SUS, identificou-se que a carência de recursos humanos agrava o nível de resolubilidade dessas unidades, uma vez que se observou que apenas 26% dos HPP tinham obstetra, 18% tinham pediatra, 23% tinham cirurgião geral e 34% tinham médico clínico geral (UGÁ; LOPEZ, 2007).

Enfim, no estudo de Rodrigues (2016) sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, observou-se que ambos os municípios as crianças vivenciaram episódios de dificuldade de acesso, sendo a falta de profissionais médicos e de vaga foram os principais referidos de ocorrência do desfecho. Em São Luís, registrou-se o percentual de profissionais médicos (15,8%) e vagas (13,3%). Já, em Ribeirão Preto obteve-se para falta de profissionais médicos (30,4%) e falta de vagas (18,1%).

Diante do exposto, percebe-se que as necessidades de saúde dos usuários ou as demandas por serviços de saúde não estão sendo atendidas a contento, o que se verificou nos municípios e hospitais estudados. Com isso, nota-se que as garantias de acesso não estão sendo cumpridas de acordo com os princípios do SUS ligados a universalidade, equidade e integralidade; reafirmando a permanência de desigualdades não só no Estado do Maranhão, mas, sobretudo

também nas regionais existentes no Brasil, de acordo com os outros estudos exemplificados aqui.

Diante desse contexto das desigualdades de uso e oportunidades de serviços de saúde é que surgem outros conceitos do termo em questão, como acesso efetivo, eficiente e acessibilidade, mas que também foram revisados por Travassos e Castro<sup>78</sup>.

O acesso é considerado efetivo quando a satisfação do usuário se torna positiva, com isso, é um domínio mais abrangente porque envolve o processo de cuidado, e o acesso eficiente se relaciona as mudanças nas condições de saúde e na satisfação em relação ao volume de serviços utilizados (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

A acessibilidade, segundo Donabedian (1973) não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Enquanto, para Starfield (2002), a acessibilidade depende da existência de uma oferta disponível para resolver os problemas de saúde ou a disponibilidade de um primeiro contato (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Essas características do acesso (efetivo, eficiente e acessibilidade) presentes na conceituação de autores estrangeiros (ANDERSEN, 1995; DONABEDIAN, 1973; STARFIELD, 2002) e também de autores brasileiros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; CASTRO, 2012) foram evidenciados em um depoimento particular de um profissional de saúde ao referir-se:

No caso, em relação ao acesso eu acho viável devido a regulação né porque nós atendemos várias especialidades e 74 (setenta e quatro) municípios. Então, eu acho acessível em relação a regulação também. Tem porta de entrada com urgência e emergência, obstetrícia e trauma. O paciente sofreu o acidente, a SAMU tem acesso aqui, assim como a gestante. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Este depoimento supracitado foi pertinente porque trouxe à tona além dos aspectos conceituais do termo acesso, a própria questão da política nacional de atenção hospitalar e dos aspectos inerentes da organização do Sistema Único de Saúde presente por meio do Decreto 7.508/11. O primeiro que trata que o acesso à atenção hospitalar deve ser realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea. O segundo, o Decreto que define as portas de

---

<sup>78</sup> Para ver mais sobre o assunto, Cf. TRAVASSOS; MARTINS, 2004.

entrada, que se efetivam através da atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a).

Um aspecto importante de ser ressaltado que aparece em um dos depoimentos é a percepção da integralidade da equipe. O profissional enfatizou sua insatisfação ao dizer que:

[...] necessita de apoio técnico e integralidade dos próprios profissionais que trabalham [...]. Além dessa deficiência que nós temos de integralidade de profissionais, tentar formar uma equipe que todos estejam engajados nos mesmos propósitos. Temos falta de outros profissionais de outras especialidades, de outras tecnologias, precisaríamos de um ultrassonógrafo, um tomógrafo [...].

Entende-se que o sentido expresso pelo profissional de saúde no trecho acima remete à questão da integralidade fragmentada. Segundo Mattanó e Araujo (2016), essa forma de entender a integralidade perpassa as questões pertinentes à interdisciplinaridade, no que tange a relação dentro das equipes e a falta de organização do sistema de saúde.

A integralidade fragmentada na equipe de saúde pressupõe que a conquista da saúde e a execução do cuidado são feitas por várias partes que se juntam como se fossem tarefas, concluídas individualmente. Portanto, na falta de algumas dessas tarefas, a integralidade não é alcançada. Então, de fato o profissional foi correto ao referir que a falta de integralidade interfere na qualidade da assistência prestada, portanto, entende-se, em consonância com os autores, que o multiprofissionalismo pode facilitar uma atenção integral.

Dessa forma, reitera-se que há uma fragmentação do sistema de saúde, aqui percebida na ótica da integralidade fragmentada em níveis de atenção que se apresenta na falta de materiais e instrumentos, na dificuldade de acesso aos exames de média e alta complexidade e à falta de comunicação com os profissionais da rede. Entretanto, é importante destacar que para poder realizar um atendimento integral não se deve dividi-lo em partes, e sim pelo entendimento de sua integração, ou seja, promovendo articulações de diálogos e integração dos saberes (MATTANÓ; ARAUJO, 2016).

Enfim, a integralidade deve ser compreendida sempre no seu sentido mais amplo de garantia ao cidadão de ações e serviços contínuos e articulados dentro do sistema, ou seja na rede de saúde e nunca isoladamente dentro do município (SILVA et al., 2017).

Claro, exceto no sentido de um serviço que esteja ali estabelecido, mas que em alguma situação exista a necessidade da pessoa ser referenciada para um serviço situado em outro município para o atingimento da integralidade, e conseqüentemente ao acesso aos serviços de saúde mais complexos (SILVA et al., 2017). Situações essas vistas no cotidiano dos hospitais estudados.

### **5.5 Avaliação da assistência qualificada: a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**

As redes de atenção à saúde<sup>79</sup> passaram junto com a tensão do acesso e a qualidade da assistência a ser a grande agenda do SUS.

Pelo exposto na primeira categoria “acesso” de avaliação da assistência qualificada, observou-se que os cenários estudados (municípios e hospitais) transitam campos complexos de tensões das demandas e das ofertas aos usuários no contexto dos conturbados (falta de serviços, equipamentos e recursos humanos) ambientes dos profissionais da saúde e gestores. Com isso, verificou-se que a expansão da rede com assistência qualificada é um desafio de concretizar o SUS na sua universidade real e igualdade de acesso.

Sem dúvida, o desafio posto é o processo de organização das redes compreendido aqui e analisado, a partir de Mendes (2011) e Silva, S. et al. (2013), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, e sobretudo aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com qualidade. Preceitos também consoantes com as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual consta a seguinte

---

<sup>79</sup> Na realidade, a proposta de RASs é antiga, foi descrito pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson (MENDES, 2011). O Relatório Dawson propôs a denição de bases territoriais e populações-alvo na organização de redes regionalizadas de serviços de saúde. A porta de entrada do sistema seria o centro de saúde primário. Os centros de saúde seriam o núcleo do sistema, sendo que os médicos generalistas teriam a função de definir o fluxo do paciente pelo sistema. Localizados em vilas, estariam ligados de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando em porte e complexidade. Os casos que não pudessem ser resolvidos nesse nível seriam referenciados aos hospitais. Para garantia do cuidado integral, a regionalização da saúde deveria se basear em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência de recursos em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob único comando e deveria operar de forma coordenada por meio de mecanismos de referência entre níveis e territórios, alimentados por um sistema de informação e transporte. Após a vitória do Partido Trabalhista no pós-guerra, o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente foi implantado na Inglaterra em 1948, o National Health Service (NHS), 28 anos depois do lançamento deste relatório (LIMA et al., 2012b).

conceituação das RAS: “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, não paginado).

Ademais, no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no Art.7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com as diretrizes pactuadas nas comissões intergestores” (BRASIL, 2011a, não paginado).

O processo de organização das redes expõe claramente os desafios do SUS, caracterizado por intensa fragmentação de serviços, programas e ações de saúde expressadas no financiamento público insuficiente, da demanda por mais equipes de saúde, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; fragilidade na gestão (presença de novos modelos de gestão) do trabalho com o grave problema de precarização, necessidade de transparência e diálogo (participação popular) nos espaços das Comissões Bipartites em cada Estado. Esses elementos emergem nas falas dos sujeitos entrevistados neste estudo.

As RASs<sup>80</sup> são organizações poliárquicas<sup>81</sup>, ou seja, implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, visam uma atenção integral e devem funcionar sob coordenação da APS de maneira a prestar atenção oportuna, em tempo e lugares certos, ofertando serviços com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade, além do cuidado multiprofissional, devem primar pelo compartilhamento de objetivos e resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

---

<sup>80</sup> As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A população de responsabilidade das RAS deve ser cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários e organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários. A estrutura operacional das RAS compõem-se de cinco componentes: o centro de comunicação, APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2011).

<sup>81</sup> Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, ou seja não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As RASs são também denominadas por Silva, S. et al. (2013, p. 38), como rede de serviços de saúde, sendo “a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade de um determinado território, que no SUS é a região de saúde [...]”.

Silva, S. et al. (2013) referem que as redes são sinônimos de integração; sem integração, não há rede. Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 335) complementam,

[...] nessa visão, a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Diante desse contexto, emerge a percepção dos usuários sobre a necessidade da integralidade do cuidado em saúde que segue ao encontro do referencial teórico enfatizado por Mendes (2011), que as redes possibilitam a continuidade do cuidado para o alcance do princípio constitucional e normativo do SUS, a integralidade. Assim, o primeiro usuário relata que o cuidado quando necessário vai além do hospital de origem, sendo o mesmo, o responsável pelo encaminhamento; o segundo usuário refere a necessidade de cuidado fora do hospital atrelado a necessidade de especialista e vaga em outro hospital, e o terceiro refere que gostaria que o hospital tivesse todos os atendimentos.

Senhora para mim nota é 10 porque a valência que temos esse hospital, nós corre tudo para ele, aqui tem isso eles guiam a gente, vão deixar a gente em São Luís, a gente chega aqui toma o remédio, a gente agradece que temos aqui esse mais perto. Porque estamos longe, às vezes não temos dinheiro para transporte para São Luís. Eles dão muita assistência aqui pra gente. (USUÁRIO DO HOSPITAL DE MORROS).

[...] O motivo da dificuldade que estou achando é a demora nessa transferência. Eles falam que depende de São Luís, desocupar um leito. Por causa tenho uma lesão, uma mancha no pulmão e aqui não tem esse especialista, um pneumologista. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACROREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Porque aqui a gente sabe que é o básico aqui né. A gente gostaria que fosse atendimento pra tudo, mas não é. Graças à Deus a gente tem pelo menos isso. Mas aí na hora que precisa sair já tem aquela dificuldade. Eu creio que não por culpa do pessoal que trabalha, mas pelo... a dificuldade mesmo de condições financeiras. Ambulância... leito fora né... tudo isso dificulta [...]. (USUÁRIO DO HOSPITAL MACROREGIONAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Nesse contexto analítico aqui exposto ressurgem a conceituação de Travassos e Castro (2012) bastante analisada anteriormente sobre o acesso, que a integralidade da atenção à saúde não deve ser vista apenas sob o aspecto da organização dos recursos disponíveis, mas principalmente a partir do fluxo do

usuário para o acesso aos mesmos. Desse modo, a estruturação de fluxos de integração entre os diferentes níveis de assistência do SUS, devem caminhar para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde que possibilitam a superação das fragilidades de fragmentação do cuidado de saúde referidas nas falas acima.

Para que que isso se efetive é necessário que as redes de atenção a saúde tenham alguns atributos que são essenciais ao seu funcionamento: população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos; atenção primária em saúde como coordenadora do cuidado; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação; continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único para toda a rede; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos e legitimados pela rede; sistema de informação integrado, financiamento tripartite garantido e suficiente; ação intersetorial e gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; LIMA et al., 2012a; DUBOW; BASTOS, 2013).

Dubow e Bastos (2013), ressaltam que para conformação das redes de atenção à saúde o seguimento dessas premissas citadas são essenciais, mas principalmente respeitar as distintas realidades locais, de modo a garantir a integralidade conforme as necessidades em saúde específicas de cada território.

As autoras enfatizam que a rede de atenção à saúde deve ser composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde disponíveis em um determinado território geográfico, no entanto, a rigor, a construção de uma rede implica mais que a atendimentos, ou seja, além disso, é necessário a garantia de comunicação, resultando em processos de atenção e gestão que construam a integralidade do cuidado (DUBOW; BASTOS, 2013).

Entretanto, as autoras em consonância com Hartz e Contandriopoulos (2004), referem que o modelo de um “sistema sem muros”, regionalizado, integral e resolutivo, capaz de eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, tem se mostrado de difícil operacionalização, segundo os autores:

A concretização dessa imagem ideal de um ‘sistema sem muros’, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privados -, ligados por corredores virtuais que ultrapassam de fato fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das

oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para sua efetiva implantação. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Sabe-se que poucos municípios são capazes de oferecer sozinhos toda a oferta de serviços que a população precisa; desde as ações de atenção básica, como as média e alta complexidade. Assim, pequenos municípios brasileiros têm dificuldades de organização, planejamento e assistência adequada para o atendimento da população. Portanto, Dubow e Bastos (2013), reforçam a importância da rede de atenção à saúde para que se consiga dar conta de todas as necessidades de saúde de seu território.

