



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO PARA A ATENÇÃO DE  
MÉDIA COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

---

Londrina  
2018

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO PARA A ATENÇÃO DE  
MÉDIA COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Brígida Gimenez  
Carvalho.

Londrina  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Silva, João Felipe Marques.

A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde / João Felipe Marques Silva. - Londrina, 2018.  
169 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Relação Público-Privado - Tese. 2. Integralidade em Saúde - Tese. 3. Regionalização - Tese. 4. Governança - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO PARA A ATENÇÃO DE MÉDIA  
COMPLEXIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Brígida Gimenez  
Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telma Maria Gonçalves Menicucci  
Universidade Federal de Belo Horizonte -  
UFMG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda de Freitas Mendonça  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 28 de Fevereiro de 2018.

Dedico este trabalho aos meus filhos:  
Malu, Felipe e Ana Clara.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus todos os meus passos, cuidando e guiando minha caminhada e possibilitando o meu crescimento pessoal e profissional.

Minha orientadora Professora Brígida Gimenez Carvalho pelo contínuo incentivo e amizade demonstrada. Sempre considerando minhas opiniões; colaborou muito para que eu desenvolvesse autonomia durante o processo da pesquisa, além da pessoa exemplar a quem me espelho academicamente e profissionalmente.

Aos professores e colegas de classe da Pós Graduação em Saúde Coletiva, destacando o grupo de pesquisa de gestão e planejamento do SUS, Professor Cordoni (in memorian), Professoras Fernanda, Fátima, e Caroline; e às mestrandas Edinalva e Silvia Karla, pela amizade construída e que com certeza será mantida.

Agradeço também à Secretaria de Saúde de Ivaiporã, Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí e Colégio Barbosa Ferraz por compreenderem minhas ausências e por permitirem meu desenvolvimento profissional.

Agradeço à Professora Telma Maria Gonçalves Menicucci pela disposição em participação do processo de qualificação deste trabalho e por acrescentar importantes considerações na etapa de revisão.

À minha família, em especial, minha esposa Daiane, alicerce da nossa casa, mãe de meus filhos, e minha permanente namorada. Obrigado pelo apoio. Sem dúvida, representa o que tenho de mais especial em minha vida.

**É caminhando que se faz o caminho.  
(Paulo Freire)**

## APRESENTAÇÃO

Apresento nas páginas a seguir um trabalho que procurou compreender aspectos da relação entre gestores públicos e prestadores do sistema complementar privado para ações e assistência de saúde nos serviços de média complexidade, em uma região formada por municípios de pequeno porte.

O tema despertou meu interesse justamente por que resido e trabalho na região pesquisada e o mesmo está relacionado diretamente à minha trajetória profissional.

Graduado em Enfermagem pela UNICENTRO (Universidade Estadual do Centro-Oeste) em Guarapuava - PR em 2005, no mesmo ano inicio atuação como enfermeiro plantonista noturno em Hospital de Médio Porte em Ivaiporã. Após alguns anos, presto concurso para o município e mantenho os dois vínculos. Era um profissional enfermeiro apaixonado pela intervenção e assistência hospitalar, até conhecer a saúde coletiva.

Na secretaria de saúde, experimento a assistência em Unidade Básica de Saúde (UBS), coordeno a Vigilância Epidemiológica, a Estratégia Saúde da Família, e permaneço sempre em contato com a equipe gestora, atuando nas áreas de planejamento e gestão. Tive a oportunidade de ser gestor municipal, entre os anos de 2014 a 2016, período de muito aprendizado e muita luta. Nestes anos, divido a minha atuação entre a secretaria de saúde e a docência em escola técnica.

Dentro de toda a dimensão que a enfermagem poderia me trazer, me encontrei na saúde coletiva, principalmente na área de gestão do SUS. Os assuntos discutidos, os colegiados, os desafios, foram, e é, o oxigênio que preciso para minha caminhada.

No entanto, o período da gestão me trouxe inquietações e desconforto a respeito dos problemas que enfrentei.

Foi então, que em 2016, acho boa parte das respostas às minhas interrogações durante as disciplinas do mestrado acadêmico em saúde coletiva da UEL. Para mim é um grande prazer poder estudar e contribuir, mesmo com pouco, ao sistema que acredito. Percebi, também, que não estou sozinho, vários profissionais, das mais variadas formações colaboram e ajudam no crescimento do sistema, a partir da pesquisa e extensão.

O mestrado me abriu outras portas na docência do ensino superior e possibilitou que eu entendesse melhor a região onde resido e as relações para a produção de saúde no meu município e municípios vizinhos.

Dentro do Programa, tive a oportunidade de compor um grupo de estudo, que se preocupa com a gestão de regiões e municípios de pequeno porte. Neste contexto, o tema público-privado fazia muito sentido para minha trajetória, especialmente no que tange a minha experiência como gestor. Entrei no tema com hipóteses prontas, praticamente moldadas, e na trajetória da pesquisa, fui enxergando com auxílio de minha orientadora, e apoiado no referencial teórico, outras percepções, tudo ficou mais claro, mais "simples".

E ao contrário do que imaginei, os resultados da pesquisa, sem pretensão, podem certamente colaborar para região na qual atuo.

SILVA, João Felipe Marques. **A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde.** 2018. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2018.

## RESUMO

O processo de municipalização dos serviços de saúde delegou ao ente municipal a responsabilidade sobre o sistema de saúde de seu território, principalmente quanto à coordenação da Atenção Básica. Ocorre que, para garantir a integralidade da atenção à saúde, princípio e diretriz estruturante do SUS, este ente também assumiu os serviços de Média Complexidade (MC), e por consequência, a relação com o prestador privado complementar ao sistema, constituindo, portanto, a relação público-privado deste nível de atenção. Neste contexto, especialmente em municípios de pequeno porte (MPP), esta relação ocorre, sobretudo para a compra de consultas especializadas, procedimentos hospitalares diagnósticos, clínicos e cirúrgicos, por meio de relação contratual com o setor privado complementar, ainda que o serviço esteja localizado em outro município ou sob gestão do Estado. A relação entre os MPP e o serviço privado complementar se constrói em um cenário de descentralização política-administrativa, sendo diretamente influenciada pelos resultados da micro e macro organização das políticas de saúde; das matrizes institucionais sobre o comportamento dos atores sociais e políticos; e pelas práticas clientelistas vigentes nestes espaços. Nesta perspectiva, esta pesquisa propõe-se compreender a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema privado complementar para a atenção de MC em uma região de saúde de municípios de pequeno porte (MPP). Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, realizada nos municípios da região de Ivaiporã (22<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná), entre o período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, utilizando entrevistas por meio de roteiro semiestruturado. Os sujeitos da pesquisa foram os gestores municipais, prestadores de serviços, membros gestores da regional de saúde, consórcio intermunicipal de saúde, e apoiador do COSEMS. A análise dos resultados se deu em duas etapas, a primeira por meio de análise documental, e na segunda as entrevistas foram submetidas à técnica de análise do discurso proposta por Martins e Bicudo (2003). A análise possibilitou a caracterização sócio assistencial da região, e a construção de quatro categorias: demanda; financiamento; contratos; gestão e planejamento de serviços. Os resultados apontam que os fatores identificados nas categorias de análise referentes à demanda e ao financiamento dos serviços de MC, permitem e favorecem a relação; enquanto as características observadas nas categorias de contrato e gestão, as estabelecem e as mantêm. Estes fatores estão relacionados à organização das políticas de saúde e das políticas institucionais. Destacam-se, entre outros aspectos, a influência da formação médica na demanda de serviços de MC e o excesso de intervenções diagnósticas, além de práticas de reservas de mercado para a assistência médica na região. Quanto ao financiamento os municípios custeiam os serviços de MC com recursos próprios, minimizando os investimentos na Atenção Básica. Observa-se, também, que os contratos são executados em desconformidade às normas operacionais do sistema. A relação público-privado nesta região atravessa e afeta o processo de regionalização desses municípios; é marcada por forte interdependência entre gestores públicos e privados; assimetrias de poder; interesses ao acesso; e

benefícios à gestão municipal, a depender da tipificação de contrato entre o município - exclusivo ou não exclusivo, com o prestador. Entre eles, vantagens, práticas clientelistas, hierarquizadas, e de maximização de resultados de atores envolvidos, são possibilitadas pela naturalização destas ações nos espaços em que ocorrem. Conclui-se que a relação estabelecida fere o comando único do sistema, possibilita práticas clientelistas, e é reforçada pelo incipiente processo de planejamento e de medidas regulatórias pela gestão pública municipal e estadual; além de apresentar a fragilidade do papel do Estado na região, bem como, das instâncias colegiadas. Os resultados demonstram a necessidade de investir em ações que favoreçam a governança e o processo de regionalização, a capacidade regulatória de governos locais, e o controle social nesta região. Esta relação deve ser aperfeiçoada por tecnologias de gestão, e modalidades de contratos que possibilitem a integralidade das ações e a autonomia dos municípios perante os prestadores.

**Palavras-chave:** Relação Público-Privado. Sistema de Saúde. Integralidade em Saúde. Regionalização. Governança.

SILVA, João Felipe Marques. **The public-private relationship for medium complexity care in a health region.** 2018. 169 p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## ABSTRACT

The process of municipalization of health services provided the municipal entity with responsibility for the health system in its territory, mainly regarding the coordination of Primary Care. In order to guarantee the integrality of health care, SUS's structuring principle and guideline, this entity also assumed the services of Medium Complexity (MC), and consequently, the relationship with the private provider complementary to the system, the public-private relationship of this level of attention. In this context, especially in small municipalities (MPP), this relationship occurs, mainly for the purchase of specialized consultations, diagnostic hospital, clinical and surgical procedures, through a contractual relationship with the complementary private sector, even though the service is located in another municipality or under state management. The relationship between MPP and the complementary private service is built in a scenario of political-administrative decentralization, being directly influenced by the results of micro and macro organization of health policies; institutional matrices on the behavior of social and political actors; and by the clientelistic practices prevailing in these spaces. In this perspective, this research intends to understand the relation between public managers and providers of the complementary private system for the attention of CM in a health region of small municipalities (MPP). This is a case study of a qualitative nature, carried out in the municipalities of the Ivaiporã region (22<sup>a</sup> Region of Health of Paraná), between December 2016 and February 2017, using interviews through a semi-structured script. The subjects of the research were the municipal managers, service providers, managing members of the regional health, intermunicipal health consortium, and supporter of COSEMS. The analysis of the results was done in two stages, the first one through documentary analysis, and in the second the interviews were submitted to the discourse analysis technique proposed by Martins and Bicudo (2003). The analysis made possible the social assistance characterization of the region, and the construction of four categories: demand; financing; contracts; management and service planning. The results show that the factors identified in the categories of analysis regarding the demand and financing of MC services allow and favor the relationship; while the characteristics observed in the categories of contract and management establish and maintain them. These factors are related to the organization of health policies and institutional policies. The influence of medical education on the demand for MC services and the excessive number of diagnostic interventions, as well as the practice of market reserves for medical care in the region, are highlighted. With regard to financing, municipalities provide MC services with their own resources, minimizing investments in Primary Care. It is also observed that the contracts are executed in disregard to the operational norms of the system. The public-private relationship in this region crosses and affects the process of regionalization of these municipalities; is marked by strong interdependence between public and private managers; asymmetries of power; interests; and benefits to municipal management, depending on the type of contract between the municipality - exclusive or non-exclusive, with the provider. Among them, advantages, clientelistic

practices, hierarchies, and maximization of the results of involved actors are made possible by the naturalization of these actions in the spaces where they occur. It is concluded that the established relationship hurts the unique command of the system, enables clientelistic practices, and is reinforced by the incipient process of planning and regulatory measures by the municipal and state public management; besides presenting the fragility of the role of the State in the region, as well as the collegial bodies. The results demonstrate the need to invest in actions that favor governance and the process of regionalization, the regulatory capacity of local governments, and social control in this region. This relationship must be improved by management technologies, and contract modalities that enable the integrality of the actions and the autonomy of the municipalities before the providers.