Para isso, menciona-se a necessária efetivação do processo das regiões de saúde definidas de acordo com Art. 2º do Decreto 7.508/11 como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, não paginado).

No campo na gestão, uma alternativa que vem sendo defendida para os diversos municípios do atendimento dos serviços de média e alta complexidade no SUS, como solução para o enfrentamento dos problemas de gestão do setor público, é a terceirização da gestão, destacando-se as chamadas Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) mencionadas pelos gestores, como ilustram as falas:

[...] É a dificuldade que nós encontramos foi com os institutos. Como você sabe foi aberto licitação para os institutos<sup>82</sup>. Quando assumimos aqui era o ICN. Foi para aberto licitação com o Instituto Corpore que também não fez uma boa gestão, e daí a razão passou um ano conosco [...].

[...] O INVISA<sup>83</sup> gerencia toda unidade, desde a higienização, assistência, nutrição, manutenção de equipamentos e os funcionários contratados [...].

Os resultados de sua implementação prática, contudo, distanciam-se dos princípios do SUS e a literatura também registra diversos limites e problemas como: ações pontuais e participação limitada da comunidade no controle social; problemas

<sup>82</sup> Os Institutos Cidadania e Natureza e Corpore citados são as OSCIPs foram substituídas pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) que é uma empresa pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Criada em 2012, por meio da Lei Estadual Nº 9.732 (EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2017).

<sup>83</sup> O INVISA é uma organização da Sociedade Civil de Interesse Público, denominada de OSCIP conforme o que determina a Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. O Instituto Vida e Saúde (INVISA) poderá fazer parcerias com os órgãos públicos, na sua condição de OSCIP, sem necessidade de licitação, conforme regulamenta a Lei n.º 8.666/93 (INSTITUTO VIDA E SAÚDE, 2017).



no que diz respeito ao gerenciamento de pessoas, com inexistência de planos de cargos, salários e carreira e significativa informalidade na progressão funcional, com impacto negativo no desempenho organizacional e na produção de serviços (LORENZETTI et al., 2014).

Atualmente, o Hospital Regional de Morros e o Hospital Macrorregional de Coroatá estão sob a gestão da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), e o Hospital de Lago dos Rodrigues sob a gestão do Instituto Vida e Saúde (INVISA).

A opção de gestão pelas organizações sociais para execução dos serviços de saúde tem-se sido questionada por estudiosos dessas questões, uma vez dada à clara privatização das unidades estatais. Em Pernambuco, por exemplo, conforme pesquisa sobre as organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde, evidenciou que os gestores estaduais naquele estado defendem o modelo de gestão como forma de expandir a prestação de serviços públicos; especialmente os serviços de média e alta complexidade (PACHECO et al., 2016).

Segundo Pereira (2008), o repasse dos serviços as organizações sociais não se configura como um processo de privatização, mas de publicização, ou seja, a transferência da gestão de bens e serviços públicos a cargos de entidades autárquicas e fundacionais. O conceito em si difere de uma privatização que seria a venda de ativos públicos que não devem mais permanecer no setor público.

Os conceitos de Pereira (2008) foram destacados pelos gestores estaduais de Pernambuco para justificar a defesa desse modelo de gestão como forma de expansão dos serviços públicos de saúde, segundo Pacheco et al. (2016).

Particularmente, a presença de entidades não estatais na saúde no Maranhão não é um fato novo. Ao contrário, o processo de aprovação do projeto de reforma do aparelho estatal seguiu paralelo ao projeto de administração e Reforma do Estado de Pereira (2002), tendo sido iniciado no governo de Roseana Sarney (SILVA, I., 2011).

Segundo Silva, I. (2011, p. 18),

[...] em 1998, Roseana Sarney foi a primeira governadora a aplicar o modelo de reforma do Estado implementado no âmbito nacional, ao realizar a 'reforma e a reorganização administrativa' do Estado do Maranhão, instituída pela Lei nº 7.356. Fernando Henrique, presidente do país naquela ocasião, aplaudiu a iniciativa, principalmente pela perspectiva dessa

experiência orientar as outras unidades da Federação em direção à meta de colocar o Brasil em conexão com o mundo globalizado.

Silva, I. (2011) acrescenta que o processo de privatização ou publicização como denominado por Pereira (2002) das unidades de saúde sofreu resistência dos movimentos populares e Conselho Estadual de Saúde, mas na época foram barrados, e a reforma logrou êxito no Maranhão. Contudo, observa que o processo de privatização ou publicização perdura até hoje no contexto da gestão das unidades de saúde do Estado, questão apontada nos depoimentos dos gestores entrevistados.

Sabe-se que uma entidade não estatal, ao exercer as atividades antes exercidas diretamente pelo Estado, nada mais é do que uma forma de orientar os processos de reforma por diretrizes do mercado; portanto configura sim como um processo de privatização. Pode-se dizer que se está diante de mais uma construção ideológica para mascarar a expansão do capital em áreas antes consideradas essencialmente públicas e amenizar a responsabilidade do Estado por tamanho assalto às conquistas das classes populares (PACHECO et al., 2016; BRAVO, 2016; SILVA, 2003).

Com base em outro estudo, Pacheco et al. (2016) reitera que o processo de fiscalização das organizações sociais ainda tem percalços, como a dificuldade de acesso às informações por parte dos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Contas, e mesmo, internamente, pelos órgãos de Controle Social do SUS. As organizações por serem entidades que recebem recursos públicos, deveriam garantir mais transparência e acesso irrestrito e sem burocracia a qualquer informação solicitada de forma ágil.

Os gestores foram unânimes em reconhecer as dificuldades inerentes de financiamento e transferência de recursos do SUS, mas enfatizam que estão conseguindo manter os serviços dos hospitais funcionando, tentando garantir serviços de qualidade como apontam os seguintes depoimentos:

[...] A gente realiza cirurgias eletivas aqui em nossa unidade, e acaba que atendemos também as cidades vizinhas, como Igarapé Grande, Lago da Pedra e Lago do Junco [...] Antes da implantação desta unidade aqui os pacientes eram transferidos para outras cidades [...] E, hoje não, os partos normais são realizados aqui na unidade, e o parto cesáreo quando o cirurgião está de plantão [...].

[...] Assim, por enquanto a gente está tendo o recurso muito bem assim para agente está trabalhando, ajudando a população [...] A questão do Hospital Regional de Morros que agrega toda região do Munim, ajudamos muito nesta questão de Raio x, que não tem nos municípios, né! No Hospital regional de Morros já tem Raio x, o exame de laboratório trabalhamos com

o Cedro, todos os dias tem exames vinte quatro horas, o raio x funciona vinte e quatro horas, diariamente temos dois médicos na casa que é um cirurgião e um clínico. O clínico fica na frente, atende a urgência e emergência e faz os atendimentos de ambulatório e consultas, e o cirurgião fica todo tempo no centro cirúrgico.

[...] E mantendo a estrutura do hospital dentro dos padrões que recebemos. E tentando melhorar sempre. As equipes médicas trabalhando todas. A neurocirurgia funcionando, a ortopedia funcionando, a ginecologia e obstetrícia funcionando. Ampliamos com a dermatologia também que não havia quando assumimos. Então, de modo geral, apesar de todas as dificuldades que o país atravessa e conseqüentemente os Estados e Municípios, mas o nosso hospital eu acredito que pelo menos a gente sente que há a satisfação por parte daqueles pacientes que são atendidos aqui em Coroatá porque nós atendemos mais de setenta municípios.

Dados analisados por Funcia (2017) mostram que houve um aumento da participação dos municípios e estados no financiamento do SUS no período de 1991 a 2014, e em relação aos municípios verifica-se um aumento de 12% a 31%. Quanto aos Estados, houve um aumento de 15% a 26% destes recursos disponíveis, tendendo sofrer mudanças com o início da vigência da regra do “teto” da (EC) nº 95/2016<sup>84</sup>, para a saúde a partir deste ano de 2018, especialmente nesse cenário de recessão econômica que afeta negativamente as receitas e amplia a demanda por serviços públicos, sobretudo na área da saúde (FUNCIA, 2017; MENDES, 2017).

Considerando os parâmetros internacionais, enquanto os países com sistemas semelhantes ao do SUS, que alocam 6% do PIB no mínimo, no Brasil a aplicação consolidada (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) em ações e serviços públicos de saúde corresponde a 3,9% do PIB<sup>85</sup>. Em outros termos, com a (EC) nº 95/2016, essa diferença aumentará ainda mais com consequência do desfinanciamento federal e diante da impossibilidade das demais esferas de governo alocarem recursos adicionais para compensar a queda que virá com o “teto” de recursos orçamentários para o Ministério da Saúde (FUNCIA, 2017).

A preocupação com o financiamento insuficiente por conta das transferências de recursos para as ações de saúde também está presente nas falas dos profissionais de saúde entrevistados:

[...] A necessidade do nosso município de ter esse hospital foi assim bem batalhada para ele existir [...] Foi algo muito desejado né, mudou de gestão, mas continua funcionando, eu tiro o chapéu para a nova gestão porque com toda dificuldade que o país enfrenta, mas a gente tá seguindo em frente [...].

<sup>84</sup> Essa PEC foi promulgada pelo Congresso Nacional como (EC) nº 95/2016, em dezembro/2016, e deverá reduzir o já insuficiente montante de recursos federais para o financiamento do SUS nos próximos 20 anos (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES 2016b; MENDES, 2017).

<sup>85</sup> Sobre os gastos do SUS relacionado ao PIB, Mendes (2016b) destaca, em 2014 o gasto do SUS foi de 3,9 do PIB (União -1,7%, estados - 1% e municípios - 1,2%), e o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8%.

(PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

[...] A gente tem as limitações dos recursos financeiros, também claro isso é geral, nem tudo que a gente pede né condiz com a realidade, assim o básico a gente tem, como medicamentos. O básico a gente tem. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

[...] Uma das grandes dificuldades advém de nosso contexto atual político e econômico tá, então está sendo muito difícil a gente trabalhar, dar andamento a alguns procedimentos porque a gente está em um contexto de crise [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

Para Santos e Luiz (2016), o cenário de financiamento do SUS não está imune à situação econômica do país, e quando esta entra em crise afeta diretamente a capacidade da oferta de serviços.

Antunes (2011) ao comentar sobre a substância da crise, explica que foi István Mészáros que desde o final dos anos 1969 vem sistematicamente descortinando a crise que então começava a assolar o sistema global do capital. Segundo o autor:

Mészáros indicava que o sistema de capital (e, em particular, o capitalismo), depois de vivenciar a era dos ciclos, adentrava em uma nova fase, inédita, de crise estrutural, marcada por um continuum depressivo que faria aquela fase cíclica anterior virar história. Embora pudesse haver alternância em seu epicentro, a crise se mostrava longa e duradoura, sistêmica e estrutural. (ANTUNES, 2011, p. 10).

Segundo Mendes (2017), o entendimento da crise econômica não pode ser restrito à visão de uma crise do Estado, mas sim também em consonância com Antunes (2011) trata-se de uma crise estrutural do capitalismo.

Mendes (2017) lembra que a crise do capitalismo reside num contexto mais amplo de existência das tendências articuladas entre si, especialmente a partir do final dos anos 1960, como a queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, em todo pós-guerra; e, como resposta a essa tendência, o capital portador de juros (capital financeiro), na sua forma mais perversa, o capital fictício, passa a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, principalmente, depois de 1980, apropriando-se do fundo público.

Portanto, os impactos da crise contemporânea do capitalismo, na seguridade social e no SUS ocorrem basicamente no financiamento público. Não se trata apenas de um problema de cortes drásticos nos gastos públicos, pois as políticas austeras adotadas no período recente dizem respeito também à mudança de organização do sistema de proteção social, servindo aos interesses mercantis (MENDES, 2016b, 2017; MENDES; FUNCIA, 2016).

Mendes e Funcia (2016) afirmam que o governo federal vem funcionando bastante sintonizado com a lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, do que à alocação de recursos para a seguridade social.

Silva, S. (2011) reforça que o financiamento atual do SUS é uma das principais dificuldades para que as redes tenham recursos financeiros suficientes para atender às necessidades assistenciais.

As falas dos profissionais de saúde pontuaram que a atenção básica não é praticada plenamente no contexto dos municípios pesquisados, fazendo com que hospitais atuem de maneira isolada. Ademais, os profissionais de saúde percebem que uma atenção básica resolutiva e organizada nos municípios poderia reduzir a demanda por consultas e exames especializados, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários.

[...] O hospital tenta suprir uma falha que o sistema deveria ter combatido lá na atenção básica, devido a não implementação, a não realização dessas políticas públicas básicas, o hospital acaba recebendo pacientes, complicações de doenças, que deveriam ser tratadas ou evitadas ainda na atenção básica, e então sobrecarrega o hospital, o número de pacientes do hospital e encharca o sistema. A gente entende que uma parte devido a população não saber usar o sistema porque aqui nós temos o serviço de ambulatório, e a gente observa que uma parte do ambulatório que é feito aqui aqui é coisa da atenção básica. Vem pra cá pro hospital aquilo que a gestão a nível municipal não consegue realizar, não estão dando conta dessa assistência da atenção primária [...] É gasto que o hospital tem, e acaba refletindo em quem precisa dessa assistência especializada [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Como Morros, Icatu, Bacabeira tudo vem para cá, e quando surge à demanda de transferência o profissional fica a desejar. Há uma deficiência do município que acaba vindo tudo para cá, se você passar uma hora na emergência, você ia ver é caso de diarreia, dor de cabeça, isso é mais para o município atender. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] Na verdade, teria que começar na atenção primária para a gente poder dar uma boa rotatividade dos pacientes. Hoje, chega na UTI sempre por volta de 20% a 30% do fluxo de UTI adulto são comorbidades cardiovasculares. Então, são coisas evitáveis se tivesse um rastreio correto e um seguimento também por parte do paciente, não só dos serviços, mas também dos pacientes. Nesse ponto merece uma melhora muito grande [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] O PSF do município ele não funciona na qualidade que deveria funcionar, entendeu? Por não funcionar, aqui no hospital a gente tem uma demanda maior, tipo os curativos. Coisas que são da atenção básica [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

[...] E aí a gente vai pegando... pacientes um pouco mais graves por conta que a gente peca um pouco na assistência básica né. Mas como eu lhe disse... esse não é um mal nosso aqui do Maranhão né. Se a gente for pra outras áreas é um mal que infelizmente ele persiste. É... mudando um pouco do... do nosso programa né... o PSF é um um um programa que no papel ele é muito lindo né. É um programa que se funcionasse ao pé da letra, o SUS em si né, na verdade né...é muito bonito né. Assistência universal né...todo mundo tem atendimento...mas, infelizmente, a gente sabe que esbarra em muitos, muitos... muitos muros né [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Os serviços de atenção primária, básica, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integradas a uma rede assistencial. Para se ter essa rede assistencial, é preciso uma atenção básica que possa exercer sua atribuição de coordenação do cuidado e também que se tenham pontos organizados de atenção especializada integrados<sup>86</sup>, em comunicação e que forneçam aos usuários do SUS resposta adequada (MENDES, 2011, SILVA, S. et al., 2013, BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; ERI SHIMIZU, 2013; AGUILERA et al., 2013; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em consonância com Mendes (2011), observa-se que nos contextos municipais estudados a atenção básica não consegue exercer seu papel de coordenadora das redes de atenção e das linhas de cuidado que as pessoas precisam. Os profissionais entrevistados destacaram a Estratégia Saúde da Família (ESF, anteriormente conhecida pela sigla PSF) como forma de paliar os problemas das demandas do hospital, mas a ESF deveria reorganizar os serviços conforme o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, 2012).

Recentemente, o cenário da Política Nacional de Atenção Básica foi marcado por importantes disputas conceituais e políticas<sup>87</sup>, sobretudo após a aprovação de sua reformulação, e publicação no Diário Oficial conforme consta a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

<sup>86</sup> São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (SILVA, S. et al., 2013).

<sup>87</sup> A associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) manifestaram-se contra a nova PNAB. As entidades afirmam que a nova PNAB revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do Sistema SUS, embora afirme a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (ROSA, 2017).

Segundo Brasil (2017d), a nova PNAB do Ministério da Saúde, aprovada no dia 31 de agosto de 2017, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em Brasília, amplia o número de equipes aptas a receber recursos e valoriza a atuação dos agentes comunitários de saúde e endemias. O discurso do Ministério da Saúde aponta que, agora, estes profissionais vão poder aferir pressão e glicemia, além de fazer curativos limpos. Sendo assim, irá qualificar e tornar mais resolutivo o atendimento da população nas visitas domiciliares.

O que ocorre, em verdade, sob o argumento da integração entre atenção e a vigilância, é a ocultação do que seria, possivelmente, seu propósito central: o corte de custos pela diminuição de postos de trabalho e a intensificação do trabalho do ACS e do Agente Comunitário de Endemias (ACE) que devem permanecer nas duas atividades (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Então, para além das disputas conceituais e políticas sobre a nova PNAB, o importante é clareza sobre a importância da atenção básica e o seu papel no contexto das redes de atenção, pois segundo Mendes (2011, p. 85):

Não é verdade que a Atenção Primária de Saúde seja menos complexa que os cuidados ditos de médias e altas complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; e aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividades física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários da atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Mendes (2011) destaca que essa concepção errônea hierárquica e piramidal de níveis de complexidade deve ser substituída por outra, das redes de atenção, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, tornando a atenção básica como organizadora da rede de atenção.

Assim, a organização das Redes de Atenção à Saúde apresenta-se como uma alternativa para reduzir a desarticulação da atenção básica com os outros níveis de atenção. Em discussões anteriores, apontou-se que a estruturação a partir da regionalização deve observar as Normas Operacionais da Assistência à Saúde no SUS (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002) e deve seguir os preceitos do Pacto de Gestão do SUS, que sublinha a cooperação solidária entre os municípios de uma

determinada região. A incorporação da regionalização e da cooperação solidária deve simultaneamente organizar os serviços de saúde em rede junto com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2012; MENDES, 2011; ERI SHIMIZU, 2013; AGUILERA et al., 2013).

Os profissionais, desta pesquisa, se mostraram preocupados em relatar o processo do programa, mas não mencionam claramente que este processo (equipe interdisciplinar, estrutura física, equipamentos necessários, oferta dos serviços médicos-hospitalares, uso da referência e contrarreferência, facilidades e desafios) são aspectos particulares, inerentes e singulares pertencentes ao “Programa Saúde é Vida”. Importante destacar que mesmo os (as) participantes sendo instruídos (as) claramente sobre este estudo, que trata de um processo avaliativo do programa, apenas 06 (seis) profissionais destacaram o Programa Saúde é Vida:

[...] Não sei como está esse modelo, que modelo é esse! Esse planejamento está tudo errado, porque não houve planejamento porque nunca ninguém discutiu com os médicos e como está até hoje o povo fica insatisfeito. Por falta de planejamento, por falta acompanhamento técnico, por falta de universalização do Sistema Único de Saúde. Eu acho isso [...] O Programa Saúde é Vida nunca existiu, eu estou na área de trabalho, trabalho no Programa Saúde da Família há 13 anos, e aí foi implantando esse programa com uma unidade de 20 leitos e outra de 50 leitos na área, e nunca foi discutido nada disso com os profissionais. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

De início creio que o Programa Saúde é Vida foi um pouco ortodoxo, de cima para baixo, mas ele foi muito feliz na escolha desse programa porque havia uma carência muito grande de assistência hospitalar no estado, promessa de vários governos, isso tornou-se realidade a feitura desses hospitais. Há muito questionamento técnico político sobre os locais adequados para fazer. A nossa unidade em si foi subestimada, uma região necessária, foi feito sem o critério de demanda. E nós temos aqui apenas dois profissionais, e resolvermos assim 80% dos problemas de forma muito precária, do ponto de vista de qualidade porque não tem uma equipe necessária, somos apenas dois plantonistas, contundo esse programa foi feito naquele momento e recebemos com grande alegria porque ele veio cobrir uma lacuna no sistema da assistência de saúde no Estado. Em relação, especificadamente ao hospital na região do Munim, ele veio em uma boa hora, tanto que hospitais dos municípios deixaram de existir. Por causa disto a assistência hospitalar melhorou muito [...]. (PROFISSIONAL DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE MORROS).

[...] O Programa, a princípio tinha uma ideologia, tinha um plano de atuação interessante, nunca antes visto na história do nosso estado, mas por motivos alheios a nossa vontade não foram concretizados, não foram implantados [...]. Como profissional, eu sentia que podia funcionar, principalmente nossa região, onde ela foi bastante agraciada com muitas unidades sendo abertas, muitas especializações as quais a população não tinha acesso, e de repente passou a ter, e aos poucos foram sucateadas, andandando a passos lentos. Outro ponto, que temos discutido nos corredores, é o descaso que se tem tratado o profissional nas unidades, nós trabalhamos sem vínculo e não deixa de refletir individualmente e pessoalmente, a gente se sente desmotivado. Quando eu me formei, a gente não pensava só em salários, mas pensava em realização. Hoje,



existe uma comercialização dessas profissões [...]. (PROFISSIONAL DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

O hospital Macrorregional depois da reinauguração, esse hospital já existia né, reinaugurou com a reestruturação da saúde pública no Estado do Maranhão, inclusive eu participei do Programa, das inaugurações dos regionais, e eu comecei no hospital desde o início da inauguração. No início era perfeito até o final da gestão anterior, não faltava nada [...] Tudo funcionava muito bem. Agora, insumos faltam, o centro cirúrgico com deficiências estruturais, não assim de equipamentos e mão de obra, mas infiltrações, máquinas que estão com defeito, entendeu? A UTI neo é ótima! A UTI adulto é ótima! Funciona! Só que nas enfermarias a gente passa por situações difíceis, antibióticos que a gente precisa, medicações anticonvulsivantes para o uso dentro do hospital. Falta medicações. [...] A gestão passada eles investiam bem melhor, acho que o fato de eles serem os pioneiros nessa reestruturação, essa agora eles estão tentando, mas está deficiente. (PROFISSIONAL DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

[...] Outra coisa que eu acho importante de se avaliar no programa é a questão da correção salarial dos profissionais que está defasado, que dizer se está quatro anos aqui e se mantém o mesmo valor do plantão, por exemplo [...]. (PROFISSIONAL DO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE COROATÁ).

A questão do Programa que foi feito a implantação desses hospitais né. É... ajudou muito né. Então assim, a cidade em si, ela não tem hospital municipal. Só tem esse é regional né esse... esse geral aqui que é do Estado. Se não fosse esse hospital eu creio que a cidade taria né desatendida... da parte de urgência né [...]. (PROFISSIONAL DO HOSPITAL DE LAGO DOS RODRIGUES).

Associado aos posicionamentos referentes ao “Programa Saúde é Vida” surgem outros elementos significativos como: a ausência da participação social, diretriz intrínseca ao SUS. Ressalta-se que 01 (um) profissional relatou a necessidade de uma maior discussão entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão e os implementadores do programa e profissionais de saúde. Outro profissional destacou a questão da precarização do trabalho, que se configura de maneira instável, processo esse bastante visível nas unidades de saúde, provocando desmotivação do profissional; outro profissional destacou a questão ápice do programa (as inúmeras inaugurações dos hospitais, com conotação fortemente política em período eleitoral, e vinculadas pela mídia local). Cabe ressaltar novamente que para a organização das redes de atenção, alguns atributos são essenciais como esses situados na pesquisa: sistema de governança, participação social ampla, recursos humanos suficientes e com incentivos.

Com efeito, 01 (um) dos profissionais entrevistados relatou a necessidade da Secretária de Saúde do Estado do Maranhão ter adotado uma postura mais flexível, de diálogo com os profissionais, da necessidade de um planejamento

integrado e regionalizado, priorizando-se as regiões do Munim com maiores dificuldades de acesso. O profissional foi bastante enfático ao mencionar que:

[...] Esse planejamento está tudo errado, porque não houve planejamento porque nunca ninguém discutiu com os médicos e como está até hoje o povo fica insatisfeito. Por falta de planejamento, por falta acompanhamento técnico, por falta de universalização do Sistema Único de Saúde. Eu acho isso [...].

Para Correia (2009), a participação social da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de que os setores organizados da sociedade civil participem desde as suas formulações nos planos, programas e projetos, até no acompanhamento de suas execuções e também da definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Contudo, defende Maranhão (2012), ao afirmar que novo modelo de assistência da saúde, por meio do Programa Saúde é Vida, no Maranhão, foi amplamente discutido e aprovado pela CIB, que definiu o perfil mínimo de cada município e a regionalização da saúde como primeiros passos para a concreta implantação desse processo revolucionário de atenção à saúde, buscando garantir atendimentos básicos nos municípios das 19 (dezenove) regiões com atendimentos de média complexidade e macrorregionais com resolução de alta complexidade.

Em consonância com Correia (2009), vê-se o aspecto contraditório desse mecanismo de participação institucionalizado na área da saúde, que ora pode ser espaço de participação e controle social dos segmentos populares e dos trabalhadores da saúde na perspectiva da democracia, e que ora também pode se constituir em mecanismo de legitimação do poder dominante.

Segundo Eri Shimizu (2013), a governança das redes<sup>88</sup> no SUS, portanto dependerá da capacidade de articulação na Comissão Intergestores Regional e de uma boa construção do Contrato Organizativo da Ação Pública<sup>89</sup>, previsto no Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011a). Esse contrato deve ser elaborado de modo participativo, com a definição das responsabilidades, das metas, da organização, do

---

<sup>88</sup> A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (BRASIL, 2010). Para saber mais sobre a governança das redes, consultar a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

<sup>89</sup> Para saber mais sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública, ver Artigos 33 ao 41 do Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011a).

financiamento e da integração das ações e serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes na região de saúde (ERI SCHIMIZU, 2013). Pelo visto no estudo, de acordo com uma das falas registradas do profissional de saúde esse contrato não foi levado em consideração, ou se cogitado sua existência para a formulação e implementação do Programa Saúde é Vida.

Outra questão apontada pelo profissional de saúde é a precarização do vínculo trabalhista e a desmotivação com o trabalho, pois o vínculo é feito mediante a terceirização e concessão de serviços estatais pelas empresas privadas, lucrativas e não lucrativas, dentre essas, as inovações gerenciais do tipo Fundações Privadas de Direito Privado e Organizações Sociais, já discutidas anteriormente.

Reitera-se, em consonância Andreazzi (2013), que as inovações gerenciais têm como indutora a própria conjuntura da mundialização financeira e a mudança do papel do Estado dos anos 1990, que deve ser flexível para viabilizar o equilíbrio fiscal, pedra angular do neoliberalismo na gestão da economia. Nesse sentido, custos fixos em função de compromissos com serviços e funcionalismo próprio devem ser substituídos por formas de gestão privadas e transferência de custos para a sociedade.