**Keywords:** Public-Private Relationship. Health System. Integrality in Health. Regionalization. Governance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –A relação público-privado na esfera macro e micro organizacional.....	20
Figura 2 –Esquema representativo das principais tendências das políticas de saúde no Brasil (1900 – 1990).....	25
Figura 3 –Esquema representativo dos instrumentos normativos do SUS (1990 – 2012). ....	23
Figura 4 –Mapa conceitual de análise do referencial.....	56
Figura 5 –Localização espacial dos municípios na 22ª Regional Saúde do Paraná, 2017. ....	69
Figura 6 –Anel Rodoviário de Integração do Paraná. ....	70
Figura 7 –Distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos, Regiões e Redes, 2016. ....	73
Figura 8 –Distribuição das regiões por grupos socioeconômicos, Brasil, Regiões e Redes, 2017. ....	77
Figura 9 –Esquema representativo de análise das categorias. ....	78
Figura 10 –As tecnologias de gestão da clínica nas redes de atenção à saúde, 2015. ....	126

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pesquisa na 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.....	61
Tabela 2 – Distribuição Populacional das Regionais de Saúde pertencentes a Macro-Norte Londrina, 2012.....	67
Tabela 3 – Distribuição Populacional dos municípios integrantes da 22ª Regional de Saúde, Paraná, 2012.....	68
Tabela 4 – Distribuição de leitos hospitalares, segundo setores, 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.....	71
Tabela 5 – Taxa mensal de ocupação de leitos, segundo setores*, por unidade hospitalar, 22ª Regional de Saúde, 2016.....	72
Tabela 6 – Percentual de gastos anuais com Média Complexidade, municípios 22ªRS, 2014. ....	93
Tabela 7 – Relação de procedimentos de Média Complexidade e valores correspondentes para tabela SUS, prestador privado e tabela do CIS – 22ªRS - Ivaiporã/2016. ....	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de contratualização entre municípios de gestão básica e prestador privado complementar. ....	45
Quadro 2 – Classificação de Municípios por número de habitantes, Brasil, 2004.....	60
Quadro 3 – Distribuição dos documentos de primeira e segunda mão, selecionados para a pesquisa documental, 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMOCENTRO	Associação Municípios Centro Paraná
AMUVI	Associação dos Municípios do Vale do Ivaí
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FPM	Fundo de Participação Municipal
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GM	Gabinete Ministerial
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS no Paraná
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IPASE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes

IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPTEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados de Transporte e Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
ICSAB	Internação por Causas Sensíveis a Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGD	Índice de Qualificação da Gestão Hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transição de Bens Imóveis
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentário Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MPP	Municípios de Pequeno Porte
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos

PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médico
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
PREV-SAÚDE	Programa de Serviços Básicos em Saúde
PROCON	Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1	TEMÁTICA DA PESQUISA .....	20
1.2	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – PÚBLICO E PRIVADO .....	22
1.3	A INTEGRALIDADE NA MÉDIA COMPLEXIDADE.....	27
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	30
2.1	O PÚBLICO-PRIVADO E O CLIENTELISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	30
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	34
2.3	O PROCESSO DE COMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS NO SUS EM MUNICÍPIOS SOB GESTÃO BÁSICA.....	42
2.4	CONTRIBUIÇÕES DO NEO-INSTITUCIONALISMO .....	46
2.4.1	O Neo-Institucionalismo.....	46
2.4.2	A Relação entre o Institucionalismo Histórico e os Serviços de Saúde no Brasil.....	53
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	57
3.1	OBJETIVO GERAL .....	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
<b>4.</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	58
4.1	CAMPO DE ESTUDO .....	60
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA .....	60
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES .....	62
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	66
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	67
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO .....	67
5.2	A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA REGIÃO CENTRO-NORTE DO PARANÁ .....	77
5.2.1	A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Oferta, Demanda e Acesso aos Serviços.....	78
5.2.2	A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Financiamento. ....	87

5.2.3 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Contratos .....	97
5.2.4 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Mecanismos de Gestão e Planejamento .....	119
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	143
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	147
<b>APÊNDICES</b> .....	160
APÊNDICE A – Questionário.....	161
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	163
<b>ANEXOS</b> .....	165
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética.....	166

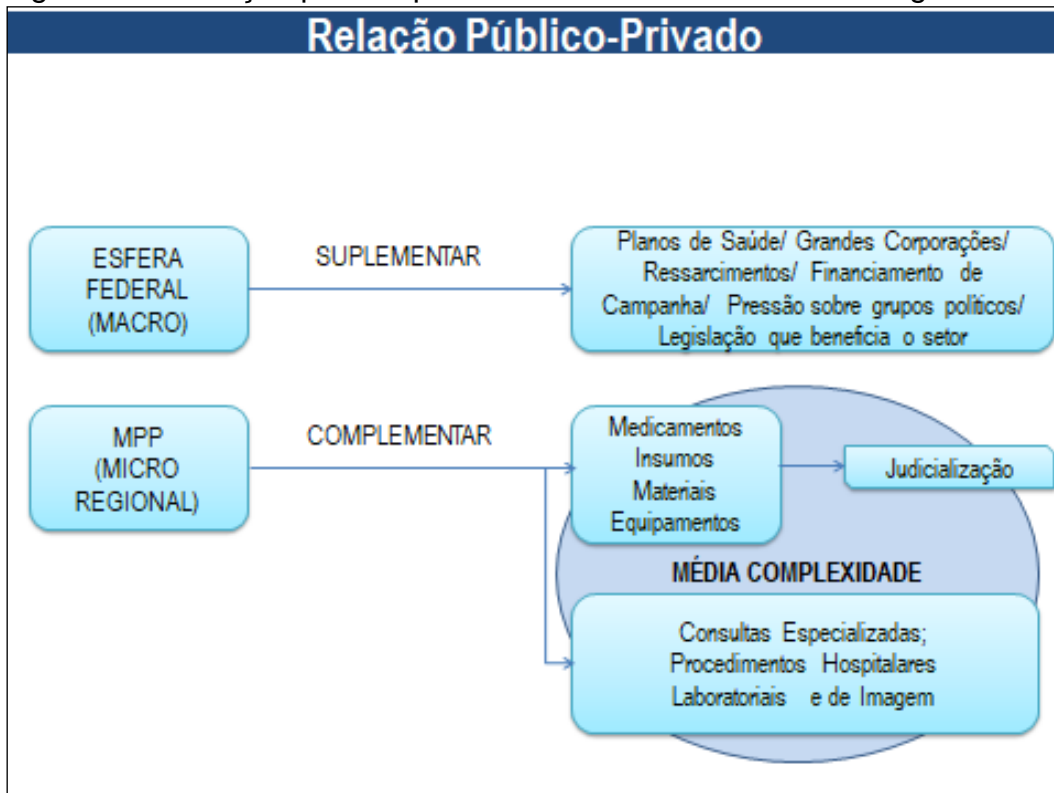
## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMÁTICA DA PESQUISA

No Brasil, o sistema de saúde está organizado a partir da esfera pública, mas permite a participação do setor privado (artigo 21 – Lei 8080/90), de maneira suplementar (Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998), e complementar (artigo 24 – Lei 8080/90) (BRASIL, 1990).

Alguns pesquisadores brasileiros dedicam-se a compreender a relação do setor privado suplementar com o sistema público, resultado de um sistema dual que apresenta formas distintas de acesso e assistência aos cidadãos. Esta análise se dá no contexto macroorganizacional do sistema de saúde, com ênfase nos planos de saúde, nas grandes corporações médicas; nos ressarcimentos ao SUS pelos planos privados; no financiamento de campanhas eleitorais e pressão sobre grupos políticos por empresas do ramo; além da análise da legislação que beneficia o setor, e que possui baixo poder regulatório (Figura 1) (SCHEFEER; BAHIA, 2015; MENICUCCI, 2014).

Figura 1 – A relação público-privado na esfera macro e micro organizacional.



Fonte: Elaborado pelo autor.

No contexto local (municipal), principalmente nos municípios de pequeno porte (MPP), a relação com o setor privado ocorre para a manutenção da atenção à saúde aos cidadãos. Abrange a aquisição de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos, e, sobretudo, a compra de consultas especializadas, procedimentos hospitalares diagnósticos, clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e de imagem, por meio de relação contratual com o setor privado complementar, ainda que o serviço esteja localizado em outro município ou sob gestão do Estado. Estes representam o rol de ações no nível de assistência à saúde caracterizada pela média complexidade (MC) do sistema (Figura 1).

A MC pode ser definida como um nível do sistema, que contribui para a integralidade da assistência à saúde no SUS, composto por ações e serviços que atendem aos principais problemas de saúde da população, cuja complexidade de assistência demande profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011a).

Nesta perspectiva, esta pesquisa propõe-se a compreender a relação público-privado no contexto micro organizacional de uma região de saúde (MPP), e sua relação com os serviços privados complementares que atuam na área da MC do sistema de saúde.

Para isso, esta dissertação inicia-se discorrendo sobre a organização do sistema de saúde no Brasil, com a introdução e a manifestação dos serviços privados nas principais tendências quanto à organização da política de saúde nacional. Em seguida, realiza-se a contextualização sobre a média complexidade do sistema e a necessária integralidade de ações e serviços de saúde deste nível de atenção e suas particularidades em municípios de pequeno porte.

No capítulo dois aborda-se a polissemia sobre o público e o privado, e o clientelismo na política de saúde; o processo de descentralização e regionalização do SUS; os caminhos para a contratualização complementar de serviços de saúde; e alguns conceitos teóricos da corrente neoinstitucionalista, evidenciando o trabalho de Pierson (2004); bem como, a análise e aplicabilidade desta teoria no sistema de saúde do Brasil proposta por Menicucci (2003). Apresenta também, o mapa conceitual de análise do referencial.

Os capítulos três e quatro discorrem sobre os objetivos gerais e específicos da pesquisa, bem como, o caminho metodológico utilizado para obtenção e análise dos dados, composta por duas fases: análise documental e análise das entrevistas.

No capítulo cinco, estão apresentados os resultados do estudo. O primeiro deles, a caracterização da região estudada quanto aos indicadores socioeconômicos e assistenciais, seguida do esquema representativo para as quatro categorias de análise elencadas: demanda, financiamento, contratos e gestão, as quais foram discutidas com o apoio do referencial teórico e do diálogo com outros pesquisadores que abordam os temas.

E por fim, no capítulo seis foram feitas considerações finais sobre o estudo, por meio da síntese dos principais desafios enfrentados no contexto pesquisado, além de questões norteadoras para outras pesquisas que emergiram desta temática.

## 1.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – PÚBLICO E PRIVADO

Para compreensão da atual estrutura do sistema de saúde brasileiro, Mendes (1996) propõe a análise de quatro principais tendências quanto à organização da política de saúde nacional. Nos quatro períodos destacados pelo autor é evidenciada a participação da assistência médica privada em aspectos relacionados à oferta de serviços. Observa-se que conforme a oferta é expandida, amplia-se também o crescimento e a influência deste setor na estrutura de saúde nacional, como consequência, os impactos destas escolhas são permanentemente observados no modelo de saúde vigente no país.

O primeiro deles compreende os anos de 1900 a 1945, denominado “**sanitarismo campanhista**”, é marcado por campanhas e práticas de vacinação em massa, mediado pelo interesse na expansão do mercado de exportação internacional, e principalmente, pela criação em 1923 da Lei Elói Chaves (CARVALHO, *et al*, 2017; MENDES, 1996).

Esta lei instituía, em cada uma das empresas de estrada de ferro do país, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAPS), que mais tarde foi estendida aos marítimos e portuários. As CAPS, reconhecidas como o primeiro “plano de saúde” brasileiro, estabeleciam assistência médica previdenciária, por meio de concessão de benefícios pecuniários, e prestação de serviços médicos aos empregados dessas

empresas e seus dependentes. Eram organizadas por empresas, administradas e financiadas pelos empregados e empregadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Após alguns anos de sua implantação, ocorreram profundas mudanças na economia brasileira, provenientes da crise de 1929, e da revolução de 1930, surgindo na estrutura social do país um novo contingente de trabalhadores assalariados, principalmente nos setores de transporte e indústria (CARVALHO, *et al*, 2017).

Reforçado pelo período de ditadura, o Estado desenvolveu papel fortemente interventor sobre a sociedade, implicando em uma nova estrutura de previdência, agora não mais por empresa, mas por categoria de trabalhadores, instituindo os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no governo de Getúlio Vargas. Entre 1933 e 1938 foram criados, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); dos Comerciários (IAPC); dos Bancários (IAPB); dos Industriários (IAPI), dos Servidores do Estado (IPASE); e dos Empregados de Transporte e Cargas (IAPTEC) (CARVALHO, *et al*, 2017; MENDES, 1993). A criação dos IAPs representou a transferência progressiva de uma estrutura que era da sociedade civil para o interior do aparelho do Estado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

O segundo período, denominado de período de “**transição**” (1945 - 1960), foi caracterizado por mudanças no perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, decorrente da industrialização vivida no país, e por uma urbanização acelerada de assalariados, que passaram a pressionar o governo por acesso à assistência médica (CARVALHO, *et al*, 2017). Neste período é acentuada a dicotomia entre a saúde pública, constituída por campanhas e atividades coletivas, e a assistência individual curativa, de responsabilidade da previdência (MENDES, 1996; CARVALHO, *et al*, 2017).

Nos anos de 1960 – 1980 consolida-se o período “**médico assistencial privatista**”, caracterizado por um modelo médico assistencialista altamente hegemônico, que privilegia a prática curativa, individual e especializada (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Neste período, sobre o argumento de obter racionalidade financeira, o Estado unifica todos os institutos (IAPs) que atendiam trabalhadores e cria, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assim, amplia seu poder regulatório, e, sobretudo, apoia o crescimento do complexo médico

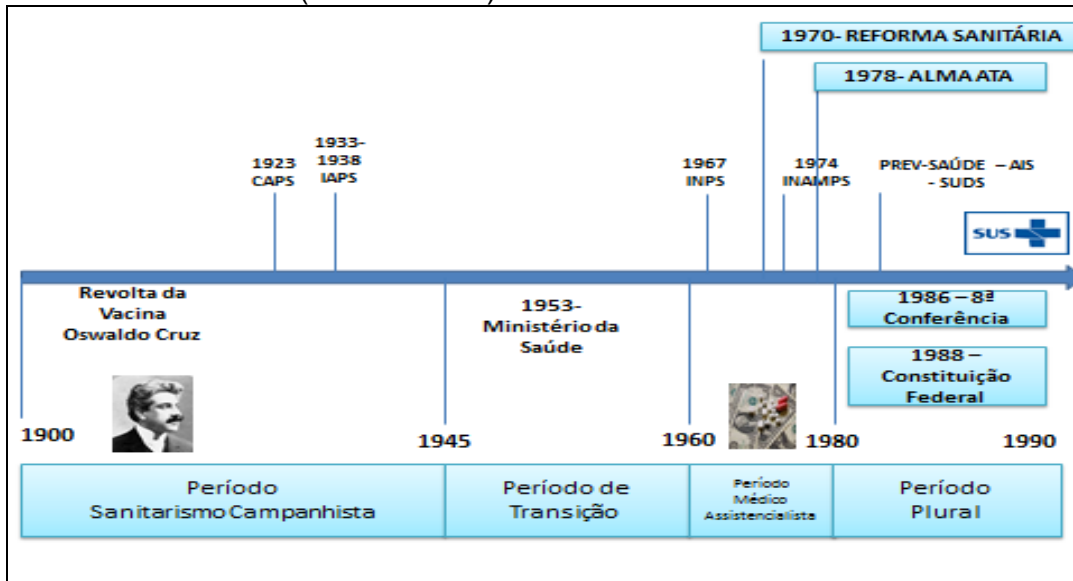
assistencial brasileiro, com financiamento público (CARVALHO, *et al*, 2017; MENDES, 1993).