Essa nova concepção do Estado aparece claramente formulada em 1945, em *A ideologia Alemã* (MARX; ENGELS, 2001, 2007), que segundo Coutinho (1996, p.19):

[...] na medida em que a propriedade privada se emancipou da comunidade, o Estado alcançou uma existência particular, ao lado e fora da sociedade civil; mas ele não é mais do que a forma de organização que os burgueses criam para si, tanto em relação ao exterior quanto ao interior, com a finalidade de garantirem reciprocamente suas propriedades e interesses.

Em seu processo de expansão, o capitalismo contribuiu para formatar, ao final do século XX, uma nova lógica de organização dos modos de produção e de trabalho, firmada na redução dos custos, competitividade, eficiência e qualidade. Como consequência, observa-se, no universo do mundo do capitalismo contemporâneo e também fortemente nesta pesquisa, uma expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado que marca a sociedade no capitalismo avançado (ANTUNES, 1995; COELHO; TRUGILHO, 2016).

Destaca-se a fala do profissional de saúde sobre essa questão: “[...] Outra coisa que eu acho importante de se avaliar no programa é a questão da correção salarial dos profissionais que está defasado, que dizer se está quatro anos aqui e se mantém o mesmo valor do plantão, por exemplo [...]”. O que parece supor

em relação aos modelos de gestão nas unidades de unidades é o quanto a mão de obra tornou-se supérflua, uma mercadoria, podendo ser facilmente substituída, conforme expressado por 01 (um) profissional desta pesquisa, que:

[...] O descaso que se tem tratado o profissional nas unidades, nós trabalhamos sem vínculo e não deixa de refletir individualmente e pessoalmente, a gente se sente desmotivado. Quando eu me formei, a gente não pensava só em salários, mas pensava em realização. Hoje existe uma comercialização dessas profissões [...].

Ademais, conforme Marx (2011b, p. 857),

[...] a acumulação capitalista produz constantemente, e na proporção de sua energia e seu volume, uma população trabalhadora adicional relativamente excedente, isto é, excessiva para as necessidades médias de valorização do capital, e, portanto, supérflua.

Para Bravo (2011), a precarização do trabalho em saúde tem um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano em todas as suas dimensões.

Já, para Souza (2014), a precarização no trabalho não é um fenômeno novo. Ela sempre esteve relacionada às formas de apropriação da força de trabalho impostas pelo modo de produção capitalista. Seu marco advém da constituição da força de trabalho enquanto mercadoria mediada por uma relação de assalariamento. Uma relação de compra e venda desigual que, historicamente, tem subsumido a condição da força de trabalho às exigências da lógica da lucratividade do capital, pela via da exploração da mais valia.

Enfim, numa passagem do *Capital*, Marx (1989, p. 486), já descrevia as implicações da intensificação do trabalho fabril e a condição de precariedade afetando a força de trabalho: “[...] O capital usurpa-lhe o espaço, o ar, a luz e os meios de proteção contra condições perigosas ou insalubres do processo de trabalho”.

Souza (2014) acrescenta que a precarização é instituída pela ausência e recuo da ação do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social que através de um aparato jurídico legal; possibilitou a quebra do estatuto do trabalho seguro e protegido. Desta forma, as novas configurações desta precarização atingem a todos os trabalhadores, independente de seu estatuto, expondo-os à degradação das condições de trabalho e de vida.

Segundo a percepção dos profissionais, destaca-se, por último, um aspecto que emerge em uma das falas:

O hospital Macrorregional depois da reinauguração, esse hospital já existia né, reinaugurou com a reestruturação da saúde pública no Estado do Maranhão, inclusive eu participei do programa, das inaugurações dos regionais, e eu comecei no hospital desde o início da inauguração.

Um fenômeno que destaca-se em relação ao Programa Saúde é Vida, foram as inaugurações dos hospitais de 20 (vinte) leitos, dito anteriormente, veiculadas pela imprensa, especificamente pelo jornal O Estado do Maranhão:

‘Roseana Sarney inaugura hospital de 20 leitos na região dos cocais’. Com o hospital de Afonso Cunha, sobe para 31 o número de unidades de 20 leitos já inauguradas, que se somam aos sete hospitais gerais de 50 leitos e 10 unidades de Prontos Atendimentos (UPAs) construídos pelo Programa Saúde é Vida e que estão atendendo aos usuários do Sistema Único de Saúde em todo o Maranhão. (ROSEANA..., 2014a, p. 5).

‘Governo inaugura hospitais em Serrano do Maranhão e Bacurituba’. A governadora Roseana Sarney e o secretário estadual de Saúde, Ricardo Murad, inauguram ontem hospitais de 20 leitos nos municípios de Serrano do Maranhão e Bacurituba, como mais uma etapa do Programa Saúde é Vida. As unidades dispõem ainda de Serviço de Pronto Atendimento (SPA) 24 horas, consultórios, centro de parto normal, farmácia, setor de exames laboratoriais e Raio-x. (GOVERNO..., 2014a, não paginado).

‘Governadora inaugura hospitais em dois municípios do Maranhão’. Unidades de saúde são entregues a população das cidades de Davinópolis e Vila Nova dos Martírios, no sul do Maranhão; investimentos do Governo do Estado em obras de construção e compra de equipamentos foi de R\$ 9, 249 milhões. (GOVERNADORA..., 2014a, p. 5).

‘Roseana inaugura hospital de 20 leitos em Tasso Fragoso’. O Hospital de Tasso Fragoso possui 20 leitos de internação e faz parte do Programa Saúde é Vida. Construído e equipado pelo Governo do Estado, o hospital vai garantir Serviço de Pronto Atendimento (SPA), centro de parto, raio-x e exames laboratoriais. Foram investidos R\$ 4,5 milhões, sendo 4,3 milhões empregados em obras e R\$ 1,2 milhão em equipamentos. (ROSEANA..., 2014b, p. 7).

‘Roseana entrega hospital de 20 leitos em São Pedro dos Crentes’. A governadora Roseana inaugurou, na tarde de ontem, o Hospital de São Pedro dos Crentes. A unidade possui 20 leitos de internação, faz parte do Programa Saúde é Vida e foi construída e equipada pelo Governo do Estado. (GOVERNO..., 2014b, não paginado).

‘Em Nova Iorque, Roseana inaugura hospital de 20 leitos e vistoria obras’. A governadora Roseana Sarney iniciou ontem mais uma maratona de visita ao interior para inauguração e vistoriar obras que estão sendo realizadas pelo Governo do Estado. A primeira parada foi na cidade de Nova Iorque, onde, acompanhada do secretário adjunto de Saúde, Alberto Carneiro; do prefeito, Airtton Mota, e do presidente da Assembleia Legislativa, Arnaldo Melo, inaugurou mais um hospital de 20 leitos do Programa Saúde é Vida, no qual foram investidos mais de R\$ 1 bilhão. (EM NOVA..., 2014, p. 5).

‘Governadora inaugura hospital de 20 leitos na cidade de Pirapemas’. A governadora Roseana Sarney inaugurou oficialmente ontem um hospital de 20 leitos, na cidade de Pirapemas, cujo investimento é de R\$ 4,7 milhões. (GOVERNADORA..., 2014b, p. 7).

Percebe-se que existiram duas lógicas que operaram pela reestruturação da saúde pública do Estado do Maranhão, representadas pelo Programa Saúde é Vida entre 2009 a 2014. De um lado, uma lógica de assistência pautada na média e

alta complexidade com a construção e inauguração de hospitais de 20 (vinte) e de 50 (cinquenta) leitos em vários municípios do interior do Maranhão. Com efeito, de um lado traduzindo uma política de saúde de qualidade, integral, de equidade e de direito universal, afinada e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, mas de outro lado, como lógica da regulamentação, da centralização das forças oligárquicas de poder político que só reforçam as desigualdades sociais e as contrarreformas do Estado voltadas para os interesses privados.

Finalmente, conforme Cunha e Bahia (2014), a construção de pequenos hospitais no interior do Maranhão baseia-se, sobretudo, em intenções de ocupantes de cargos eletivos, que muitas vezes não possuem um conhecimento aprofundado sobre a organização de sistemas de saúde.

Esses autores reforçam que, para localidades de menor porte populacional, recomenda-se o investimento na atenção básica à saúde, a melhoria de serviços já existentes e a participação dos municípios nos esforços para a organização de regiões de saúde dotadas de estabelecimentos de saúde de referência.

Viana e Machado (2008, p. 673) também reforçam a política de atenção básica, que deve:

[...] associar-se a uma política de desenvolvimento urbano, pois questões como transporte, habitação e saneamento básico, por exemplo, têm reflexos importantes nas condições de vida e saúde da população. O sistema de saúde, como uma política setorial isolada, não consegue acompanhar a complexidade urbana atual.

A esta altura, é importante destacar, que Corrêa (2009), em estudo sobre os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a segurança do paciente, não encontrou outros estudos publicados no país a respeito da influência política na construção e inauguração dos hospitais de pequeno porte. Mas deve-se notar que o fenômeno de aumento do número de hospitais de pequeno porte no país está muito relacionado à municipalização do setor da saúde.

Santos (2013) ao analisar os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil, destaca que a Constituição Federal de 1988 institucionalizou o mandamento que determina a organização do sistema em redes regionalizadas com a finalidade de promover a integralidade da saúde. Entretanto, o SUS tem forte influência do processo da municipalização, ocorrendo o progressivo repasse das responsabilidades sanitárias e recursos financeiros aos entes subnacionais.

Ademais, Santos (2013, p. 98) reitera,

O município, novo ente federativo introduzido constitucionalmente, tem agora a carga de responsabilidades com seus munícipes nas políticas de educação e saúde, entre outras, porém padecendo de falta de estrutura e recursos para se desobrigar. Assim, a gestão municipal desenvolveu-se individualista e isolada, sem considerar que para atender o preceito constitucional era necessário o funcionamento baseado na interdependência e na cooperação para conseguir alcançar a integralidade prevista e necessária.

Esse é o desafio atual do planejamento regional do SUS na perspectiva de construção das redes de atenção à saúde. Pois, segundo Silva, S. et al. (2013), a regionalização da saúde, tem como pressuposto a gestão compartilhada da rede de atenção para sua efetivação e o estabelecimento do Plano Regional Integrado, como o processo que organiza o instrumento e sustenta este compartilhamento.

Realidade não presente no Estado do Maranhão, considerando que desde 2004, a PPI do estado estava desatualizada, e a irregular distribuição dos hospitais nos municípios sem considerar a lógica do SUS e da regionalização (MARANHÃO, 2015).

É importante sempre considerar que o planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma contínua e permanente, articulada, integrada e solidária e compartilhada; considerando as particularidades da situação demográfica, socioeconômica, cultural e epidemiológica entre os territórios municipais que compõem a região de saúde (SILVA, S. et al., 2013; MARANHÃO 2015).

## 6 CONCLUSÃO

A elaboração da presente tese foi orientada por diversas inquietações e reflexões que resultaram-se de vivência profissional como docente da Universidade Federal do Maranhão e como enfermeira do sistema público de saúde em São Luís. São relacionadas a não concretização, na medida do esperado, do que determinam as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o SUS, no cotidiano das instituições de saúde, o que se expressa pelo não cumprimento dos princípios da universalização, da integralidade e da equidade e, particularmente, pela desarticulação entre a atenção básica e as de média e alta complexidade na prestação dos serviços.

O processo da denominada reestruturação da Saúde Pública no Estado do Maranhão representada pelo “Programa Saúde é Vida”, mediatizado e enaltecido por seus idealizadores, com construção e reformas de várias unidades de saúde no interior e na cidade de São Luís, poderia ser uma resposta adequada a essas inquietações? Em que medida?

Para responder aos questionamentos centrais da pesquisa, foi feita uma recomposição do contexto socioeconômico e político-institucional desse estado, considerando o período de criação do Programa com base em análise bibliográfica e documental, além de investigação sobre a opinião de sujeitos relevantes no seu processo de implementação nos municípios maranhenses de Morros, Coroatá, e Lago dos Rodrigues que apresentam situação de pobreza, altas taxas de analfabetismo e dificuldade de acesso aos serviços de consumo coletivo, como o saneamento básico.

A conclusão a que se chegou é que os propósitos dessa ação governamental não foram concretizados porque, tanto há desarticulação entre as três formas de atenção nos municípios selecionados para a pesquisa, como permanece inalterado o processo de encaminhamento de pessoas enfermas para hospitais de São Luís. Além do mais, em todos os hospitais pesquisados há demandas reprimidas, com maior número de encaminhamentos nos serviços de ortopedia e traumas graves, áreas especializadas da pediatria, cardiologia, nefrologia e obstetrícia de alto risco, essa última apenas para os hospitais de pequeno porte.



Em relação a questão do modelo de atenção privilegiado, do ponto de vista dos serviços prestados, o “Programa Saúde é Vida”, trouxe contribuições no âmbito da assistência de média e alta complexidade, ao permitir o acesso a determinadas ofertas de procedimentos, de cirurgias, de exames e consultas médicas, antes praticamente inexistentes nos municípios sedes dos hospitais implantados pelo programado. Porém, entende-se que a reestruturação de serviços de saúde deve ir além. De um lado, afora o acesso é necessário, segundo as normativas do SUS, haver integralidade de assistência, face ao que o critério de acesso precisa ser combinado, dialeticamente, com uma gestão racional de recursos que articule a economia de escala e a qualidade dos serviços em todos os níveis, iniciando pela atenção básica. Tal fato não foi observado e constatado na fala dos próprios entrevistados.

De fato, a gestão racional de recursos deveria ser balizada em um planejamento regional integrado e com efetiva articulação com as Comissões Intergestores; em uma concepção de rede integrada, de referência aos níveis especializados e contrarreferências às unidades primárias e em processo de regionalização. Tais processos não ocorreram e pode ser causas da fragmentação dos serviços de saúde, mesmo no município em que se localiza o hospital com melhor capacidade instalada.

Em relação à regionalização, que como parte de um processo que envolve a necessidade de mudanças coletivas constituída de seus diversos sujeitos: governo, prestadores de serviços e usuários conscientes, entende-se como caminho adequado para uma melhor disponibilidade de serviços e ações de saúde.

Nesse sentido, considerando a situação em análise, parece contraproducente investir grandes somas de recursos na construção de hospitais considerando, de um lado, os dados de realidade que apontam, em coerência com os princípios do SUS, necessidade de maior investimento na atenção básica e a atenção aos princípios que o orientam. Isto porque, mesmo os municípios onde há grande cobertura para as equipes de saúde em família, ainda há carências, tanto é que, conforme verificado na pesquisa, em dois municípios estudados, os moradores procuram os hospitais para atendimento primeiro e preferencial.

Tal situação é ainda mais preocupante pois, é possível deduzir que os municípios terão dificuldades maiores, neste ano de 2018, em aumentar a sua participação no financiamento do SUS para compensar a redução da participação da

União, em decorrência da nova regra criada pela Emenda Constitucional nº 95/2016 que instituiu novo regime fiscal no país.

De outro lado, porque é possível responder às demandas da atenção de média e alta complexidade regionalizando-se o atendimento, o que não parece ter ocorrido. De fato, não foram detectados processos e estruturas adequadas de planejamento e tomadas de decisões para organização da rede de atenção a saúde, sendo que várias unidades de vinte leitos foram construídas e inauguradas em municípios próximos, sem o correto estudo de economia de escala e escopo. Se tivesse havido preocupação com o princípio de regionalização, como determina o SUS, sem prejuízo das demandas por atenção individualizada, poderiam ser aproveitados recursos disponíveis, compartilhadas responsabilidades entre os níveis de governo e, particularmente, entre gestores municipais, envolvendo as representações da sociedade.

Outra conclusão importante da pesquisa, intimamente conectada à primeira, diz respeito à manifesta satisfação de muitos entrevistados quando se referem à decisão pela construção de hospitais nos municípios pesquisados. Para eles, as instituições hospitalares são espaços privilegiados para a assistência e para a resolução dos problemas de saúde. Tal fato dá relevo ao valor simbólico desse tipo de intervenção governamental e às marcas históricas, inerentes a relação do Estado com a sociedade no Maranhão, como a cultura do favor, do clientelismo e feudalização do espaço público que restam distanciadas das demandas da maioria da população.

Do ponto de vista dos usuários participantes da pesquisa, pode-se compreender tal satisfação quando os dados apontam o Maranhão como estado que congrega grandes contingentes de pessoas em situação de pobreza e carentes da atenção governamental, o que faz parecer preocupação pública e cuidado dos gestores, formas de ação governamental na dimensão da decisão tomada para implementação do Programa Saúde é Vida. Entende-se, porém, que aos gestores cabe a responsabilidade de formular programas e planejar ações que comportem uma adequada distribuição de recursos do Fundo Público, construindo alternativas, de fato, republicanas, portanto, com ênfase nos interesses da coletividade. No caso da saúde, cuidar que sejam propostas ações compatíveis com a garantia desse direito social, mesmo considerando-se as medidas regressivas em curso que

colocam em xeque, justamente, o ideário que mais aproxima o país de um modelo de Estado de Bem-Estar: o campo da seguridade social.

Portanto, no desenho da oferta da atenção hospitalar na perspectiva da rede regionalizada deve-se considerar não apenas a capacidade instalada física; mas de fato verificar se há resolutividade dos hospitais de pequeno porte, uma vez que eles podem ter capacidade instalada cadastrada, mas que nem sempre funcionam, conforme visto nos hospitais estudados, gerando mais custos; outro ponto são que os hospitais de médio porte possuem serviços de alto custo como: ortopedia, nefrologia, cardiologia e neurocirurgia, operando em funcionamento e expandindo os serviços, sem observar a existência de paralelismos em mais de um hospital próximo, ocasionando perdas de escala.

Finalmente, as metas do Programa não foram cumpridas totalmente, restando obras inconclusas. Dentre as obras não concluídas registram-se os hospitais de 100 (cem) leitos, os macrorregionais, que seriam importantes uma vez que funcionariam com melhor economia de escala e em pontos estratégicos do mapa geográfico maranhense aproximando-se dos pressupostos da regionalização.

As limitações deste estudo relacionam-se ao alto nível de satisfação encontrado pelo usuários pesquisados. Argumenta-se que esse fato pode estar relacionado ao sentimento de gratidão, além das questões já elencadas (questões simbólicas, cultura do favor, do clientelismo, feudalização do espaço público e situação de pobreza), isso pode ter dificultado uma opinião mais crítica do atendimento pelos usuários. Outro elemento explicativo da avaliação altamente positiva é que os usuários entendem que a existência dos serviços oferecidos nos hospitais investigados; é melhor do que sua inexistência. Especula-se que no entendimento dos usuários, os hospitais cumprem seu papel de oferecer serviços de saúde com qualidade, mesmo que não haja integralidade do cuidado.

De tudo o que aqui foi refletido, julga-se fundamental que se reflita quando da formulação de proposta relacionadas ao campo da saúde: retomar o debate sobre os princípios do SUS; planejar e desenvolver ações municipais baseadas no princípio da regionalização e na íntima articulação entre atenção básica, de média e de alta complexidades; ampliar espaços de controle mútuo entre os três níveis governativos, de modo a impedir a dispersão de recursos; ampliar as estruturas de participação da sociedade na política, de modo a tornar republicanas, de fato, as medidas formuladas e implementadas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, jul./ago. 2013.

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 654-667, jul./set. 2014.

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

ANDERSEN-ESPING, Costa. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 885-116, set. 1991.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, Zannis Benevides. **Hospitais de pequeno porte em Santa Catarina: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 35-60.

ANTUNES, Maria José; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emílio Yoshikawa. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 18-28.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, São Paulo: Editora Estadual de Campinas, 1995.

ANTUNES, Ricardo. Introdução: a substância da crise. In: MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. Tradução Raul Cornejo et al. 2. ed. rev. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 9-16.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. **Análise da Seguridade Social 2014**. Brasília, DF, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. **Análise da Seguridade Social 2013**. Brasília, DF, 2014.

BAHIA, Lígia. **O SUS e o setor privado assistencial**: adaptações e contradições. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2017. (Série Futuros do Brasil: ideias para ação). Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/602>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 2.

BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social**: paradoxo na constituição das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília, DF: Editora da UnB, 2006.

BRAGA NETO, Francisco Campos et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 577-608.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Debate**: a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília, DF: Conass, 2014b.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011a.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, 19 set. 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 4 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 4 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão dos Recursos da saúde**: fundo de saúde. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agente Comunitário de Saúde**. 2017c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php?conteudo=agente\\_comunitario\\_sau de](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_sau de)>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/resolucao333.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm)>. Acesso em: 21 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia em Saúde da Família**. 2016b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 23 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/planonacionalsaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3 ed. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhetto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2002. Seção 1, p. 37. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2225\\_05\\_12\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2225_05_12_2002.html)>. Acesso em: 4 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 183, 22 set. 2017d. Seção 1. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 out. 2011b. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 6 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 4 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <<http://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/14135742-portaria-n-381-de-06-de-fevereiro-de-2017.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Unidade de pronto atendimento**. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/upa-24horas>>. Acesso em: 28 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Portaria nº 1.044, de 1 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044\\_01\\_06\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Portaria nº 350, de 10 de março de 2004. Revoga as Portarias nº 2.224/GM, de 05 de dezembro de 2002, publicadas no DOU nº 236, de 06 de dezembro de 2002, seção 1, páginas 37 e 38. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 mar. 2004a. Seção 1, p. 34. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=188426>>. Acesso em: 10 set. 2017.



BRASIL. Senado Federal. **CPMF**. 2017b. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e reforma sanitárias**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Hospital de Lago dos Rodrigues**. 2017b. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2105946592961](http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2105946592961)>. Acesso em: 4 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Hospital de Morros**. 2017a. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=2107106871747](http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2107106871747)>. Acesso em: 4 mar. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n. 2, p.23-33, maio/ago. 2006.

CARVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria Cristina Costa; MOTA, André. A construção da Saúde Pública no Brasil no século XX. In: CESAR, Chester Luiz Galvão et al. (Orgs.). **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS, ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CHESNAIS, François. A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, consequências. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **O capital portador de juros**: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 35-67.

\_\_\_\_\_. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COELHO, Maria Carlota de Rezende; TRUGILHO, Maria Carlota. Pesquisas sobre políticas de saúde: demandas e desafios. In: COELHO, Maria Carlota de Rezende;

ARAUJO, Maristela Dalbello; SILVA, Valmim Ramos (Orgs.). **Política de saúde e assistência no cotidiano dos serviços**. Vitória: Emescam, 2016. p. 11-28.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Ana Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 225-244.

\_\_\_\_\_. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 219-246.

COIMBRA, Liberata Campos. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em (des) construção?** 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

COIMBRA, Liberata Campos; SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva; AMORIM, Sílvia Maria Costa. Análise da evolução da cobertura das estratégias de atenção básica no Estado. In: COIMBRA, Liberata Campos; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes; SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva (Orgs.). **Indicadores da Atenção Básica no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 43-57.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Quantidade de profissionais por região. 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A regulação no SUS: alguns conceitos**. 2017. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>>. Acesso em: 8 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 4).

\_\_\_\_\_. **Maranhão: caderno de informações para a Gestão Estadual do SUS**. Brasília, DF, 2011b.

CORRÊA, Luciana Reis Carpaneiz. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009. p. 111-138.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil e Controle social: desafios para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs.).

**Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos:** desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 317-330.

CORREIA, Maria Valeria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. As bases da promoção da saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horácio (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde:** contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-158.

COSTA, Ana Maria. A saúde em tempos de golpe. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 5-12, jan./mar. 2017.

COSTA, Maria Dalva Horácio. A intrínseca relação entre intersectorialidade e promoção da saúde. In: VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horácio (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde:** contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p.159-246.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CRUZ, Adriane. Agenda de eficiência para o SUS. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF, ano IV, n. 18, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/agenda-de-eficiencia-para-o-sus/>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; BAHIA, Ligia. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n. 2, p. 248-254, 2014.

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

DUBOW, Camila; BASTOS, Silvana. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 908-921, 2013.

EM NOVA Iorque, Roseana inaugura hospital de 20 leitos e vistoria obras. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 13 nov. 2014. p. 5.

EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sobre a EMSERH.** 2017. Disponível em: <<http://www.emserh.ma.gov.br/sobre-a-emserh/>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ERI SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, out./dez. 2013.

FADEL, Marianella Aguiar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 7-22, jan./fev. 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. Participação e institucionalização (embates de 1990 a 1994). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF, 2006. p. 111-155.

FAVERET FILHO, Paulo, OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização excludente: reflexos sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 1 n. 1, p. 139-161, jun. 1989.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Maria Argelina Cheibub. Avaliação política e avaliação de política: um quadro de referência teórico. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 107-127, 1986.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 30-66.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FUNCIA, Francisco R. Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016, Revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 7, 9 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/DOMINGUEIRA%202017/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%202007%202017%20-%202009%2004%202017.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF, n. 15, p.37-40, 2015b.

\_\_\_\_\_. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 4, abr. 2015a. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%202004%202015%20-%202012%2004%202015.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz. **Os sistemas de saúde pública brasileiro e inglês enfrentam dilemas no ano em que completam 30 e 70 anos**. 2018. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=os-sistemas-de-saude-publica-brasileiro-e-ingles-enfrentam-dilemas-no-ano-em-que-completam-30-e-70-anos>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 556-619.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov. 2014.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado: o desafio do alcance social dos recursos sanitários escassos**. Curitiba: Juruá, 2011.

GOMES, Gustavo França. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **A saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ/Editora Rede Sirius. 2014. p. 25-31.

GOOGLE MAPAS. **Distância de Coroatá a São Luís-MA**. 2017b. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/search/A+dist%C3%A2ncia+de+Coroat%C3%A1+at%C3%A9+a+cidade+de+S%C3%A3o+Lu%C3%ADs+%C3%A9+de+tr%C3%AAs+horas+e+quarenta+e+cinco+minutos,+totalizando+247,0+Km,+via+BR-222+e+BR-135/@-3.5025845,-44.5795273,9z/data=!3m1!4b1>>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Distância de Lago dos Rodrigues a São Luís-MA**. 2017c. Disponível em: <[https://www.google.com.br/maps?q=A+dist%C3%A2ncia+de+Lago+dos+Rodrigues+a+S%C3%A3o+Lu%C3%ADs-MA&um=1&ie=UTF-8&sa=X&ved=0ahUKEwjmlukzOraAhXJnJAKHbHRA8cQ\\_AUICigB](https://www.google.com.br/maps?q=A+dist%C3%A2ncia+de+Lago+dos+Rodrigues+a+S%C3%A3o+Lu%C3%ADs-MA&um=1&ie=UTF-8&sa=X&ved=0ahUKEwjmlukzOraAhXJnJAKHbHRA8cQ_AUICigB)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Distância de Morros a São Luís-MA**. 2017a. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/Monumento+Natural+dos+Morros+do+P%C3%A3o+de+A%C3%A7%C3%BAcar+e+da+Urca,+R.+Guimar%C3%A3es+Natal,+S%2FN+-+Copacabana,+Rio+de+Janeiro+-+RJ,+22011-090/S%C3%A3o+Lu%C3%ADs-MA/@-12.592701,-52.5486358,5z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x99803e7294572f:0x951629d36e5ebae9!2m2!1d-43.1596348!2d-22.9506041!1m5!1m1!1s0x7f68ff06f7f6d21:0x983102e459a3de47!2m2!1d-44.2829046!2d-2.5391099>>. Acesso em: 10 set. 2017.