Desse modo, o governo torna-se o grande comprador de serviços médicos, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados pela previdência, estimulando a construção de hospitais, a juros baixos, bem como, a expansão da rede privada; com a ampliação dos incentivos públicos ao setor privado; e, com baixo poder regulatório pelo Estado (MENICUCCI, 2003).

Os anos seguintes, especialmente, a década de 1970, marcam a expansão de cobertura e ampliação de beneficiários nos serviços previdenciários. Esta expansão é uma, entre outras características responsáveis, pela instalação de uma crise econômica previdenciária, aliada à crise política nacional (CARVALHO, *et al*, 2017). Como uma das medidas adotadas para contornar estas questões, o governo cria em 1974, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desvinculando a assistência médica das ações de assistência previdenciária (INPS). Merece destaque neste período, a grande participação do mercado externo na política de saúde nacional, devido à ampliação de incentivos financeiros ao desenvolvimento do setor pelo Estado brasileiro (MENDES, 1993).

Nas últimas décadas, o país passa por uma série de mudanças provocadas pelo movimento de Reforma Sanitária; e se estabelece o período denominado “**plural**”, que convive com distintos modelos assistenciais, o biomédico, ainda hegemônico, e os que buscam a atenção integral, conforme é proposto pelo sistema de saúde vigente (SUS), que essencialmente, apresenta em seu modelo de atenção a participação de serviços privados na assistência e na organização da política de saúde brasileira (Figura 2) (CARVALHO, *et al*, 2017).

Figura 2 – Esquema representativo das principais tendências das políticas de saúde no Brasil (1900 – 1990).



Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado de MENDES (1996).

Esse resgate histórico torna-se importante, pois evidencia que o sistema público de saúde no Brasil foi originado e organizado a partir da compra e assistência de serviços privados. Assim, a trajetória dessas políticas, de acordo com o modelo institucionalista (Pierson, 2004; Hall; Taylor, 2003; Thelen; Steinmo, 1992; North, 1991) possibilitou incentivos à organização de grupos de interesse sobre o financiamento público, e produziu estrangulamentos institucionais, que modelam os comportamentos de atores sociais e políticos envolvidos nos processos de execução das políticas públicas.

Nesta perspectiva, Menicucci (2003) afirma que as escolhas realizadas, principalmente, após os anos de 1960, caracterizados pelos diversos incentivos do Estado ao modelo assistencial privatista, reforçaram a participação privada nos serviços de saúde, devido à formação de grupos políticos beneficiários da assistência privada.

Estas características ocorrem em um período em que a compreensão de “saúde” é limitada, atribuída à participação previdenciária, e não concebida como direito social e democrático (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989).

Diante deste cenário, e associada ao processo de redemocratização brasileira, a Constituição Federal de 1988, incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema de saúde brasileiro, orientando no artigo 196 uma nova organização para este contexto.

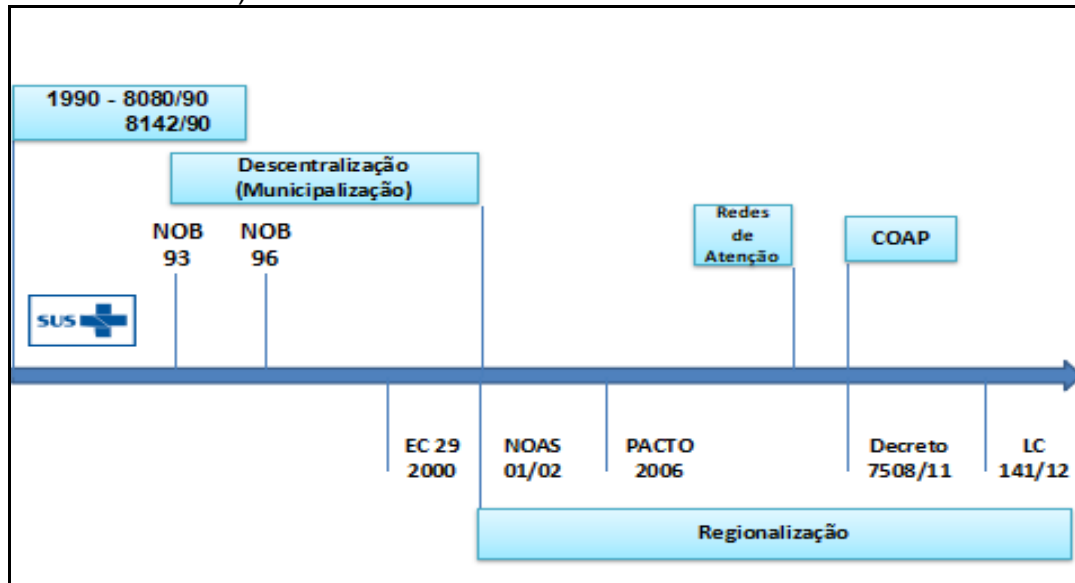
A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 47).

A Constituição Federal também publica o artigo 199, que garante a participação do setor privado na assistência à saúde de maneira complementar, justificada devido à insuficiência de uma rede instalada de serviços públicos para o atendimento da demanda, e assim, mantendo a participação de prestadores privados na oferta de ações e serviços de assistência pública à saúde (MATOS; POMPEU, 2003).

Em seguida, as Leis orgânicas da saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90), arcabouço legislativo do SUS (Figura 2), forneceram e detalharam os princípios estruturantes para a execução, organização e funcionamento do sistema de saúde no Brasil, o qual permitem a participação e o controle social, com vistas ao alcance da equidade de oferta de serviços e integralidade da atenção. Isso deve se dar por meio de uma rede organizada de forma descentralizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, com direção única em cada esfera de governo; permitida pela descentralização dos serviços aos municípios, e pela regionalização da rede de serviços de saúde.

Para atingir estes objetivos, seguiu-se um processo de instrumentos normativos infraconstitucionais, formados a princípio por Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93 e NOB 01/96), as quais deram ênfase ao processo de descentralização dos serviços de saúde ao âmbito municipal, movimento caracterizado como a “municipalização” do sistema de saúde; e posteriormente configurada por outros marcos normativos para a consolidação dessa proposta (Figura 3).

Figura 3 – Esquema representativo dos instrumentos normativos do SUS (1990 – 2012).



Fonte: Elaborado pelo autor.

O processo de descentralização dotou o município de responsabilidade sobre o sistema de saúde do seu território, principalmente quanto à coordenação das ações e serviços da Atenção Básica (AB). Ocorre que para a garantia da integralidade da atenção à saúde, princípio constitucional e estruturante do SUS, também foi necessário ao ente municipal assumir os serviços de Média Complexidade (MC), e por consequência, a relação com o prestador privado complementar ao sistema.

Esta relação se constrói em um cenário de descentralização política-administrativa municipal, e, portanto, atravessa o processo de regionalização das políticas de saúde. É protagonizada por atores políticos públicos e prestadores privados, constituindo assim, o objeto desta pesquisa.

### 1.3 A INTEGRALIDADE NA MÉDIA COMPLEXIDADE

A Média Complexidade(MC) nesta pesquisa é entendida como um nível do sistema de saúde que possibilita a integralidade das ações de saúde dos indivíduos a partir de especialidades médicas, recursos tecnológicos, diagnósticos e tratamentos (BRASIL, 2011a).

Os procedimentos da MC auxiliam no esclarecimento do diagnóstico das doenças, e justifica seu caráter estratégico colaborando tanto para aumentar a

resolutividade da AB, quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do sistema de saúde (GOTTEMS *et al*, 2008).

Os procedimentos de MC, ambulatoriais e hospitalares, constituem para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência. Devido ao aumento da cobertura e oferta de serviços básicos nos municípios brasileiros, a necessidade de serviços de diagnóstico e tratamento de agravos de MC também aumentou. Essa situação é ainda mais grave nos municípios de pequeno porte, os quais dependem de serviços localizados em municípios maiores e de serviços privados contratualizados para a garantia dessas ações (BRASIL, 2011a).

De acordo com IBGE (2014) existem no Brasil 5.570 municípios, dos quais 3.842 são considerados de pequeno porte, com até 20.000 habitantes, e equivalem a 68,98% do total. Somados à tipologia da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004), a qual identifica municípios entre 20.000 a 50.000 habitantes como municípios de pequeno porte II, essa fração aumenta, ficando próxima de 90% do total de municípios brasileiros.

Leite, Lima e Vasconcelos (2012) afirmam que municípios deste porte possuem oferta insuficiente de serviços de MC, e redes de serviços heterogêneas e não integradas.

Na atualidade a MC é considerada com um dos “grandes gargalos” do sistema de saúde brasileiro, justamente pelas inúmeras diferenças relacionadas ao acesso deste nível de atenção nas regiões de saúde, determinadas pela falta de investimentos públicos, mão de obra pouco qualificada dentro do próprio sistema, oferta insuficiente de serviços, e de desorganização estrutural das redes de atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; PIMENTA, 2005).

Silva (2016) afirma que essa fragmentação é acentuada nos municípios de pequeno porte (MPP), tanto na perspectiva do acesso a recursos tecnológicos, mão de obra qualificada, e financiamento, quanto na perspectiva histórica do processo de municipalização dos serviços de saúde, principalmente pelas diferenças regionais do sistema.

Os problemas regionais constatados no processo de municipalização expandiram a atenção médica em algumas regiões do país sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos, ineficiência na prestação

da assistência, baixa taxa de ocupação de serviços hospitalares, de aparelhos, e recursos de apoio laboratorial (MENDES, 2001).

Este aspecto é constatado em alguns MPP, que apesar da baixa densidade populacional, possuem hospitais públicos de pequeno porte (HPP), os quais apresentam as características descritas acima, somados à baixa resolutividade. São serviços onerosos aos cofres públicos municipais, e não conseguem garantir a integralidade aos munícipes sem a complementação e contratualização de outros serviços de MC.

A integralidade, por sua vez, é compreendida nesta pesquisa, como um conjunto de ações articuladas de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, os quais são exigidos para garantia do cuidado em todos os níveis de assistência e complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Desta forma, as barreiras produzidas ao acesso à MC nos municípios brasileiros, principalmente nos MPP, impedem a integralidade das ações de saúde, incentivando os gestores municipais a procurarem alternativas no sistema privado complementar, e constituindo a relação público-privada nesta esfera de governo.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PÚBLICO-PRIVADO E O CLIENTELISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE

O público e o privado possuem significados distintos de acordo com o olhar direcionado sobre a área investigada, seja no direito, na filosofia, na sociologia ou na antropologia, constituindo-se em um termo polissêmico.

A dicotomia público-privado é bastante discutida na visão do sociólogo italiano Norberto Bobbio (2007), o qual disserta que os dois termos podem ser definidos independentemente um do outro, entretanto, se um ganha definição positiva o outro ganha definição negativa, assim, determina-se imediatamente em relação ao primeiro, ou vice-versa.

Para Sader (2005) a dicotomia que constitui toda a problemática do pensamento social e político moderno está na relação público-privado. Para o autor os dois termos podem definir-se de forma antagônica e mutuamente dependentes, e de forma dialética, indissolúvelmente vinculado um ao outro.

No entanto, Campos (2005) chama atenção para diferenças aos pares dialéticos opostos entre público-particular e privado-estatal, ou seja, para o autor, o oposto de público é o caráter particular, e o oposto de privado é o estatal. Para Campos o termo público refere-se ao caráter de projetos e programas de uma organização que abrange interesses coletivos, portanto, estão relacionados ao bem-estar coletivo. Por outro lado, seria particular quando seu caráter se dirigir a alguns sujeitos individuais. O termo privado, por sua vez, indica a forma de uma organização. São exemplos de organizações privadas as que atuam no mercado e as privadas filantrópicas. Já a propriedade estatal, ocorre mediante a administração direta, gerenciada pelo governo, como autarquias, fundações e empresas públicas.

Na dicotomia público-privado os dois termos podem ser definidos de forma independente um do outro, ou podem ter sua definição centrada, a princípio em um, que exerce maior poder em relação ao segundo. Quanto ao valor dado sobre o tema, a dicotomia público-privado pode ser entendida enquanto a superioridade ou o primado do público sobre o privado, e o contrário, o primado do privado sobre o público (BOBBIO, 2007; SADER, 2005). O primado do público sobre o privado pode ser entendido nas palavras de Sader (2005) como o primado da política sobre a economia, ou da política sobre o interesse geral e das necessidades privadas,

caracterizado também por Bobbio (2007) como a “publicização do privado”. No entanto, quando existe uma esfera autônoma privada em relação ao Estado, teríamos o primado do privado sobre o público, tal esfera amplia-se à custa da esfera pública, reduzindo a sua mínima expressão, ou seja, a “privatização do público” (BOBBIO, 2007).