GOVERNADOR do Maranhão, Jackson Lago (PDT), lança plano de metas do governo para 2007. Vermelho, São Paulo, 13 abr. 2007. Disponível em: <[http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id\\_noticia=15413](http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=15413)>. Acesso em: 13 abr. 2018.

GOVERNADORA inaugura hospitais em dois municípios do Maranhão. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 5 set. 2014a. Disponível em: <<http://imirante.com/oestadoma/online/05092014/pdf/P05.PDF>>. Acesso em: 7 set. 2017.

GOVERNADORA inaugura hospital de 20 leitos na cidade de Pirapemas. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 26 nov. 2014b. p. 7.

GOVERNO inaugura hospitais em Serrano do Maranhão e Bacurituba. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 17 jul. 2014a. Disponível em: <<http://imirante.com/oestadoma/noticias/2014/07/17/governo-inaugura-hospitais-em-serrano-do-maranhao-e-bacurituba.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2017.

GRUPO DE AVALIAÇÃO E ESTUDO DA POBREZA E DAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À POBREZA. **Pobreza e dependência dos municípios maranhenses das transferências federais**. 2016. Disponível em: <[http://www.gaep.ufma.br/boletim/images/ctj/PDF/Boletim\\_ano\\_5\\_n\\_3/em%20foco%20-%20atual.pdf](http://www.gaep.ufma.br/boletim/images/ctj/PDF/Boletim_ano_5_n_3/em%20foco%20-%20atual.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

GUARDA, Olivani Izabel Domanski; COIMBRA, Liberata Campos; NUNES, Flávia Baluz Bezerra de Farias. Mortalidade materna no Maranhão no período de 2010 a 2014. In: COIMBRA, Liberata Campos; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes; SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva (Orgs.). **Indicadores da atenção básica no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 175-197.

GUERRA, Alexandre; POCHMANN, Marcio; SILVA, Ronnie Aldrin (Orgs.). **Atlas da exclusão social: dez anos depois no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014. v. 1.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. Tradução Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência IBGE notícias. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017**. 2013. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html>>. Acesso em: 24 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Agência IBGE notícias**. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017. 2017b. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html>>. Acesso em: 24 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**: Maranhão. 2017a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Contas Nacionais. **Produto Interno dos municípios 2010-2014**. Rio de Janeiro, 2016c.

\_\_\_\_\_. **Maranhão**: Coroatá: censo demográfico 2010: resultados do universo-Indicadores sociais municipais. 2010a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=210360&idtema=79&search=maranhao|coroata|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais-->>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Maranhão**: Lago dos Rodrigues: censo demográfico 2010: resultados do universo-Indicadores sociais municipais. 2010c. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=210360&idtema=79&search=maranhao|lagodosrodrigues|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais-->>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Maranhão**: Morros: Censo demográfico 2010: resultados do universo: Indicadores sociais municipais. 2010b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=210710&idtema=79&search=maranhao|morros|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais-->>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de Indicadores 2015. Rio de Janeiro, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2017. Rio de Janeiro, 2017c.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro, 2016b.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais 2014**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil. **Comunicados do IPEA**, Brasília, DF, n. 58, p. 1-14, 2010. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1796](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1796)>. Acesso em: 4 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, Brasília, DF, n. 22, p. 143-224, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas sociais: Acompanhamento e Análise**, Brasília, DF, n. 24, p. 131-172, 2016.

\_\_\_\_\_. Saúde. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, Brasília, DF, n. 23, p. 119-181, 2015.

INSTITUTO VIDA E SAÚDE. **Legislação**. 2017. Disponível em: <<http://www.invisa.org.br/legislacao.php>>. Acesso em: 24 dez. 2017.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neve e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. (Resumos da cultura moderna, 26).

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução Rodrigo León Contrera. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LEITE, José Márcio Soares. **A saúde do povo é a suprema lei**. 2015. Disponível em: <<http://sociedademaranhensehistoriadamedicina.blogspot.com.br/2015/06/a-saude-do-povo-e-suprema-lei.html>>. Acesso em: 10 set. 2017.

LESSA, Sérgio. **Capital e estado de bem-estar**: o caráter de classe das políticas públicas. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2012b.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov, 2012a.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Seguridade social e Welfare State no Brasil. In: RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. (Orgs.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa**: convergências e divergências. Rio de Janeiro: CEBES/HUCITEC Editora, 2017. p. 143-161.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 103-138.

LOPES, Mário. **Políticas de saúde pública**: interação dos atores sociais. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

LÓPEZ, Elaine Machado. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.



LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014.

MACIEL, Sergiane Maciel. A política de saúde brasileira a partir de 1988: resultados e desafios atuais. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís. **Anais...** São Luís: Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas da UFMA, 2015. 1 CD- ROM.

MACIEL, Sergiane Maia et al. O fundo público e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 97-120, jul./dez. 2017.

MAIA, Carmem da Conceição Araújo; RODRIGUES, Fernanda Gonçalves; MAIA, Lenira de Araújo. Pelos caminhos do SUS: avanços e perspectivas de uma política. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de et al. (Orgs). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 4-14.

MARANHÃO. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Mensagem da governadora à Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão, 2011**: apresentada na reunião de abertura da 1ª sessão Legislativa da 17ª Legislatura. São Luís, 2011.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Prefeitos elogiam proposta de gestão compartilhada da saúde apresentada pelo Governo**. 2015. Disponível em: <<http://www.ma.gov.br/prefeitos-elogiam-proposta-de-gestao-compartilhada-da-saude-apresentada-pelo-governo/>>. Acesso em: 1º maio 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. **Relatório de avaliação do plano plurianual 2012-2015**: exercício 2013. São Luís, 2014a.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Mensagem da governadora à Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão, 2012**: apresentada na reunião de abertura da 2ª sessão Legislativa da 17ª Legislatura. São Luís, 2012a.

\_\_\_\_\_. Governo do Maranhão. **Secretário Ricardo Murad destaca ampliação da oferta de leitos da rede de saúde do Estado**. 2013. Disponível em: <<http://www2.ma.gov.br/index.php/tag/saude/page/25/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº113, de 27 de abril de 2015. Institui o Incentivo Estadual de Qualificação da Gestão Hospitalar. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, São Luís, n. 15, 8 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. **Mensagem à Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão, 2013**: apresentada na reunião de abertura da 3ª sessão Legislativa da 17ª Legislatura. São Luís, 2013.

MARANHÃO. Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. Secretaria Adjunta do Planejamento, Coordenação, Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação do plano plurianual 2008-2011**: exercício 2009. São Luís, 2010.

MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, Rosa Maria et al. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. p. 11-37.

MARTINS, Luciana Fernandes Volpato et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 151-158, maio/ago. 2014.

MARX, Karl. **El capital**: crítica de la economía política: libro III. Tradução W. Roces. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011b. v. 2.

\_\_\_\_\_. **O capital**: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. v. 1.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã**. Tradução Luís Cláudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **A ideologia Alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. Tradução Rubens Enderle, Nélio Schneider e Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATOS, Marcos Fábio Belo; BARBOSA, Ellyne. Análise de conteúdo sobre a cassação de Jackson Lago nos jornais "O Progresso e O Estado do Maranhão". In: ENCONTRO NACIONAL DOS PESQUISADORES EM JORNALISMO, 10., 2012, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2012. Disponível em: <<http://soac.unb.br/index.php/ENPJor/XENPJOR/paper/viewFile/1504/64>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

MATOS, Maria do Perpétuo Socorro. **Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde**. 2013. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MATTANÓ, Luanna Del Carmem; ARAUJO, Maristela Dalbello. A integralidade na prática dos profissionais da atenção básica. In: COELHO, Maria Carlota de Rezende; ARAUJO, Maristela Dalbello; SILVA, Valmim Ramos (Orgs.). **Política de saúde e assistência no cotidiano dos serviços**. Vitória: Emescam, 2016. p. 47-65.

MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MELO, Daniela Tranches de. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad; Faperj, 2015.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 161-166, 2013.

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta da Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-3, 2016b.

MENDES, Áquilas Nogueira. Os impasses do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 21., 2016. **Anais...** São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo: Sociedade Brasileira de Economia Política, 2016a.

\_\_\_\_\_. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuros do Brasil: Ideias para ação**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <[http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo\\_Aquilas\\_Mendes\\_.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes_.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria et al. (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139-167.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 5.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-3, 2017.

NEGRINI FILHO, Armando de; BARBOSA, Zilda. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. **Revista do Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, ano 4, n. 11, p. 13-23, abr./jun. 2014.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. v. 1.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, 2009. p. 218-241.

NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

OLIVEIRA, Francisco de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; Brasília, DF: NEDIC, 1999. p. 55-81.

\_\_\_\_\_. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**: um guia de leitura. São Paulo: Hicitec Editora, 2009.

OLIVEIRA, Íris Maria. Cultura política, direitos e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 109-129.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conceito de Saúde segundo a OMS/WHO**. 2016. Disponível em: <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acesso em: 18 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão**: efeitos do Programa Mais Médicos. Brasília, DF: OPAS, 2016.

PACHECO, Hélder Freire et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 585-595, set. 2016.

PACHECO, Marcos Antônio Barbosa. Prefácio. In: COIMBRA, Liberata Campos; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes; SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva (Orgs.). **Indicadores da Atenção Básica no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 13-17.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Londres: The Lancet, 2011. p. 11-31. (Saúde no Brasil).

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.

\_\_\_\_\_. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; Brasília: ENAP, 2002.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-108.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Política social no segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. IX, n. 10, p. 1-21, dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Política social**: temas & questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília, DF/Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para Discussão, 1846).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**: Morros-MA. 2013a. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/morros\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/morros_ma)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**: Coroatá-MA. 2013b. Disponível em:

<[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/coroata\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/coroata_ma)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**: Lago dos Rodrigues. 2013c. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/lago-dos-rodrigues\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lago-dos-rodrigues_ma)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REDAÇÃO EXAME. Trumpcare e a saúde no mundo. **Exame**, São Paulo, 22 jun. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/trumpcare-e-a-saude-no-mundo/>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

RICARDI, Luciani Martins; ERI SCHIMIZU; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 155-170, set. 2017. Número especial.

RODRIGUES, Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral. **Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP**: contribuições da coorte Brisa. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

ROSA, Tatiana. Novo texto traz mudanças importantes, mas mantém a Estratégia Saúde da Família como prioridade. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF, ano 7, n. 24, p. 17-21, jul./set. 2017.

\_\_\_\_\_. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretário de Saúde**, Brasília, ano IV, n. 11, abr./jun. 2014.

ROSEANA entrega hospital de 20 leitos em São Pedro dos Crentes. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 3 set. 2014c. p. 10.

GOVERNO inaugura hospital em Tasso Fragoso. 2014b. Disponível em: <<https://www.portalguara.com/noticias/maranhao/item/6175-governo-inaugura-hospital-em-tasso-fragoso>>. Acesso em: 5 set. 2017.

ROSEANA Sarney inaugura hospital de 20 leitos na região dos cocais. **O Estado do Maranhão**, São Luís, 29 mar. 2014a. p. 5.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina et al. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. p. 21-60.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010a.

\_\_\_\_\_. Crise do capital e o socorro do fundo público. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 35-63.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 4-22, jan./jun. 2012.

SALVADOR, Evilasio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 1. p. 15-32, jan./jun. 2014.

SANTANA, Raimunda Nonata do Nascimento; SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos Sousa. Editorial. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 11-18, jan./jun. 2016.

SANTOS, Joseney Raimundo Pires dos. **Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde do Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SANTOS, Josiane Soares. “**Questão social**”: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. v. 6.

SANTOS, René José Moreira dos; LUIZ, Viviane Rocha de. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 169-201.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina, 2013.

\_\_\_\_\_(Coord.). **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

SERRANO, Mônica de Almeida. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes Constitucionais**. 2. ed. São Paulo: Editora Verbatim, 2012.

SES RETOMARÀ obras de 22 hospitais no interior do Maranhão. **Jornal Pequeno**, São Luís, 8 jul. 2011. Disponível em: <<https://jornalpequeno.com.br/2011/07/08/ses-retomara-obras-de-22-hospitais-no-interior-do-maranhao/>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SILVA, Ilse Gomes. **Estado, saúde e participação política**. São Paulo: Xamã, 2011.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 4, n. 1/2, p. 1-21, 2000.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e et al. (Orgs.). **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e et al. (Orgs.). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teóricos-metodológicos. São Paulo: Veras Editora; São Luís: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (Gaepp), 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da et al. (Orgs.). **Rede de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o serviço social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 91-114.

SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva; SOUSA NETO, Raimundo de Assunção; COIMBRA, Liberata Campos. Indicadores epidemiológicos de Morbidade e Mortalidade da população coberta pela atenção básica. In: COIMBRA, Liberata Campos; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes; SOEIRO, Vanessa Moreira da Silva (Orgs.). **Indicadores da atenção básica no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 93-117.

SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos. O campo da saúde no Brasil: notas críticas sobre as mudanças propugnadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 11, n. 1, p. 37-54, jan./jun. 2000.

SOUZA, Aione Maria da. A universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

SPOSATI, Aldaíza. Regulação social tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais...** Lisboa: CLAD, 2002.

Disponível em:

<[http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_assistencia/pdf/R egulacao\\_social\\_tardia\\_Aldaísa.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_assistencia/pdf/R egulacao_social_tardia_Aldaísa.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.



STARFIELD, Barbara. Pathways of influence on equity in health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 64, n. 7, p. 1355-1362, 2007.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Por trás do fundo menos público, o que está em jogo é a democracia. In: SALVADOR, Evilasio et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 181-208.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: \_\_\_\_\_. **Reforma sanitária em busca de uma teoria** (Org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p. 17-46.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 209-235.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

UGÁ, Maria Alícia Domínguez; LÓPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **A rede hospitalar na região metropolitana de Campinas**: relatório de pesquisa: avaliação do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Campinas visando desenvolvimento de redes de atenção à saúde. Campinas, 2014. (Caderno de Pesquisa, 10).

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horácio (Orgs.). **Por uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-158.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização e política de saúde**: origens, contexto e alcance da descentralização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, n. 15, p. 1-8, mar. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2016. (Nota Técnica, 28).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics, 2015**. Geneva, 2015.

Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 16 dez. 2016.

ZIONI, Fabíola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão (Orgs.). **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-118.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS****TÍTULO: “PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO  
ESTADO DO MARANHÃO: um estudo do Programa Saúde é Vida”**

Prezado (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_  
(Gestores/Usuários/Enfermeiros/Médicos)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa sobre: **“PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO: um estudo do Programa Saúde é Vida”**. A sua participação consiste em responder algumas perguntas norteadoras sobre a atenção hospitalar direcionada para o **“Programa Saúde é Vida”**, no seu município residente ou local de trabalho, de modo que sua identidade não será divulgada, respeitando os princípios éticos da pesquisa e a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**O objetivo da pesquisa é:** avaliar o processo de implementação do “Programa Saúde é Vida” em três municípios maranhenses, em termos de expansão da rede assistencial na média e alta complexidade e da melhoria da assistência qualificada dos serviços de saúde.

**Os benefícios diretos e indiretos dos sujeitos da pesquisa:** o benefício da investigação em relação à pesquisa é que a mesma visa contribuir para os conhecimentos que servirão de embasamento para a pesquisa avaliativa sobre a expansão e assistência dos serviços de saúde e média e alta complexidade, como para construção de novos saberes nesta temática, e também pela possibilidade de oferta de subsídios aos gestores públicos, nos municípios e no Estado.

**Desconfortos e possíveis riscos:** nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**Plano de divulgação dos resultados e garantia do sigilo:** os resultados serão utilizados na elaboração de tese, de trabalhos científicos, apresentações dos

trabalhos em jornadas e congressos, publicações em revistas e periódicos de saúde coletiva e/ou outras revistas indexadas, sendo garantido o sigilo que assegura a privacidade do participante, quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

A Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Se decidir participar da pesquisa, você deverá dar o seu consentimento verbal e assinar este termo de responsabilidade, em que você ficará com uma cópia.

Caso tenha qualquer dúvida você poderá esclarecer diretamente com a orientadora e responsável pela pesquisa, Doutora em Políticas Públicas, Salviana de Maria Pastor Santos Sousa, professora da Universidade Federal do Maranhão, pelo email: [salvi200@globocom.com](mailto:salvi200@globocom.com), ou no endereço do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, localizado na Avenida dos Portugueses, s/n, Campus Bacanga, São Luís – MA. Telefone: (98) 32728666; ou com a pesquisadora e responsável pela pesquisa, Sergiane Maia Maciel, doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão, pelo telefone (98)981126704 ou pelo e-mail: [sergianemm@hotmail.com](mailto:sergianemm@hotmail.com). Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão localizado na Avenida dos Portugueses, s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, bloco C, sala 07. Email: [cepufma@ufma.br](mailto:cepufma@ufma.br). Telefone: 32728708.

**Agradecemos sua participação.**

Professora Doutora Salviana de Maria Pastor Santos Sousa (orientadora e responsável da pesquisa)

Professora Mestre Sergiane Maia Maciel (doutoranda e responsável pela pesquisa)

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, o item que se segue:

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
venho por meio deste confirmar o meu conhecimento informado em participar voluntariamente dessa pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas a respeito do estudo, seus objetivos e procedimentos.

Estou ciente que os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para divulgação científica. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas ou recompensas financeiras. Estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízos de qualquer espécie. Declaro ter recebido uma cópia do presente termo.

Autorizo a gravação em áudio da entrevista por mim concedida:

(  ) SIM (  ) NÃO

Assinatura Participante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Assinatura do Pesquisador responsável \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

|   |
|---|
| <p>Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão<br/>Endereço: Avenida dos Portugueses, s/n, Campus Universitário do Bacanga,<br/>Prédio do CEB Velho, PPPG, bloco C, sala 07. Email: <a href="mailto:cepufma@ufma.br">cepufma@ufma.br</a>. Telefone:<br/>32728708.</p> |
|---|

## APÊNDICE B - QUADRO ANALÍTICO DAS DIMENSÕES

### Quadro Analítico da Primeira Dimensão: expansão da Rede Assistencial na Média e Alta Complexidade

| <b>DIMENSÃO: Expansão da Rede Assistencial na Média e Alta Complexidade</b> |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
| ELEMENTOS AVALIATIVOS   | VARIÁVEIS  | PARÂMETROS   | FONTES                       |
| Estrutura física das unidades médico-hospitalares                           | Salas de centros cirúrgicos<br>Sala de parto normal<br>Consultórios médicos<br>Sala de pequena cirurgia<br>Sala de nebulização<br>Sala de curativo<br>Sala de recuperação<br>Leitos de observação<br>Leitos de internação clínica<br>Leitos de internação cirúrgica<br>Leitos de UTI<br>Laboratório de Análises Clínicas | Presente:<br>Sim/Não   | Observação no contexto local |
| Estrutura física das unidades médico-hospitalares                           | Total de Leitos  | Nº de leitos por especialidades:<br>Cirúrgico<br>Clínico<br>Complementar<br>Obstétrico<br>Pediátrico | CNES/<br>DATASUS/MS          |
| Equipamentos médico-hospitalares  | Raio X<br>Tomógrafo computadorizado<br>Aparelho de ultrassonografia<br>Aparelho para endoscopia<br>Eletrocardiógrafo<br>Desfibrilador<br>Monitor de ECG<br>Respirador/ventilador<br>Oxímetro de pulso<br>Equipamento de Hemodiálise  | Presente:<br>Sim/Não   | Observação no contexto local |
| Equipamentos médico-hospitalares  | Total de Equipamentos por grupo:<br>Equipamentos de diagnóstico por imagem<br>Equipamentos de infra-estrutura<br>Equipamentos para manutenção da vida<br>Equipamentos por métodos gráficos   | Nº de equipamentos   | CNES/<br>DATASUS/MS          |

|                            |   |  |   |
|----------------------------|---|--|---|
| Quadro de profissionais    | Médicos em geral (clínico geral)<br>Médico cirurgião em geral<br>Médico anestesista<br>Médico ginecologista<br>Medico obstetra<br>Médico ginecologista /obstetra<br>Médico pediatra<br>Enfermeiro em geral<br>Enfermeiro obstetra<br>Outras especialidades médicas<br>Técnico de enfermagem<br>Auxiliar de enfermagem<br>Outros (especificar) | Presente:<br>Sim/Não   | Observação no contexto local  |
| Quadro de profissionais    | Total de Profissionais  | Nº de médicos<br>Nº de enfermeiros<br>Outros   | CNES/<br>DATASUS/MS   |
| Procedimentos hospitalares | Total de procedimentos hospitalares por subgrupos   | Nº de partos normais<br>Nº de cesáreas realizadas<br>Nº de internações clínicas<br>Nº de internações cirúrgicas<br>Nº de cirurgias realizadas  | Registro no Banco de dados dos hospitais<br>Produção referente ao período 2009-2014 |
| Procedimentos hospitalares | Total de subgrupo de procedimentos  | Nº de Tratamentos clínicos<br>Nº de Tratamentos especializados<br>Nº de Tratamentos decorrentes de causas externas<br>Nº de outras cirurgias<br>Nº de Parto e nascimento<br>Nº de Cirurgias obstétricas  | SIH/SUS<br>DATASUS/MS   |
| Recursos financeiros       | Transferências para o SUS na despesa total com saúde<br>Recursos próprios municipais aplicados em saúde<br>Transferências da União para o SUS<br>Despesas com atenção básica<br>Despesas com assistência ambulatorial e hospitalar  | % de transferências para o SUS na despesa total com saúde<br>% recursos próprios<br>% de transferências da União para o SUS segundo município<br>Despesas com atenção básica (em R\$)<br>Despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (em R\$) | SIOPS   |



**Quadro analítico da segunda dimensão: assistência qualificada dos serviços de saúde na média e alta complexidade**

| DIMENSÃO  | ELEMENTOS AVALIATIVOS              | VARIÁVEIS                          | PARÂMETROS  | FONTE                           |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|
| Assistência Qualificada dos serviços aos usuários | Opinião dos profissionais de saúde | Qualidade dos serviços prestados   | Percepção da qualidade dos serviços prestados (Perguntas norteadoras)<br>Excelente/ Ótima/ Boa<br>Regular / Ruim<br>(justificar a resposta)<br><br>Facilidades e dificuldades para implementação da assistência qualificada (Perguntas norteadoras) | Aplicação de entrevista gravada |
|   | Opinião dos usuários               | Qualidade dos serviços recebidos   | Percepção da qualidade dos serviços recebidos:<br>Excelente/ Ótima/ Boa<br>Regular / Ruim<br>(justificar a resposta)<br>Facilidades e dificuldades para recebimento dos serviços (Perguntas norteadoras)  | Aplicação de entrevista gravada |
|   | Opinião dos gestores               | Qualidade dos serviços gerenciados | Percepção da qualidade dos serviços gerenciados<br>Facilidades e dificuldades para implementação da assistência qualificada (Perguntas norteadoras)   | Aplicação de entrevista gravada |

## APÊNDICE C - INSTRUMENTO DA PESQUISA - FORMULÁRIO

PRIMEIRA DIMENSÃO: EXPANSÃO DA REDE ASSISTENCIAL NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

---

**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO:** um estudo do Programa Saúde é Vida

| <b>CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS: ASPECTOS SOCIECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE</b>   |   |
|--|---|
| <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO:</b><br/>-----</p> <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL:</b><br/>-----</p> <p><b>LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO:</b><br/>-----</p> <p><b>Número de Leitos:</b> -----</p> | <p>1. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):- -----<br/>-----</p> <p>2. Índice de exclusão social:- -----</p> <p>3. Índice de Gini: -----<br/>-----</p> <p>3. População total (especificar a população urbana e rural): -----</p> <p>4. Taxa de analfabetismo da população municipal de 25 ou mais anos de idade:-----<br/>-----</p> <p>4. Salário médio mensal: -----</p> <p>5. PIB per capita: -----</p> <p>5. Taxa de pobreza:-----<br/>-----</p> <p>6. Esgotamento sanitário adequado:- -----<br/>-----</p> <p>7. Taxas de mortalidade infantil:- -----<br/>-----</p> <p>8. Cobertura da Estratégia Saúde da Família:- -----<br/>-----</p> |