Hannah Arendt no livro *A Condição Humana* (2007) resgata a origem histórica e filosófica dos termos público-privado, a partir da compreensão do público, o comum a todos, e o privado, a partir da propriedade privada. A autora aborda a formação do Estado e das cidades, por meio do seio familiar (privado) para a *polis* (público), concordando com a ideia de Aristóteles do homem como ser social (privado) e político (público). De acordo com Arendt, na antiguidade, a esfera privada estava sob o domínio da casa e da família, na qual o homem exerce seu controle sobre os outros membros. Já a esfera pública estava sob o espaço político, espaço da liberdade, local da mais elevada ação do homem.

Enquanto na família prevalece a desigualdade, na polis prevalece a igualdade entre pares – essência da liberdade –, sendo que a política não visa à manutenção da vida, mas é a forma mais elevada de ação humana (ARENDR, 2001 apud MENICUCCI, 2010, p. 181).

As concepções trazidas pelos autores, a partir da dicotomia público-privado são expressas na formação do Estado Brasileiro, no qual o privado, a família, era o oposto ao público, o comum. O público-privado no Brasil tem relação direta com a gênese do Brasil colônia.

Sérgio Buarque de Holanda (1995) define a formação do Estado brasileiro como uma “transcendência” da ordem doméstica privada para além do núcleo familiar, ou seja, o indivíduo transportou para a esfera pública as práticas privadas familiares, tratando o público como algo particular, originando, portanto, o patrimonialismo brasileiro.

O conceito de Estado patrimonialista proposto por Weber durante os reinados das monarquias absolutistas na Europa, foi reorganizado e interpretado no Brasil pelo sociólogo Raymundo Faoro, escritor da obra “*Os donos do poder - Formação do Patronato Político Brasileiro*”. O autor considera que as mazelas do Estado brasileiro são consequências das estruturas de poder patrimonialista herdada historicamente através do Estado Português (CAMPANTE, 2003).

Segundo Raymondo Faoro (2012), o patrimonialismo é uma das principais características da formação política brasileira, no qual o poder legitimado ao Estado apresenta sua principal participação na economia. Foi dele o conceito de *capitalismo politicamente orientado* (ou pré-capitalismo), fundamentado na ideia patrimonialista, a partir da liberdade do indivíduo em negociar, contratar e gerir os negócios, como primeiro negócios privados seus, e após como negócios originalmente públicos (CAPISTRANO, 2015).

No Brasil o processo de dominação e colonização Portuguesa deu-se a partir das ideias patrimonialistas, que perduram na atualidade. O Estado democrático de direitos ainda sente as manifestações desta prática que tem início na colonização e evolução do país (GALDINI, 2008). O patrimonialismo seria a característica mais marcante do desenvolvimento ou subdesenvolvimento do Estado Brasileiro (NETO, 2008).

Podem-se identificar resquícios do modelo patrimonialista em diversas situações, como nas práticas de nepotismo, corrupção, empreguismo, patriarcalismo, e clientelismo. O clientelismo, uma das principais características do modelo patrimonialista, indica um tipo de relação entre atores políticos que envolvem concessão de benefícios em troca de favores políticos (PASE, MÜLLER e MORAIS, 2012).

Galdini (2008, p. 209) aborda o clientelismo a partir do termo sociológico do dicionário Houaiss como:

[...] um conjunto de indivíduos socioeconomicamente dependentes que oferecem apoio a uma pessoa de maiores posses e prestígio, frequentemente um político ou alguém politicamente poderoso em troca de proteção, benesses, apadrinhamento, reais ou fictícios.

Stokes *et al* (2013) considera que o clientelismo é uma relação de troca assimétrica que envolve a entrega de benefícios, com o retorno na forma de voto ou apoio político que já ocorreu, ou ainda que poderá ocorrer. Os autores ainda afirmam que há pouco consenso sobre o que caracteriza este tipo de relação e as condições que favorecem sua permanência.

Santos e Rodrigues (2014) ao analisarem práticas clientelistas em pequenos municípios relatam que o clientelismo favorece o controle privado dos bens públicos, a nomeação de amigos e parentes para cargos públicos, além de favorecer o acesso de eleitores a serviços, devido à relação de interesses político-eleitorais.

Pase, Müller e Morais (2012) ao analisarem o processo de gestão, do legislativo, em municípios brasileiros de pequeno porte evidenciaram que os vereadores utilizam-se de práticas clientelistas em um claro processo por troca de votos às solicitações dos cidadãos, dentro de um processo institucional que permite e naturaliza essas práticas. Significa dizer que os atores políticos brasileiros podem não estar preocupados com políticas coletivas, mas sim com a resolução de problemas individuais dos cidadãos, os quais servirão de moeda de troca para manutenção no cargo ocupado.

Moisés (2010) considera que o comportamento dos eleitores nas relações clientelistas é ambíguo, onde o cidadão apoia formalmente os processos democráticos, embora não acredite na resolutividade deste sistema de governo, e assim não descarta outros caminhos para alcançar suas necessidades.

Quanto ao sistema de saúde, Santos e Conceição (2010) afirmam que as relações patrimonialistas, entre elas o clientelismo, encontram nas condições de saúde disponíveis à população a maneira mais concreta de se manter, pois alimentam a cultura do favor e de disputas políticas não comprometidas com a saúde das pessoas. Macgnan *et al* (2009) ainda observam outras características como políticas de apadrinhamento e o uso da máquina pública em benefício próprio.

Paim e Teixeira (2007) argumentam que o Estado brasileiro atual é enxertado de patrimonialismo e práticas clientelistas, constituído por características arbitrárias, políticas verticalizadas, institucionalizadas, partidárias, e colonizadas pelo interesse privado, aspectos estes que são observados na organização do sistema único de saúde (SUS), e pontuados pelos autores como condições que interferem e sobrepõe a política nacional de saúde.

Moraes e Aguiar (2011) complementam que as reformas ocorridas no modelo gerencial dos anos 1990 apontam para um novo patrimonialismo que permitirá a apropriação do público pela iniciativa privada, submetendo o primeiro ao interesse do empresariado.

Estimulados pelo argumento de que o Estado é ineficiente, corrupto e oneroso, as reformas produziram, principalmente nas últimas décadas, a redução das políticas sociais, ampliando a relação com os serviços privados. Destaca-se a ideologia neoliberal que produz retrocesso ao que diz respeito a políticas sociais, saindo da esfera pública e passando para a esfera privada (SOARES, 2005).

Na saúde brasileira, o crescimento do setor privado vem sendo subsidiado pelo setor público, mediante a contratação ou terceirização dos serviços, efetivada por vários instrumentos, em particular aqueles concebidos no âmbito da reforma do Estado Neoliberal (ROMANO; SCATENA; KHERIGI, 2015, p. 1107).

Entretanto, apesar de reconhecer que a formação histórica do Estado brasileiro teve influência direta sobre o modelo atual de gestão da saúde, a concepção de um sistema universal nos moldes da Constituição de 1988 desafia a racionalidade, por se tratar de um país de proporções continentais, marcado por fortes desigualdades sociais. Neste contexto, o SUS avança na periferia do capitalismo (ELIAS, 2004).

## 2.2 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Vários países do mundo, tais como Inglaterra, Alemanha e Canadá, buscaram incrementar a eficiência e efetividades dos sistemas de saúde, bem como, a disseminação de processos decisórios, buscando articulação entre a descentralização da política de saúde com a regionalização (BANKAUSKAITE, DUBOIS, SALTMAN, 2007).

No Brasil, após a implantação do SUS, houve esforços para a garantia do princípio de descentralização e regionalização trazidas pela CF 1988, a partir da “descentralização dos serviços para os municípios”, e pela “regionalização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990, p.03).

A descentralização pode ser percebida como um processo técnico-político, com multiplicidade de dimensões, abrangendo, dentre várias outras, a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadãos, em um determinado espaço geográfico (VIANA; LIMA, 2011; FLEURY; OUVRENEY, 2007).

O processo de descentralização transferiu a gestão dos sistemas de saúde do território ao ente municipal, cabendo ao gestor a responsabilidade pela consolidação das propostas adotadas pela Reforma Sanitária Brasileira e pelo desenvolvimento do projeto ético-político do SUS (SILVA; CARVALHO, 2017). Ao assumir a responsabilidade de gestão municipal, este ente também assume a gestão da relação com o privado, esfera de saúde complementar necessária à integralidade da assistência à saúde.

Este processo foi estimulado na década de 1990 pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que criaram categorias de gestão aos entes municipais e estaduais, bem como, responsabilidades perante o sistema, a partir de sua categorização.

A NOB 01/96 entende que a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS deve:

[...] ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996a, p.08).

Ocorre que o processo de descentralização e a regionalização no Brasil e nos países da América Latina foram conduzidos com graus diferentes de articulação, com maior destaque para a descentralização do que para regionalização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, resultando no comprometimento ao acesso dos serviços de saúde e continuidade da atenção (OPAS, 2010; LIMA *et al*, 2012).

Apesar dos avanços apresentados pelos serviços, o descompasso observado no Brasil, foi possibilitado, entre outras, pela fragilidade no planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS.

Além disso, as características do federalismo brasileiro induzem ao município uma falsa autonomia, centrada no financiamento do governo federal, por meio de políticas de incentivo à adesão de programas, e à verticalização de políticas de saúde (SANTOS, 2012), o que Pestana e Mendes (2004) definiram como municipalização autárquica.

Ou seja, se a municipalização dos serviços de saúde atingiu resultados indiscutíveis, também gerou sérios problemas para a organização e efetividade do sistema (PESTANA; MENDES, 2004).

As enormes diferenças regionais quanto ao acesso e organização dos serviços de saúde no território nacional constituem-se em desafios para a gestão descentralizada, sendo necessário encontrar mecanismos que superem a fragmentação de estruturas municipais, muitas vezes atomizadas, e com iniquidades evidentes no acesso e na oferta de serviços de saúde. Cabe destacar, que processos de descentralização não acompanhados por regulação e coordenação,

podem aumentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços (BRASIL, 2006a).

Nesta perspectiva, a discussão no início dos anos 2000 foi direcionada ao processo de regionalização, uma vez que somente a descentralização das ações não evidenciaram resultados suficientes às diferentes necessidades de saúde da população.

Como atos normativos deste período, destacam-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002), as quais deram ênfase à regionalização, e incentivou ampla discussão sobre a importância das regiões de saúde no Brasil. O intuito das NOAS foi de organizar o sistema de saúde com todos os níveis de atenção; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde; buscando fornecer assistência à saúde com melhor equidade; além de, institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, quanto aos aspectos assistenciais e de gestão (BRASIL 2001a; BRASIL, 2002a).

Pouco tempo depois o Pacto pela Saúde (2006) também define a regionalização como eixo estruturante no Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, bem como, dos processos de negociação e pactuação entre os gestores, utilizando-se dos colegiados de gestão regional (CGR). Quanto ao planejamento, reforçou a realização do PDR, e também, reforçou Plano Diretor de Investimentos (PDI), e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2006b).

O PDI é um componente do PDR utilizado para definir os investimentos necessários a partir das necessidades identificadas no território. E o PPI pode ser compreendido como um instrumento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual, visando consolidar o papel deste nível de governo na coordenação da política estadual e promover a integração com os serviços municipais (BRASIL, 2001a).

Dessa forma, evidencia-se o papel da atuação do nível estadual de governo no sentido de assumir o papel de coordenador do processo de regionalização, executando as ações legais deste ente e criando incentivo ao comportamento cooperativo dos municípios (MENICUCCI, 2014).

Dentre os objetivos do processo de regionalização destacam-se (BRASIL, 2006b, p.18):

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- Garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde integradas;
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No entanto, Viana *et al* (2008) e Lima *et al* (2010, 2012) colaboram afirmando que as propostas trazidas nas NOAS e no Pacto pela Saúde, em relação à regionalização, ocorreram tardiamente na maioria das regiões brasileiras, sendo que as mesmas foram introduzidas nos territórios, sem a revisão do papel do ente Estadual neste processo.

A regionalização deveria orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, no âmbito de uma região de saúde (BRASIL, 2011b).

As regiões de saúde são consideradas lócus principal dos processos de regionalização, espaços privilegiados para a articulação intergovernamental e para condução do sistema de saúde. A noção de rede regionalizada pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento (LIMA *et al*, 2012).

Entende-se por Regiões de Saúde, recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos por agrupamento de municípios limítrofes, devendo ser instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas, e sociais, assim como, de redes, nas áreas de comunicação, infraestrutura, transporte e saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

Devem conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e, vigilância em saúde (BRASIL, 2011c).

As regiões de saúde podem estabelecer diferentes desenhos, desde que se mantenham adequados às diversidades locais, e estejam organizadas para atender as demandas da população dos municípios vinculados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento, e a execução de ações e serviços de saúde, garantindo acesso, equidade, e integralidade do cuidado com a saúde local (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

No entanto, não podem ser consideradas somente produtos de processos administrativos, devendo conceber todos os fatores envolvidos às necessidades de saúde da população adscrita, para o desenvolvimento de uma regionalização viva, eficaz e efetiva (BRASIL, 2006a).

São elementos constitutivos da regionalização:

- a) Territorialização: entendida pela apropriação das necessidades de saúde locais pelos gestores, a partir de dados epidemiológicos e sanitários, redes, e fluxos assistenciais;
- b) Cooperação: caracterizada pela ação conjunta entre as três esferas de governo, entre gestores e equipes técnicas para o enfrentamento das dificuldades encontradas no território;
- c) Co-gestão: esforços permanentes, políticos e técnicos, para o planejamento, articulação e pactuação das ações e estratégias dos serviços regionais; materializado por meio dos colegiados de gestão, os quais são arranjos institucionais que permitem desenvolver de forma solidária e cooperativa tais funções;
- d) Financiamento Solidário: definição clara dos recursos destinados ao apoio financeiro de cada projeto, traçados no PDI, e mapeados conforme a distribuição entre oferta e serviços;
- e) Subsidiariedade: princípio de tomada de decisão, pelo qual uma função não deve ser repassada à esfera subsequente, sempre que puder ser exercida na esfera local; e,
- f) Participação e Controle Social: princípio doutrinário do SUS que viabiliza a formulação de políticas de saúde, e que expressam as necessidades reais de saúde da população, possibilitando a participação social no debate e nos espaços de articulação (BRASIL, 2006a).

Vale destacar, inúmeros esforços para o processo de regionalização em âmbito nacional. Dentre eles, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e a tentativa de realização do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

O primeiro deles, os consórcios públicos são instituições jurídicas de direito público, ou de direito privado, a que os municípios podem estabelecer, para relações de cooperação federativa, inclusive de interesse comum, para prestação de serviços públicos, como ações e serviços de saúde, desde que, obedeçam aos princípios, diretrizes e normas que regulamentam o SUS (BRASIL, 2007a).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégias concebidas para o fortalecimento das regiões de saúde, que visam a superação da fragmentação da gestão nas regiões; e o aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS. As Redes foram instituídas pela Portaria nº 4279/2010, e podem ser definidas “como um conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência a saúde” (BRASIL, 2011c, p.02).

O COAP, por sua vez, foi instituído como um acordo de colaboração para o planejamento regional, por meio do Decreto nº 7508/2011, com o objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma região de saúde em redes interfederativas de atenção à saúde. Estabelece para cada signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias, financeiras, de monitoramento, avaliação, desempenho e auditoria de uma dada região de saúde. Além de, fortalecer e aprimorar aspectos trazidos pelo Pacto pela Saúde (2006) e reorientar o princípio do Comando Único dentro do SUS (BRASIL, 2013b).

Dentre as estratégias descritas acima, os Consórcios apresentam-se mais consolidados nas regiões de saúde, principalmente para o fortalecimento das redes de atenção, eixo prioritário para a efetividade das políticas de saúde na atualidade. Segundo Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) o COAP não atingiu os resultados esperados desde sua instituição, e foi assinado por apenas dois Estados da federação (Ceará e Mato Grosso).

Diante do exposto, o processo de regionalização não se resume apenas ao contexto normativo, mas também aos processos e esforços técnico-políticos, evidenciados pelos atores sociais que integram as regiões.

Neste contexto, o fortalecimento da regionalização é possibilitado pelo relacionamento de diversos sujeitos que fazem parte do processo de negociação e que apresentam diferentes graus de autonomia. Este processo de relacionamento é caracterizado como governança regional.

Em um conceito geral, a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade, ou, entre governos, e agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder (MARQUES, 2013).

“A governança é a conjunção entre a capacidade técnica e a capacidade política dos gestores de tomar decisões inteligentes e compartilhadas, gerando um ambiente permanente de atividade coletiva” (BRASIL, 2016a, p.64).

A governança representa diversidades de interesses, que podem ser organizados e negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Dentre os elementos-chaves da governança voltada para a consolidação do SUS destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Menicucci (2014) caracteriza estes ambientes como “arenas federativas”, instâncias de pactuação de âmbito micro e macro regional, com o objetivo dos atores compartilharem decisões e tarefas, favorecerem a negociação, e gerar equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios.

Estes ambientes configuram-se a partir dos colegiados regionais de gestão. Os colegiados de gestão são estruturas que vem sendo debatidas desde a institucionalização do SUS, e que ganharam força com o Decreto 7508/2011.

Entre os principais colegiados regionais, destacam-se, a Comissão Intergestores Regional (CIR); a Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e ainda, as reuniões do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS); e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

As comissões são fóruns de negociação e pactuação entre gestores, perante os aspectos operacionais do SUS. O objetivo das comissões é discutir e deliberar sobre aspectos operacionais, financeiros, e administrativos da gestão do SUS, além

de, definir diretrizes sobre a organização das ações e serviços de saúde, com vistas à formulação e implementação das políticas de saúde, ou seja, promover as características do sistema federativo dentro do SUS ao propiciar o debate e a negociação entre os entes federados (MENICUCCI, 2014).

No entanto, para que a regionalização e governança se aplique nas diferentes regiões de saúde do Brasil, cada ente necessita desenvolver suas responsabilidades perante o sistema. Ou seja, a regionalização deverá fazer-se segundo o princípio da responsabilização inequívoca. Isso significa definir e operar as responsabilidades dos entes federativos de forma que minimizam os conflitos de competência, traduzindo um espaço de construção democrática ao alcance da regionalização cooperativa (PESTANA; MENDES, 2004).

A regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva na área da Saúde, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do interesse comum e de todos (MENICUCCI, 2014, p.39).

Diante do exposto, a responsabilidade para o desenvolvimento da regionalização é em parte dependente da capacidade de gestão dos municípios, que enfrentam problemas relacionados ao subfinanciamento; desigualdades regionais quanto à densidade tecnológica; e, oferta e capacidade instalada de serviços. Estes problemas interferem diretamente no processo de governança local e caracteriza algumas regiões municipais em sistemas isolados de atenção à saúde (SILVA, 2016).

De certa forma, a regionalização ainda é frágil. Pesquisas anteriores demonstram que os entes nacionais buscam operacionalizar o processo, mas não conseguem atingi-lo de forma uniforme e ou efetiva. Neste contexto, alguns fatores podem ser destacados, para a não uniformização dos processos de regionalização, (MENICUCCI, 2014):

- A atuação do nível estadual é determinante para a efetivação do processo de regionalização das regiões de saúde de sua responsabilidade;
- Fatores regionais como disputas políticas locais e outros podem afetar a construção dos pactos e consensos;

- Regiões caracterizadas por fortes clivagens políticas tendem a determinar negativamente o processo de cooperação municipal, mesmo em situações em que todos tendem a ganhar;
- E ainda, fatores de natureza estrutural, como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos, e capacidade de produção de serviços, influenciarão a cooperação entre municípios.

Nesta perspectiva, esta pesquisa analisa a relação de gestores públicos e prestadores de saúde do sistema privado complementar ao SUS, em uma região de saúde do interior do Estado do Paraná, a qual apresenta reflexos do processo de descentralização e regionalização descritas nesta seção.

### 2.3 O PROCESSO DE COMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS NO SUS EM MUNICÍPIOS SOB GESTÃO BÁSICA

O processo de contratualização de prestadores complementares no SUS vem sendo modificado e alterado de acordo com as condições jurídicas dos diversos instrumentos existentes para este fim (FELICIELLO *et al*, 2016, BRASIL, 2016b). Tal processo iniciou-se anteriormente à efetivação do sistema, e permanece na atualidade, com arranjos e organizações distintas a depender das características das regiões de saúde e da categoria de gestão municipal.

A Constituição Federal 1988 define no art. 199 que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e, dessa forma, mantém a participação privada das décadas anteriores nos serviços de saúde.

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, p.155).

Em 1990 a Lei nº 8080 institui o SUS, mas somente no ano de 1993, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 1.283/93 que normatizou a contratação de serviços de saúde privados por gestores do SUS. Esta portaria considera que os contratos de direito público (para complementação dos serviços), devem estabelecer com clareza e precisão as condições pactuadas para sua execução (BRASIL, 2016b).

Dessa forma, nos primeiros anos da implantação do SUS, a lógica de contratação e pagamento por produção aos prestadores privados complementares permaneceu de acordo com as normas anteriores estabelecidas pelo INAMPS, as quais perduram mesmo depois de sua extinção em 1993 (FELICIELLO *et al*, 2016).

Ou seja, o processo de implantação do SUS, apesar de significar um grande passo na direção de um sistema universal e equânime, manteve os critérios de financiamento e repasses de recursos sendo realizados a partir da série histórica de produção, deslocados das reais necessidades de saúde da população e sem levar em consideração as diferenças loco regionais existentes nos territórios (FELICIELLO *et al*, 2016).

Conjuntamente, o processo de descentralização político-administrativa e federalista brasileiro dotou o município de responsabilidade sobre o sistema de saúde de seu território, apoiado no conceito do Comando Único do sistema.

O conceito institucional do Comando Único refere que cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades. Neste contexto, a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo, de acordo com o inciso I, do art. 198 na CF 1988. Nos municípios pela Secretaria de Saúde, nos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e na união pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990).

Neste contexto, as Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96, e posteriormente o Pacto pela Saúde (2006), pautou-se, entre outras características, em organizar as atribuições das categorias de gestão dos entes federados.

Na NOB 01/93 (Portaria MS/GM nº 545 de 20 de Maio de 1993) os municípios foram categorizados em três estágios, a depender de sua capacidade gestora: Incipiente, Parcial e Semi-Plena.

Por sua vez, a NOB 96 (Portaria MS/GM nº 2.203 de 05 de Novembro de 1996), revisou os níveis de gestão municipal trazidos pela NOB anterior, e instituiu apenas duas categorias de habilitação municipal: Municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal, e Municípios com Gestão Plena da Atenção Básica.

O município sob Gestão Plena do Sistema é o responsável pela contratação e controle dos serviços de AB e MAC de seu território, com isso recebe transferência via fundo a fundo diretamente da União aos respectivos blocos de financiamento (BRASIL, 1996).

Os municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica são responsáveis pelos serviços de AB, assumem corresponsabilidade sobre a MAC, mas não recebem transferência do bloco MAC, e por isso, a contratualização dos serviços em relação ao seu teto é realizada pelo ente Estadual e/ou pelo município sob Gestão Plena de sua região de saúde (BRASIL, 1996).

O Pacto pela Saúde (2006) tentou destituir as normas de habilitação em categorias, para a lógica da adesão aos compromissos de gestão (DOBASHI, 2005). No entanto, os municípios permanecem intitulado-se nas categorias propostas pela NOB 96, com a designação Gestão Ampliada, o que corresponde à condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde; e Gestão Básica, referindo-se a Gestão Plena da Atenção Básica, também denominada Gestão Estadual.

Em sua maioria, os MPP estão habilitados na categoria Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Estadual. Entre as responsabilidades e requisitos deste nível de gestão destacam-se, a:

Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares, e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, **com a incorporação negociada à programação estadual** (BRASIL, 1996, p.24, grifo nosso).

Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal (BRASIL, 1996, p.25).

Ou seja, apesar do município em gestão básica do sistema de saúde não ser o responsável formal direto pela contratualização de serviços ambulatoriais e hospitalares, as unidades inseridas em seu território geográfico estão sob sua gerência e subordinação (BRASIL, 1996).

Nesta perspectiva, os municípios de Gestão Básica devem considerar requisitos e/ou etapas para a contratualização de prestadores privados complementares ao SUS, de acordo com instrumentos normativos do sistema.

De maneira geral, destacam-se entre eles os itens a seguir, sem a pretensão de esgotá-los, já que os processos de contratualização utilizam mecanismos que dependerão da natureza jurídica do estabelecimento a ser contratado, como também, da categoria de gestão do município contratante (BRASIL, 2016b).