Fontes: Criado a partir das informações do IBGE, PNUD, DATASUS, IPEA

| <b>PRIMEIRA DIMENSÃO: EXPANSÃO DA REDE ASSISTENCIAL NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>  |   |
|---|---|
| <b>A) Estrutura física das unidades médico-hospitalares</b>   | <b>Observação direta<br/>Presente: Sim/Não</b>          |
| 1. Salas de centros cirúrgicos  |   |
| 2. Sala de parto normal   |   |
| 3. Consultórios médicos   |   |
| 4. Sala de pequena cirurgia   |   |
| 5. Sala de nebulização  |   |
| 6. Sala de curativo   |   |
| 7. Sala de recuperação  |   |
| 8. Leitos de observação   |   |
| 9. Leitos de internação clínica   |   |
| 10. Leitos de internação cirúrgica  |   |
| 11. Leitos de UTI   |   |
| 12. Laboratório de Análises Clínicas  |   |
| 13. Setor de Hemonúcleo   |   |
| <b>A) Estrutura física das unidades médico-hospitalares</b><br>Nº de leitos por especialidades:<br>14. Cirúrgico<br>15. Clínico<br>16. Obstétrico<br>17. Pediátrico<br>18. Outros | <b>Dados Secundários/<br/>DATASUS/Pesquisa de campo</b> |
| <b>B) Equipamentos médico- hospitalares</b>   | <b>Presente: Sim/Não</b>                                |
| 19. Raio X  |   |
| 20. Tomógrafo computadorizado   |   |
| 21. Aparelho de ultrassonografia  |   |
| 22. Aparelho para endoscopia  |   |
| 23. Eletrocardiógrafo   |   |
| 24. Desfibrilador   |   |

|  |  |
|--|--|
| 25. Monitor de ECG   |  |
| 26. Respirador/ventilador  |  |
| 27. Oxímetro de pulso  |  |
| 28. Equipamento de Hemodiálise   |  |
| <p align="center"><b>B) Equipamentos médico-hospitalares</b></p> <p>Nº de equipamentos por grupo:</p> <p>29. Nº Equipamentos de diagnóstico por imagem</p> <p>30. Nº Equipamentos de infraestrutura</p> <p>31. Nº Equipamentos para manutenção da vida</p> <p>32. Nº Equipamentos por métodos gráficos</p> | <p><b>Dados Secundários/<br/>DATASUS/Pesquisa de campo</b></p>       |
| <p align="center"><b>C) Quadro de profissionais</b></p>  | <p><b>Presente:<br/>Sim/Não/Observação Pesquisa<br/>de Campo</b></p> |
| 33. Médicos em geral (clínico geral)   |  |
| 34. Médico cirurgião em geral  |  |
| 35. Médico anestesista   |  |
| 36. Médico ginecologista   |  |
| 37. Médico obstetra  |  |
| 38. Médico ginecologista/obstetra  |  |
| 39. Médico pediatra  |  |
| 40. Enfermeiro em geral  |  |
| 41. Enfermeiro obstetra  |  |
| 42. Outras especialidades médicas  |  |
| 43. Técnico de enfermagem, em geral  |  |
| <p><b>C) Quadro de profissionais</b></p> <p>Total de profissionais da saúde</p> <p>44. Nº de médicos</p> <p>45. Nº de enfermeiros</p>  | <p><b>Dados Secundários/<br/>DATASUS/Pesquisa de Campo</b></p>       |
| <p align="center"><b>D) Procedimentos hospitalares</b></p> <p>46. Nº de tratamentos clínicos</p> <p>47. Nº de tratamentos cirúrgicos</p>   | <p><b>Dados Secundários/<br/>DATASUS</b></p>                         |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 48.Nº de partos<br>49.Nº de cirurgias obstétricas   |                                |
| <b>E) Recursos financeiros</b><br>50.Transferências para o SUS na despesa total com saúde<br>51.Recursos próprios municipais aplicados em saúde<br>52.Transferências da União para o SUS<br>53.Despesas com atenção básica<br>54.Despesas com assistência ambulatorial e hospitalar | <b>Dados Secundários/SIOPS</b> |

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO DA PESQUISA – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**  
**SEGUNDA DIMENSÃO: ASSISTÊNCIA QUALIFICADA DOS SERVIÇOS DE**  
**SAÚDE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**DOCTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

Pesquisa: “**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO**  
**ESTADO DO MARANHÃO: um estudo do Programa Saúde é Vida**”

**SEGUNDA DIMENSÃO: ASSISTÊNCIA QUALIFICADA DOS SERVIÇOS DE**  
**SAÚDE - ENTREVISTA**

**I. Roteiro para entrevista com o usuário (a)**

**Município/Região:** \_\_\_\_\_

**Entrevista número:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Usuário (características, idade e procedência)** \_\_\_\_\_

---

**II. Perguntas norteadoras:**

1. Como você percebe a qualidade dos serviços recebidos neste hospital?  
( ) Excelente ( ) Ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim
2. Fale sobre isso.
3. Quais as principais facilidades você percebe para ser atendido (a) neste hospital?
4. Quais as principais dificuldades você percebe para ser atendido (a) neste hospital?

Pesquisa: **“PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO: um estudo do Programa Saúde é Vida”**

Roteiro para entrevista com o profissional da saúde: enfermeiro (a) e/ou médico (a)

Município/Região: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Entrevista número: \_\_\_\_\_

Pesquisador de Campo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. Identificação do (a) Profissional da Saúde (apenas para controle do pesquisador)**

1. Formação graduação: \_\_\_\_\_
2. Pós-Graduação: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
3. Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_
4. Trabalha há quanto tempo neste hospital? \_\_\_\_\_
5. Tipo de vínculo: contratado (1) concursado (2) cedido (3)

**II. Perguntas Norteadoras sobre a qualidade da assistência prestada**

1. Como você percebe a qualidade da assistência prestada, em termos de: equipe interdisciplinar que junto com você presta assistência os usuários neste hospital, estrutura física do seu local de trabalho, equipamentos necessários às suas atividades, oferta dos serviços médicos-hospitalares e uso da referência e contra-referência e outros? Fale sobre sua resposta.  
( ) Excelente ( ) Ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim
2. Quais as principais facilidades você percebe na assistência prestada neste hospital?
3. Quais as principais dificuldades você percebe na assistência prestada neste hospital?

Pesquisa: “**PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO: um estudo do Programa Saúde é Vida**”

**Roteiro para entrevista com o Gestor**

**Município/Região:** \_\_\_\_\_

**Cargo/Função:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador de Campo:** \_\_\_\_\_

**Entrevista Número:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I. Identificação do (a) gestor (apenas para controle do pesquisador)**

1. Tempo que atua como gestor:

2. Formação graduação: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**II. Perguntas norteadoras**

1. O hospital do município foi criado/inaugurado/reinaugurado pelo Programa Saúde é Vida na vigência da gestão anterior 2009-2014 do Governo do estado do Maranhão. O Senhor (a) tem conseguido gerenciar o mesmo, a partir da proposta inicial do programa de expandir os serviços de média e alta complexidade do município e melhorar a qualidade da assistência dos serviços de saúde. Fale sobre sua resposta.

( ) Sim ( ) Não

2. Quais as principais facilidades você encontra para manter a expansão e melhoria dos serviços de saúde prestados neste hospital?

3. Quais as principais dificuldades você encontra para manter a expansão e melhoria dos serviços de saúde prestados?



## **ANEXOS**



## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/MA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impactos da Política de Saúde na Reestruturação da Saúde Pública no Estado do Maranhão: a experiência do Programa Saúde é Vida

**Pesquisador:** Sergiane Maia Maciel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48115015.4.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.250.247

#### **Apresentação do Projeto:**

O presente projeto tem como objeto de estudo a Política de Saúde no Estado do Maranhão, especificamente a experiência do Programa Saúde é Vida, na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de impacto. Essa avaliação será realizada em três municípios que receberam os hospitais, sendo os municípios selecionados de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH: em pior indicador, médio indicador e melhor indicador, sendo o município de São Luís também inserido na avaliação, por ser a capital do Estado. A pesquisa quantitativa é baseada em dados disponibilizados nos Sistema de Produção e disseminação de estatísticas públicas. A parte qualitativa será mediante a utilização de entrevistas com gestores, profissionais da saúde e usuários. Quanto ao corte temporal, o estudo centrará o período de 2009 a 2014, período de implantação e implementação do programa. Espera-se que os resultados possam demonstrar os impactos e os efeitos do programa nas condições de saúde dos municípios, considerando quatro dimensões que serão avaliadas: a primeira dimensão estudada são as mudanças nos indicadores de saúde, a segunda dimensão é sobre a acessibilidade com equidade, a terceira dimensão refere-se à resolubilidade com integralidade e quarta dimensão trata-se do uso dos recursos financeiros, e do processo da descentralização.

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.250.247

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar os impactos da Política de Saúde na reestruturação da Saúde Pública no Estado Maranhão, considerando a experiência do Programa Saúde é Vida, na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

Avaliar os impactos do programa considerando a dimensão acessibilidade com equidade;  
Estimar e verificar se a assistência de saúde prestada pelo programa alcançou impactos nos indicadores de saúde relacionados às taxas: de mortalidade infantil, de mortalidade materna, de mortalidade por causas externas, de mortalidade por câncer de mama e colo uterino, e de mortalidade por doenças crônicas não degenerativas, Diabetes e Hipertensão Arterial, no período de 2010 e 2014/2015;  
Avaliar os impactos do programa considerando a dimensão resolubilidade com integralidade; Investigar e analisar os recursos financeiros alocados para custeio e investimento para o programa, considerando as diretrizes da descentralização.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade dos sujeitos pesquisados. As questões a serem respondidas podem causar desconforto e vergonha aos sujeitos, ou ainda, levar o profissional a gastar um pouco de tempo.

o benefício da investigação em relação à pesquisa é que a mesma visa contribuir para os conhecimentos que servirão de embasamento, tanto para melhorar o acesso e os atendimentos nos serviços de saúde no Estado do Maranhão, como para construção de novos saberes nesta temática, com também pela possibilidade de oferta de subsídios aos gestores públicos, nos municípios e no Estado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Busca-se a compreensão dos efeitos do programa quanto ao acesso dos serviços de saúde com equidade e, sobretudo buscando nos resultados a opinião e a satisfação dos diversos atores que programaram e usam a política de saúde do Programa Saúde é Vida no Estado do Maranhão (usuários, gestores e profissionais de saúde). Busca-se a compreensão dos efeitos do programa quanto à capacidade institucional, a sustentabilidade e reprodutividade no sentido de verificar o antes e o depois da intervenção do programa no atendimento resolutivo dos serviços de saúde,

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 1.250.247

assim como a distribuição de responsabilidades entre as esferas do governo para a distribuição racionalizada e equânime dos recursos na política de saúde do Estado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador responsável apresentou todos os documentos comprobatórios necessários para a realização da pesquisa

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende os pré requisitos da Resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559396.pdf     | 10/08/2015<br>12:23:15 |       | Aceito   |
| Outros  | Declaração de liberação do local da pesquisa.pdf | 10/08/2015<br>12:16:46 |       | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO DE CONSENTIMENTO.doc.docx                  | 10/08/2015<br>12:15:31 |       | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto em DOC.docx                              | 10/08/2015<br>12:14:57 |       | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto em PDF.pdf                               | 10/08/2015<br>12:14:17 |       | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folha de rosto.pdf                               | 10/08/2015<br>12:12:58 |       | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559396.pdf     | 28/07/2015<br>16:34:16 |       | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br



## ANEXO C – CARTA APRESENTADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA**

Casa do Trabalhador – Bairro: Calhau/São Luís – Ma  
Contatos: (98) 3236-9394, [estagioces@yahoo.com.br](mailto:estagioces@yahoo.com.br)

Ofício nº 375/2015/CEP-SES

Ao Comitê de Ética

São Luís, 24 de julho de 2015

Prezado Presidente,

O(A) pesquisador(a) responsável **SERGIANE MAIA MARCIEL** do curso de(a) **PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS** do(a) Universidade Federal do Maranhão através da equipe executora formada por: **SALVIANA DE MARIA PASTOR SANTOS SOUSA; SERGIANE MAIA MACIEL; CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA; AGOSTINHA PEREIRA ROCHA NETA**, deu entrada nessa Coordenação solicitando autorização para realizar o estudo intitulado **"IMPACTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE É VIDA"** no(a) UNIDADES DE SAÚDE ESTADUAIS (a) através do Processo SES nº 132514/2015, tendo como financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador.

Desta forma, a **AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA** nessa unidade de saúde ficará na dependência da **COMPROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO** emitido por esse CEP contendo respectivamente o número do CAAE, o número do parecer e data da aprovação.

### TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos para os devidos fins que a coleta de dados da pesquisa intitulada acima, somente será realizada no(a) UNIDADES DE SAÚDE ESTADUAIS após a **APROVAÇÃO** do Comitê de Ética em Pesquisa no qual será julgado e liberação da Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

Código na base de dados de gerenciamento das pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão: 378

São Luís, 24 de julho de 2015

*Sergiane Maia Marciel*  
\_\_\_\_\_  
Nome completo e CPF

805847483-53

Realizado em 24/07/15

Atenciosamente,

*Salviana Maria Pastor Santos Sousa*

Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO  
MARANHÃO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO**



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA**  
Casa do Trabalhador – Bairro: Calhau/São Luís – Ma  
Contatos: (98) 3238-0304

Ofício nº 132514/2015

São Luís, 14 de agosto de 2017.

A Direção: Hospital Macro Regional de Coroatá, Hospital Regional de Morros e Hospital Regional do Lago dos Rodrigues.

Senhor Diretor (a),

Estamos autorizando o início da pesquisa **IMPACTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NA REESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO MARANHÃO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE É VIDA**, entre o período de 10/01/2017 a 30/12/2017.

Este estudo foi protocolado na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão através do processo nº375/2015/CEP-SES a ser realizada pela equipe executora formada por: SALVIANA DE MARIA PASTOR SANTOS SOUSA; SERGIANE MAIA MACIEL; CARLOS LEONARDO FIGUEIREDO CUNHA; AGOSTINHA PEREIRA ROCHA NETO, LYSSANDRA LUIZA PESTANA COELHO, JOSIEL GUEDES DA SILVA, RAIMUNDO MARCOS DOS SANTOS NETO do curso de PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS do (a) Universidade Federal do Maranhão no(s) seguinte(s) setor(es): GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS

O projeto foi julgado pelo CEP do (a) Universidade Federal do Maranhão que emitiu parecer consubstanciado nº 1.250.247 e CAAE Nº 48115015-400005087 tendo como pesquisador (a) SALVIANA DE MARIA PASTOR SOUSA, fonte de financiamento: FAPEMA

Atenciosamente,

  
Cynthia Grizelda Castro Feres

Matrícula: 2594174

Coordenadora de Estágio e Pesquisa da SES

  
Cynthia Grizelda Castro Feres  
Matrícula: 2594174  
CEP - 2015