**Quadro 1 – Critérios de contratualização entre municípios de gestão básica e prestador privado complementar.**

a) A complementação de serviços de saúde deve ocorrer somente quando a capacidade pública instalada for insuficiente à demanda (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988);
b) Os gestores devem realizar planejamento das necessidades locais de saúde e construção da PPI, previamente ao estabelecimento do contrato. Os contratos devem ser realizados considerando as necessidades municipais e regionais de saúde, e não vinculados somente ao que o prestador pretende oferecer (FELICIELLO <i>et al</i> , 2016; MATOS; POMPEU, 2003; BRASIL, 1996 );
c) Os serviços devem estar devidamente cadastrados no CNES, para verificação da real capacidade instalada e disponível dos serviços de saúde de um território. Esta atribuição é de responsabilidade do gestor municipal do território ao qual o estabelecimento pertence (FELICIELLO <i>et al</i> , 2016; BRASIL, 1996);
d) Para o estabelecimento de vínculos formais contratuais, a administração pública orienta-se pela Lei nº 8.666/93, a qual reforça os ditames constitucionalmente impostos entre as partes contratadas (FELICIELLO <i>et al</i> , 2016; BRASIL, 1993a);
e) A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá sempre constar no PMS, detalhada na PAS, e com sua formalização jurídica por meio de instrumento contratual (BRASIL, 2016b);
f) A intenção de estabelecer contrato com o prestador privado deve ser discutida em CIB regional e homologada perante o colegiado de gestores, favorecendo, assim, a regionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c; 1996);
g) O contrato deve ser instituído pelo município do território ao qual o estabelecimento de saúde está inserido, mesmo que atenda ou parta do interesse do município vizinho. Esta característica configura o princípio de Direção ou Comando Único do sistema (BRASIL, 1996; 1990);
h) Em municípios de Gestão Básica, o acesso a serviços de alta complexidade devem ser organizados em redes macrorregionais a partir do município sob Gestão Ampliada, referência desta região de saúde (BRASIL, 1996);
i) O nível Estadual é o ente formal designado a realizar as contratações aos serviços de média complexidade dos municípios sob Gestão Básica (BRASIL, 1996);
j) Cabe ao município realizar a fiscalização dos serviços contratados em seu território, além de autorizar procedimentos e gerar a produção para o pagamento mensal pelo ente estadual ou federal (BRASIL, 1996);
k) Os hospitais contratados devem ser preferencialmente os filantrópicos,

devido ocorrer mediante a elaboração de um Plano Operativo pelo ente contratante (BRASIL, 2010b);
l) Os valores dos procedimentos contratados devem seguir a tabela de preços e procedimentos do SUS – SIGTAP (BRASIL, 1993a);
m) Hospitais devem estar inseridos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que instituiu também, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGD) (BRASIL, 2013b);
n) A complementação de tabela ao prestador privado no SUS pode ser realizada com recursos próprios municipais e/ou estaduais, desde que não limite a integralidade da assistência e o acesso dos cidadãos. A mesma deve ser pactuada em CIB regional e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) (BRASIL, 2001b);
o) No contrato deve estar explícito o elenco de procedimentos contratados a partir da capacidade instalada do prestador. E o acesso deve ser regulado pelo município do território ao que o estabelecimento pertence (BRASIL, 1993a);
p) Gestores públicos precisam utilizar estratégias de regulação, representando o acordo de compromissos estabelecidos entre as partes, informando os procedimentos que serão ofertados, efetuando, e definindo fluxos de monitoramento do que é efetivamente realizado (FELICIELLO <i>et al</i> , 2016; BRASIL, 2016b, 2006c, 1996, 1993a);
q) E ainda, gestores públicos devem atuar no Controle e Avaliação dos serviços contratados, indicando o que foi pactuado e realizado, e o alcance de indicadores e metas estabelecidas nos contratos (FELICIELLO <i>et al</i> , 2016; BRASIL, 2016b, 2006c, 1996, 1993a);

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 2.4 CONTRIBUIÇÕES DO NEO-INSTITUCIONALISMO

### 2.4.1 O Neo-Institucionalismo

O neo-institucionalismo é uma corrente das ciências sociais que atribuem às instituições grande importância para a compreensão dos processos sociais (MARQUES, 1996). A corrente institucionalista nasce para se contrapor ao pensamento estrutural-funcionalista<sup>1</sup> e à análise behaviorista (comportamental), hegemônica para o entendimento das instituições na década de 1970.

<sup>1</sup> Escola antropológica surgida no século XX, tendo como principal teórico Alfred R. Radcliffe-Brown, com modelo teórico e analítico da análise social, entende as estruturas como consequências das relações sociais estabelecidas em sociedade (OLIVEIRA, SANTANA e ALVES, 2014).

As instituições na perspectiva neoinstitucionalista são vistas de maneira ampla, a qual integra regras, desde as formais, como leis, normas, regimentos; como regras informais: códigos de conduta, hábitos e convenções gerais; os próprios atores, os quais definem e defendem interesses, bem como, a distribuição de poder entre eles (STEINMO, 2001; MARQUES, 1996; NORTH, 1991).

Na visão de Sven Steinmo (2001) as instituições são importantes pelo fato de serem pontos focais de muita atividade política, as quais permitem incentivos e restrições para os atores políticos. São nelas que as batalhas políticas são travadas e onde realmente as lutas políticas acontecem.

A corrente institucionalista visa compreender as instituições por meio dos comportamentos individuais e coletivos e pelas mediações entre as estruturas sociais (THÉRET, 2003).

March e Olsen (2008) apresentam que a corrente institucionalista não é nova, e que a preocupação com fenômenos e comportamentos sociais é tema de interesse de diversos teóricos, como Hobbes, Locke, Tocqueville e Max Weber.

Os institucionalistas são aqueles que analisam a instituição e suas consequências sobre o comportamento dos atores políticos e sociais, e seus resultados. Instituições são estruturantes da política, porque segundo Steinmo (2001, p.1):

1. Define quem é capaz de participar da arena política;
2. Moldam os vários atores e estratégias; e,
3. Influenciam o que estes atores acreditam ser possível e desejável.

A análise institucionalista pode ser descrita em três principais correntes. São elas: a escolha racional (*rational choice*), corrente cultural (sociológica), e a corrente histórica. Todas essas perspectivas de análise se confluem em determinado momento (HALL; TAYLOR, 2003).

De maneira geral, as correntes institucionalistas concordam e tendem conceituar a relação entre as instituições e o comportamento individual; destacam as assimetrias de poder relacionadas ao desenvolvimento da instituição e organização; e reforçam que o desenvolvimento da instituição prioriza as trajetórias e suas consequências (HALL; TAYLOR, 2003).

A primeira delas, a perspectiva da escolha racional, parte do princípio de entender e prever o comportamento político (STEINMO, 2001). Os atores sociais são orientados a um comportamento “calculador”, no qual os indivíduos buscam maximizar seus objetivos definidos por uma preferência no processo de decisão. Neste contexto as instituições contribuem para a formulação de estratégias que busquem sua satisfação (LIMA; MACHADO; GERASI, 2015; HALL; TAYLOR, 2003; THELEN; STEINMO, 1992).

Arthur (1994 apud PIERSON, 2004, p. 14) ao apresentar uma visão institucional racional afirma que “[...] as instituições definem as regras do jogo em uma sociedade”, e ditam “[...] restrições humanamente planejadas que moldam a interação humana”. Por exemplo, se a matriz institucional criar incentivos para pirataria, então terá pessoas que se tornarão bons piratas.

Na corrente cultural ou sociológica as preferências dos atores sociais estão relacionadas não apenas a uma ação estratégica, mas principalmente fortalecida por esquemas de reprodução de comportamentos socialmente definidos para atingir objetivos pré-determinados (LIMA; MACHADO; GERASI, 2015), ou seja, os comportamentos são fortalecidos pelo meio social e cultural presente.

Já a corrente histórica, parte do princípio que a história importa para os fenômenos sociais. Institucionalistas históricos “[...] estão interessados em compreender e explicar resultados específicos do mundo real”, (STEINMO, 2001, p. 1) e entender os resultados em qualquer ponto no tempo como o resultado da convergência de vários fatores (STEINMO, 2001).

Nesta perspectiva o passado influencia a política atual através de muitos mecanismos, por meio de instituições políticas, associações de interesse, definições de justiça e ideias sobre como fazer as coisas. Se na perspectiva racional as preferências são endógenas aos atores sociais, na perspectiva institucional histórica estas preferências são exógenas, ou seja, estimuladas pela organização institucional (STEINMO, 2001).

De acordo com Menicucci (2014, 2010, 2003), no sistema de saúde brasileiro, a relação público-privado pode ser compreendida como um exemplo de organização fortemente influenciada pelas políticas anteriores, principalmente as realizadas a partir da década de 1960, na qual o Estado passa a incentivar o crescimento do setor privado através de financiamento público, impulsionando a formação de grupos

e atores de interesse, os quais modificam as arenas de decisão para atingir seus objetivos e dos grupos que compõem e/ou representam.

Baseia-se, portanto, na ideia de que escolhas prévias relativas a uma política definem determinados caminhos e influenciam as possibilidades futuras de decisão ao possibilitar a mudança das arenas políticas (PIERSON, 2004).

Para clarear a teoria histórica os autores institucionalistas utilizam a metáfora do jogo. Nesta metáfora, “o jogo” é entendido como a corrente institucional histórica, os jogadores seriam os atores sociais e políticos; e as instituições – as regras do jogo, o campo, ou quadra a ser jogado. Enquanto os institucionalistas querem entender “O que é o jogo?” e “Como é o jogo?”, os institucionalistas históricos pretendem entender “Quem ganha?”, “Quem perde?” e “Por quê?” (STEINMO, 2001). “Onde?”, “Como?”, e “Para que?” (PIERSON, 2004).

Para a compreensão de forma mais clara o institucionalismo histórico utiliza os conceitos de dependência da trajetória (*path dependence*) e o conceito de retornos crescentes (*feedback* positivo).

Para Pierson (2004) a dependência da trajetória refere-se a processos sociais que exibem *feedback* positivo e assim geram padrões ramificados de desenvolvimento histórico.

Em outras palavras a dependência da trajetória expressa que os processos e escolhas políticas anteriores, influenciam a alocação de recursos, produzindo incentivos aos atores políticos, que se organizam, e influenciam as arenas de decisão política (MENICUCCI, 2003).

As políticas públicas estabelecem “regras do jogo”, e essas influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos e provêm recursos e incentivos para atores políticos, o que, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras, definindo assim um determinado caminho ou padrões de comportamento [...] (MENICUCCI, 2003, p.30).

O conceito de dependência da trajetória também está relacionada a retornos crescentes (*feedback* positivo), ou seja, fortalecimentos em que as políticas institucionalizadas, ou normas estabelecidas anteriormente, podem receber com o passar do tempo. Os *feedbacks* positivos alimentam a trajetória inicial, reforçando as consequências políticas e institucionais iniciais e criando determinada rigidez às

instituições. Neste contexto, o *feedback* positivo revela que o custo de mudança de uma alternativa para outra, irá aumentar ao longo do tempo (PIERSON, 2004).

Na história da organização das políticas de saúde no Brasil, a criação dos benefícios previdenciários pelas CAPS em 1923 e após pelos IAPS em 1930, foi acompanhada da opção pela compra de serviços, ao invés da organização de uma rede prestadora pública, capaz de atender a essa demanda crescente (MENICUCCI, 2003).

Ainda com o advento do SUS, o sistema público não possuía capacidade física instalada em hospitais da rede para oferecer assistência de média complexidade, mantendo os contratos hospitalares oriundos do período do INAMPS com organizações privadas, permanecendo um alto grau de dependência entre o sistema público e privado, e reforçando o poder da saúde privada no sistema nacional (MATOS; POMPEU, 2003).

Para Scheffer e Bahia (2015) a presença do setor privado, principalmente na Constituição Federal de 1988 implicou configurações no financiamento, e na organização para fornecimento da assistência de saúde.

Menicucci (2003) afirma que a necessidade de uma rede ampla e diversificada de serviços após a criação do SUS, serviu como *feedback* positivo à política de incentivo financeiro ao setor privado e manteve a dependência do setor público sobre o primeiro. Na medida em que os interesses dos prestadores eram realizados neste cenário, o governo não conseguiu desenvolver sua capacidade reguladora, o que novamente reforçou a política inicial, e fez com que a lógica da atuação pública fosse submetida à lógica dos interesses privados.

Em outras palavras o arcabouço jurídico-institucional do SUS, ao mesmo tempo em que inova, preserva e mantém as práticas anteriores institucionalizadas (MENICUCCI, 2003).

Aos poucos os padrões estabelecidos para a prestação de serviços alicerçados na assistência privada passam a ser considerados como dados e são readotados rotineiramente, naturalizando-se neste processo (MENICUCCI, 2003, 2014).

Segundo Faveret Filho e Oliveira (1989) a trajetória de desenvolvimento do SUS esteve basicamente atrelada ao crescimento da previdência social no Brasil, pela contínua ampliação e abrangência de setores beneficiados.

A universalização dos serviços públicos de saúde no Brasil foi impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária, que traçou princípios e diretrizes inseridas na Constituição de 1988 e posteriormente regulamentadas nas Leis 8080/90 e 8142/90. Mais que um projeto de um sistema de saúde, a reforma sanitária previa a democratização e cidadania social a partir da inclusão de diversos segmentos sociais, assumindo um caráter francamente redistributivo da assistência à saúde (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989).

No entanto, o financiamento e racionamento do sistema foram nós críticos para a universalização dos serviços públicos no Brasil, possibilitando o que Favaret Filho e Oliveira (1989) denominaram como “*universalização excludente*” ou “*universalização incompleta*”<sup>2</sup>, ou seja, o projeto político do SUS não garantiu o acesso universal ao sistema público devido ao racionamento e direcionamento dos serviços públicos aos setores sociais mais carentes. À medida que o sistema não possibilitou o acesso a todos os setores sociais, os grupos sociais mais organizados (referência à classe média brasileira), que poderia ter sido oposta às barreiras de entrada no sistema público, permaneceram ou encontraram, no subsistema privado a alternativa viável para acesso, enfraquecendo a primeira escolha.

Neste contexto, também é necessário considerar o modelo econômico neoliberal adotado pelo Estado brasileiro, o qual minimiza os investimentos em políticas públicas e valoriza as iniciativas privadas (VIANA *et al*, 2017).

Menicucci (2003) afirma que as tendências de privatização e de retraimento da ação estatal, favorecem a dualidade, pública e privada do sistema brasileiro, principalmente quanto à análise do componente suplementar. Como exemplos, as ações de governo centralizadas nas classes sociais mais carentes; a separação entre o financiamento privado e a prestação de serviços públicos; e a transferência de responsabilidade ao mercado pelas demandas dos seguimentos com capacidade de compra.

Dessa forma, a opção pela compra de serviços e/ou por planos privados passa a ter uma relação com a interpretação sobre a assistência pública e as imagens negativas associadas a ela, nem sempre produzidas pela experiência

---

<sup>2</sup> MENICUCCI (2003) afirma que o crescimento do setor privado no Brasil foi anterior ao processo de valorização do mercado e das reformas econômicas dos anos 1990, coincidente com universalização da assistência à saúde. Assim, não houve universalização excludente, uma vez que, a medicina privada já havia se expandido no país, a autora considera, mais adequado, o termo “universalização incompleta”.

pessoal, mas transmitidas pela compreensão coletiva, e incentivada pelos interesses privados (MENICUCCI, 2003).

Na atualidade, o interesse privado pode ser demonstrado quando o Ministério da Saúde encaminhou proposta à ANS (Agência Nacional de Saúde) para a criação de planos populares de saúde. O grupo de trabalho que organizou a proposta foi formado por mais de 20 entidades relacionadas ao setor privado suplementar, sem a participação de outros grupos que historicamente acompanham a regulação do setor (DOMINGUEZ, 2017), em um aberto exercício de respostas às expectativas de compreensão social.

Neste sentido, as escolhas políticas se desdobram, ao longo do tempo, na criação de regras e de estruturas, na mobilização de recursos de diversos tipos e no envolvimento de atores sociais, aumentando as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações de rumo radicais (LIMA; MACHADO; GERASI, 2015).

Ou seja, os conceitos de dependência da trajetória e *feedback* positivo estão altamente inseridos na política. Os arranjos políticos moldarão os incentivos e os recursos dos atores políticos, além de colocarem restrições extensas e “juridicamente” vinculadas ao comportamento (PIERSON, 2004).

Na teoria institucional “[...] as identidades e os interesses não só são aprendidos na interação, mas sustentados por ela”, já que breves períodos de abertura histórica são frequentemente seguidos por processos que selecionam e institucionalizam um desenvolvimento ideológico a respeito de determinado evento (WUTHNO, 1989 apud PIERSON, 2004, p. 28).

Retornando à “metáfora do jogo” apresentada no início da discussão tem-se como resultado do jogo a divisão dos atores em dois grupos: vencedores e perdedores. Devido à dinâmica de poder, os atores sociais políticos podem alterar e impor regras, a seu favor ou de seu grupo, a respeito do funcionamento do jogo ou dos processos institucionais, autorreforçando o evento e aumentando seu poder e sua capacidade política, e conseqüentemente, diminuindo a capacidade política de seus rivais. Neste contexto, o grupo de vencedores é reforçado pela migração de atores indecisos e vulneráveis. Dessa forma “[...] o *feedback* positivo ao longo do tempo pode simultaneamente aumentar as assimetrias de poder, e, paradoxalmente, tornar as relações de poder menos visíveis”. “[...] Onde o poder é mais desigual,

muitas vezes não precisa ser empregado abertamente” (PIERSON, 2004, p. 26, tradução nossa).

#### 2.4.2 A Relação entre o Institucionalismo Histórico e os Serviços de Saúde no Brasil

De acordo com Menicucci (2003) a abordagem do institucionalismo histórico pode ser aplicada aos serviços de saúde, já que, o modelo proposto por Pierson (2004) para a compreensão ampla dos processos institucionais e dos jogos políticos e econômicos, influenciam diretamente as políticas públicas sobre a alocação de recursos, modificando custos e benefícios destas mesmas políticas. Ou seja:

(...) os legados das políticas de saúde previamente estabelecidas explicam, em grande parte, o seu desenvolvimento futuro, de tal forma que, em função de seus efeitos institucionais, os desenhos de políticas preestabelecidas condicionaram o processo de reformulação das políticas durante o processo constituinte e, posteriormente, no momento de implantação da reforma (MENICUCCI, 2003, p.30).

Baseada na teoria institucionalista histórica a autora defende que, segundo Pierson (2004), os conceitos de dependência da trajetória e *feedback* positivo nas políticas, influenciam a alocação de recursos econômicos e políticos, recursos e incentivos para atores políticos, o que proporciona a formação e/ou expansão de grupos de interesse, fortalecendo algumas ações e enfraquecendo outras. Ao criar grupos de interesses favorecidos pelas políticas, provocam a organização de desenhos das políticas, modificando os processos políticos e moldando identidades de grupos.

Em outros termos, as políticas definidas em um momento no tempo estruturam o processo de tomada de decisões e criam fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político (MENICUCCI, 2003, p. 31).

Segundo Menicucci (2003) no período médico assistencialista privatista, empresas médicas receberam diversos incentivos financeiros para seu crescimento e fortalecimento em detrimento da saúde pública. Desta forma, grupos privados se organizaram, formando organizações de interesse e concentrando recursos políticos, que lhes permitiram grande influência no processo de decisão, constituindo grupos de interesses aos empresários da saúde, como também, aos atores beneficiados por ela.

Como descrito anteriormente, o conceito de “universalização excludente” descrita por Favaret Filho e Oliveira (1989), ou “universalização incompleta” (MENICUCCI, 2003), apresentou como resultados o enfraquecimento da proposta de reforma do SUS, reforçando a perspectiva que o SUS estava direcionado a grupos sociais mais vulneráveis e aos que não tinham condições de inserção no mercado de trabalho.

Utilizando-se das concepções de Pierson (2004), à medida que o sistema público apresenta-se subfinanciado e com problemas em sua organização e prestação de serviços, o sistema privado constitui-se como a melhor opção de assistência a saúde disponível, a partir da compra direta de serviços (particular e/ou complementar ao sistema), cooperativas, planos de saúde, e grupos de medicina privada, que, devido ao “padrão de comportamento coletivo”, será cada vez mais induzido e incentivado à adesão.

No entanto este comportamento não foi aleatório. O Estado, na tentativa de abranger cada vez mais usuários nos serviços previdenciários e mais tarde no Sistema Único de Saúde, não se organizou com uma rede de serviços próprios suficientes ao atendimento dos cidadãos, bem como, com um sistema efetivo de regulação. Como alternativa para solucionar este problema e influenciado por processos políticos e de mercado, formou-se uma rede de serviços privados mantidos e financiados por políticas públicas (MENICUCCI, 2003).

Com o processo de descentralização do SUS, baseado na concepção de Pierson (2004) a respeito da formação de grupos, outros atores passam a disputar espaço na arena decisória, principalmente gestores municipais e estaduais, bem como, prestadores de saúde e profissionais, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde (MENICUCCI, 2003).

Nesta perspectiva, essa pesquisa se orienta que a participação privada complementar no sistema de saúde brasileiro, responsável por grande parte dos procedimentos de MC no SUS, não foi acompanhada por um processo de regulação efetivo do Estado, principalmente em MPP. Dessa forma, colaborou para a formação de pequenos nichos de interesse ao financiamento público em âmbito microrregional. Estes atores influenciam diretamente as arenas de decisão micro política, e são fortalecidos por aspectos macro políticos, possibilitados pelas consequências das normativas institucionais anteriores.

Destacam-se, neste contexto, as capacidades instaladas insuficientes de serviços públicos nos MPP, principalmente os de média complexidade, reforçando a necessidade de manter contratos e serviços com prestadores privados; o elevado número de exames diagnósticos e de imagem, não executados por estabelecimentos públicos; o crescimento da demanda de encaminhamentos para especialidades médicas e/ou avaliações com especialidades indisponíveis em alguns centros urbanos; bem como, a dinâmica do pagamento por serviços prestados no sistema, apoiado por uma tabela de procedimentos desatualizada, induzindo a contratos paralelos, e a questões pertinentes ao processo de regionalização.

À medida que estas características acontecem a percepção sobre o sistema também é reforçada e estimulada na compreensão coletiva social. O SUS ganha a concepção de sistema ineficaz e não garante a integralidade da atenção proposta pela Constituição Federal de 1988.

Nesta relação entre atores, públicos e privados, para ações e serviços de saúde, também se estabelecem relações de poder. Se o modelo de assistência à saúde atual é resultado da dependência ao setor privado constituído nas décadas de 1960 (MENICUCCI, 2003), este mesmo modelo forneceu os subsídios necessários para a formação de matrizes institucionais densamente ligadas (público x privado) e apontam para relações de poder assimétricas e desequilibradas ao longo do sistema.

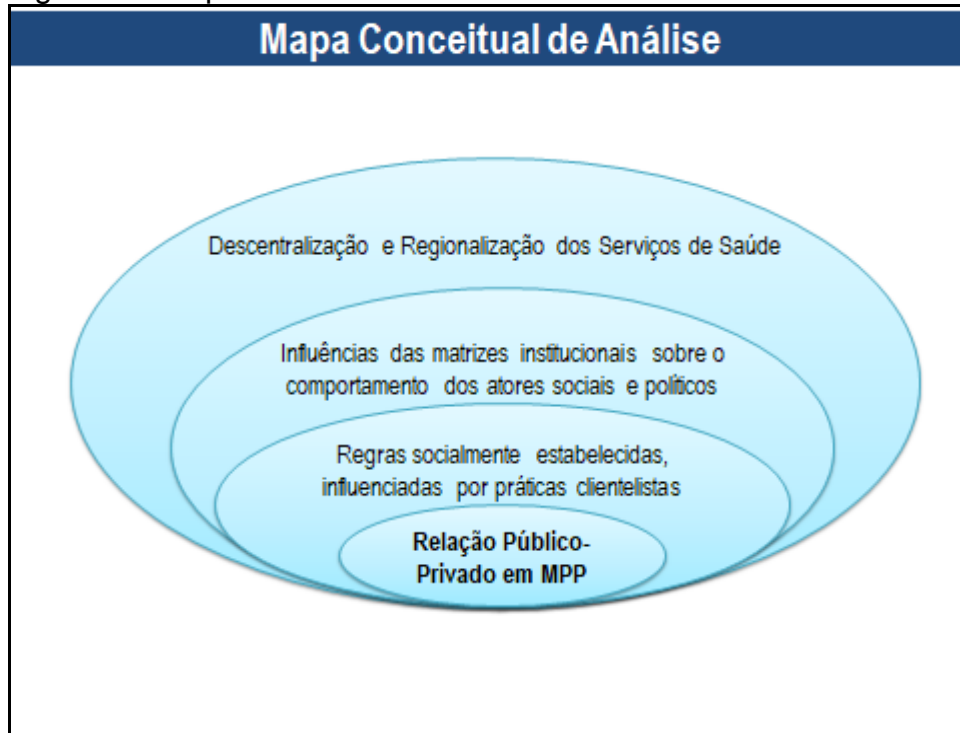
Segundo a corrente institucionalista histórica, as escolhas políticas do sistema nacional de saúde no Brasil contribuíram e ainda contribuem para a compreensão e para a organização do sistema atual.

Paim *et al* (2011) afirmam que os prestadores e compradores de serviços formam uma rede complexa, na qual o sistema de saúde fica marcado por uma combinação público-privado financiada por recursos públicos, que apresenta desigualdades no acesso e na utilização dos serviços como consequências deste modelo.

Nesta perspectiva propõe-se compreender nesta pesquisa a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema privado complementar em uma região de saúde de municípios de pequeno porte (MPP), como o resultado da organização das políticas de saúde, com destaque ao processo de descentralização e regionalização

do SUS, somados à influência das matrizes institucionais sobre o comportamento dos atores sociais e políticos, e influenciadas pelas práticas clientelistas vigentes nestes espaços (Figura 4).

Figura 4 – Mapa conceitual de análise do referencial



Fonte: O próprio autor.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Compreender a relação público-privado para ações de assistência à saúde de média complexidade nos municípios da região centro-norte do Estado do Paraná.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as fontes de financiamento para execução de ações e serviços de média complexidade;
- Analisar as formas de vinculação e os tipos de contratos realizados entre os entes públicos e prestadores para oferta de serviços de saúde de média complexidade;
- Analisar a realização de planejamento para oferta de ações e serviços.

#### 4. CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa é um subprojeto integrante do projeto de pesquisa “*Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná*”, que objetiva compreender a média complexidade em MPP, após constatação de Mendonça, Carvalho, Nunes, e colaboradores (2016) sobre o impacto deste nível de atenção na gestão municipal.

Martins e Bicudo (2003) afirmam que a pesquisa científica é capaz de adquirir uma postura, que a torna possível investigar um fenômeno a partir de uma perspectiva, na qual o pesquisador encontra respostas para sua problemática.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa optou-se pela proposta de um estudo de caso de natureza qualitativa.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa privilegia a compreensão do comportamento a partir da perspectiva do sujeito da investigação. Os dados recolhidos são ricos e de complexo tratamento analítico, possibilitando investigar fenômenos em toda sua profundidade e em contexto natural.

Enquanto, a pesquisa quantitativa trabalha com fatos, a pesquisa qualitativa trabalha com fenômenos. Fenômeno significa “[...] aquilo que se mostra, que se manifesta”. Cada fenômeno só pode se mostrar depois de situado. Só se mostram quando alguém (um ser específico) está sentindo algo que pode ser sentido e indiretamente descrito. O fenômeno mostra-se a si mesmo, situando-se (MARTINS; BICUDO, 2005, p22).

Para Minayo (2006) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, voltada para a realidade e que não pode ser quantificada, surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, fenômenos voltados para a percepção, intuição e subjetividade. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Segundo Martins e Bicudo (2003) a pesquisa qualitativa questiona a generalização de princípios explicativos sobre algo estudado. Não busca a generalização e sim a compreensão particular daquilo que estuda. O foco da

pesquisa qualitativa é o entendimento dos fenômenos, centralizado no específico, no individual, almejando a sua compreensão e não somente sua explicação.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é “compreender” aspectos e determinantes envolvidos na relação entre o gestor público e o prestador privado para ações e serviços de nível secundário no sistema de saúde público em uma região de saúde, utilizando como embasamento para análise o referencial teórico descrito.

Na taxonomia de objetivos proposta por Bloom *et al* (1956 apud PELISSONI, 2009) o verbo “compreender” remete-se somente ao segundo degrau entre as seis categorias do domínio cognitivo, formado respectivamente pelos domínios (1- Conhecer, 2- Compreender, 3- Aplicar, 4- Analisar, 5- Sintetizar, 6- Avaliar), interpretados pelo autor como categorias em ordem crescente de complexidade. Contudo, para Martins e Bicudo (2003) “compreender” é tomar o objeto na sua intenção e não na sua representação. Para isso, é necessário tematizar e interpretar eideticamente<sup>3</sup> o fenômeno observado e estudá-lo sistematicamente para compreendê-lo em sua intenção total, na sua essência e não apenas na sua representação.

Optou-se, então, para compreensão do fenômeno a realização de um estudo de caso. O estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”. Justifica-se quando as questões de investigação são do tipo “como” e “por que” e ainda quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre o contexto (YIN, 2010, p.39).

Segundo Handem *et al* (2009) o estudo de caso tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento, e possibilita descrever o contexto em que está sendo realizada a investigação, as variáveis causais envolvidas no fenômeno estudado, bem como, formular hipóteses e teorias sobre o objeto de estudo.

A realização do estudo de caso permite construir um diagnóstico situacional e identificar a organização dos serviços relacionados ao objeto de pesquisa, uma vez que, o diagnóstico situacional é um processo que auxilia na análise de uma

---

<sup>3</sup>A expressão “eideticamente” (eidético) refere-se à essência do fenômeno (MARTINS e BICUDO, 2003).

realidade e suas necessidades, com vistas à orientação de medidas para organização de determinado território (BRASIL, 2016a).

#### 4.1 CAMPO DE ESTUDO

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu nos municípios localizados no centro-norte do Estado do Paraná, pertencentes à 22ª Regional de Saúde. A 22ª Regional de Saúde abrange 16 municípios, nos quais a população varia entre 2.500 a 33.000 habitantes em média, totalizando 140.000 habitantes (PARANÁ, 2015).

De acordo com a tipificação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) os municípios desta região são considerados como Municípios de Pequeno Porte (MPP), pois são estratificados nas categorias “Pequenos I” e “Pequenos II”.

**Quadro 2** – Classificação de Municípios por número de habitantes, Brasil, 2004.

<b>Pequenos I</b> <b>Pequenos II</b> <b>Médios</b> <b>Grandes</b> <b>Metrópoles</b>	Até 20.000 habitantes De 20.001 a 50.000 habitantes De 50.001 a 100.000 habitantes De 100.001 a 900.000 habitantes Mais de 900.000 habitantes
---	---

Fonte: BRASIL (2004).

#### 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da presente pesquisa foram compostos por gestores e/ou membros da equipe gestora da área de abrangência da 22ª Regional de Saúde e prestadores hospitalares privados da região.

Para a definição do número de gestores municipais entrevistados considerou-se uma amostra por conveniência, com base em critérios populacionais.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) nos estudos qualitativos a questão quantidade ganha relevância secundária, pois o que há de significado nas amostras intencionais não se define pela quantidade final de seus elementos (N), mas sim, de que maneira a mostra apresenta representatividade e qualidade de informações do contexto pesquisado. A seleção, portanto, é decorrente da preocupação que a amostra contenha e espelhe as dimensões da realidade.

Nesta perspectiva, os municípios foram classificados em quatro estratos, permitindo a escolha de um representante por grupo. Ainda participaram da amostra: um apoiador do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) da região,

um membro gestor da 22ª Regional de Saúde, um membro do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS - Ivaiporã) e dois prestadores privados. Totalizando nove entrevistas (Tabela 1).

O número da amostra possibilitou garantir representatividade regional a partir da divisão dos municípios por estrato populacional, possibilitando a participação de um representante por estrato, além de gestores e apoiadores envolvidos no processo, e a inclusão dos prestadores hospitalares da região. A opção pelo prestador hospitalar, não significa, que a relação público-privado não ocorra fora dos ambientes hospitalares, mas considera-se que neste ambiente ela se apresenta de maneira mais significativa.

Os critérios para inclusão dos entrevistados, relacionados aos objetivos de pesquisa e a profundidade de exploração do fenômeno permitida pelo referencial teórico, possibilitou a saturação dos dados com a amostra evidenciada, uma vez que o referencial possui limitação para generalizações sobre processos sociais que se aplicam em amplos períodos no tempo e espaço.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pesquisa na 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.

<b>Estrato Populacional</b>	<b>Nº de Municípios</b>	<b>Nº de Entrevistas</b>
< 5000 hab	07	01
5.001 - 10.000 hab	03	01
10.001 - 20.000 hab	05	01
> 20.001 hab	01	01
Apoiador COSEMS – Região		01
Membro Gestor da 22ªRS		01
Prestadores Privados		02
Membro Gestor do CIS – Ivaiporã		01
<b>TOTAL</b>		<b>09</b>

Fonte: o próprio autor.

### 4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

#### 1ª FASE

A obtenção de dados da pesquisa deu-se em duas fases. Na primeira realizou-se análise documental, com a verificação de contratos, pactuações, e tabulação de bancos de dados, a partir da proposta de pesquisa documental recomendada por GIL (2009).

A pesquisa documental utiliza-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com o propósito da pesquisa. Há na pesquisa documental fontes muito diversificadas e dispersas. Gil (2009) categoriza as fontes da pesquisa documental em duas:

- 1- Documentos de primeira mão: são documentos que não receberam tratamento analítico;
- 2- Documentos de segunda mão: são aqueles que de alguma forma já foram analisados, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas públicas, tabelas e estatísticas, entre outros.

Quadro 3 – Distribuição dos documentos de primeira e segunda mão, selecionados para a pesquisa documental, 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.

<b>Documentos de primeira mão</b>	<b>Documentos de segunda mão</b>
CNES SARGSUS SIGTAP Contratos, Tabelas de procedimentos.	RAG Base de Dados REGIÃO E REDES

Fonte: Gil (2009) *adaptado* pelo próprio autor.

O delineamento da pesquisa documental segundo GIL (2009) obedece as seguintes etapas:

- a) Determinação do objetivo: o objetivo da pesquisa documental foi caracterizar a região pesquisada, analisar instrumentos de planejamento e gestão dos municípios envolvidos, como também, as tabelas de custos de procedimentos e contratos municipais.
- b) Elaboração do plano de trabalho: construído a partir da delimitação do objetivo da pesquisa documental, nesta fase o pesquisador organiza os

tópicos relacionados aos objetivos gerais e específicos da pesquisa. Os tópicos identificados para a pesquisa documental foram:

- indicadores regionais socioeconômicos;
- indicadores regionais de acesso e assistenciais;
- indicadores de custos e financeiros;
- análise de contratos.

- c) Identificação das Fontes: classificadas em documentos de primeira e segunda mão foram descritos acima e compreendem as fontes utilizadas na análise documental.
- d) Localização das fontes e obtenção do material: as fontes foram localizadas em bases de dados do Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS - Percentual de gastos por bloco de atenção), Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e plataforma de indicadores regionais do grupo REGIÃO E REDES (2016); além de cópias de contratos e abertura de processos licitatórios para compra de serviços médico-hospitalares disponíveis nos portais de transparência das prefeituras, bem como, catálogo de procedimentos do CIS regional. Os documentos foram obtidos por disponibilidade do arquivo *online* e acesso gratuito.
- e) Tratamento dos dados: os documentos pesquisados foram passíveis de análise estatística de frequência por meio da produção de tabelas e gráficos realizados pelo programa Microsoft Excel® 2010.
- f) Redação: momento da descrição dos dados submetidos ao tratamento, com reflexão e interpretação dos mesmos à medida que as categorias de análise progrediram.

## 2ª FASE

A segunda fase de obtenção dos dados utilizou-se de entrevistas gravadas, por meio de roteiro semiestruturado, e com questões abertas (Apêndice A).

Na pesquisa qualitativa os dados são coletados por meio da comunicação entre os sujeitos e seu tratamento é realizado pela interpretação. A interpretação está relacionada ao valor determinado ao sentido das proposições que levam a uma compreensão e significados de palavras, sentenças e textos (MARTINS; BICUDO, 2003).

Os dados obtidos por entrevistas assume uma forma mais ou menos estruturada quando o entrevistador apresenta um roteiro prévio de perguntas elaboradas a partir dos objetivos de estudo, permitindo que o utilize como guia, e não necessariamente deve permanecer restrito as perguntas elaboradas, ou seja, o pesquisador tem liberdade para acrescentar novas perguntas, e/ou aprofundar e esclarecer pontos que considere relevantes (GIL, 2009; HANDEM *et al*, 2009).

Para a realização pautou-se nas etapas de introdução para entrevistas descritas por Minayo (2010):

- O entrevistador apresenta-se ao entrevistado e relata o interesse da pesquisa e a instituição da qual faz parte;
- Explica os motivos da pesquisa e justifica a escolha do entrevistado;
- Orienta o entrevistado sobre o anonimato e garantia de sigilo da pesquisa, além de tirar possíveis dúvidas.
- Inicia-se a entrevista com uma conversa informal, a qual tem objetivo de proporcionar ambiente favorável à entrevista.

Com objetivo de aprimorar o instrumento de coleta de dados foi realizado pré-teste piloto para validação e organização do roteiro da entrevista, no município de Cambé/PR no mês de setembro de 2016. As entrevistas foram realizadas entres os meses de dezembro/2016 a fevereiro/2017. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 46 minutos, oscilando entre a menor (30 minutos) e a maior (1 hora e 8 minutos). As transcrições das entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador. Ao mencionar os entrevistados nos resultados de pesquisa utilizou-se a identificação por códigos proposto por Goldim (2000). Os entrevistados foram codificados pela letra “E”, seguida de um número. E1, E2, E3, (...), E9. Para citar as

falas dos mesmos foi retirado pelo pesquisador vícios de linguagem e realizado correção ortográfica com a finalidade de proteção dos participantes.

Para análise dos dados qualitativos das entrevistas, optou-se pela análise de discurso. Para Martins e Bicudo (2003) na análise de discurso ou análise de interpretação linguística (L), o sujeito é tido como um atribuidor de significados e não um repetidor de ideias adquiridas. O objetivo da investigação é chegar aos significados atribuídos pelos sujeitos à situação que está sendo investigada. Ao entrevistar uma pessoa o objetivo é conseguir descrições mais detalhadas possíveis sobre algo pelo entrevistado. “[...] há sempre um sujeito, em uma situação, vivenciando um fenômeno”. Vivência sendo entendida como experiência, “[...] experiência consciente por aquele que a executa”. Há sempre uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que a experiencia. A consciência desta experiência é sempre intencional (MARTINS; BICUDO, 2005, p.75).

Para realização da análise e interpretação do conteúdo, Martins e Bicudo (2003) sugerem as seguintes etapas, a Análise Individual (Ideográfica), e a Análise Geral (Nomotética).

1- Análise Ideográfica (individual): é a leitura individual de cada entrevista com o objetivo de familiarizar-se com o texto que descreve a experiência, colocando-se no lugar do sujeito e em seu mundo por meio de uma imersão empática, sem buscar ainda qualquer interpretação do que está exposto ou identificar elementos contidos. Refere-se à capacidade de compreender a linguagem do sujeito, e permite que seja relido quantas vezes forem necessárias.

Das leituras discriminam-se palavras e/ou frases que possuam sentido com o fenômeno estudado, caracterizando-as como unidades de significado, que depois de identificadas são interpretadas para explicitar o sentido transmitido. Em seguida são analisadas convergências dentro do discurso de cada entrevistado, formando unidades de significação. O propósito é chegar a categorias passando por expressões concretas, partes que se relacionam uma com as outras, indicando momentos distintos na totalidade da descrição.

2- Análise Nomotética (Geral): O pesquisador reagrupa as unidades de significação relevantes para uma análise de estrutura do fenômeno. Indica a passagem do individual para o geral, e articulação entre os diversos casos

individuais, realizando convergências, divergências e idiosincrasias das unidades de significado dos discursos, possibilitando a apresentação dos dados e discussão, e assim, a compreensão do fenômeno.

As análises das entrevistas na etapa individual possibilitaram a construção de 475 unidades de significado, as quais foram reagrupadas resultando em quatro categorias de análise geral.

Importante destacar, como descrito por Carvalho (2012) que a concepção e o recorte de estudo da pesquisa pode estar intimamente relacionado à visão de mundo do pesquisador, assim, é necessário grande rigor metodológico, para que os objetivos atingidos possam ser verificados em sua própria pretensão.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto às questões éticas, a pesquisa respeitou as normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a) do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP), por ter em seu conteúdo dados relativos aos sujeitos e descrições sobre as situações assistenciais, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 56868416.1.00000.5231. A pesquisa foi aprovada em 29 de Agosto de 2016, através do parecer nº 1.700.851.

Por meio do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLV (Apêndice B) os sujeitos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e o direito de recusar-se a participar, em qualquer fase de sua execução, bem como da garantia de não sofrer qualquer ônus ou gratificação pela participação no estudo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematização dos resultados buscou-se, primeiramente, a caracterização dos entrevistados quanto à formação e tempo de experiência na função, e apresentação do contexto da região pesquisada quanto aos indicadores socioeconômicos e assistenciais.

Quanto à caracterização dos entrevistados, todos possuem ensino superior completo na área de saúde (enfermagem, farmácia e odontologia), ou na área de administração; 66% deles apresentam especialização em gestão ou administração pública, e/ou em áreas de formação inicial. A idade dos entrevistados variou entre 30 a 68 anos, e a experiência na função também se apresenta heterogênea, alguns sem experiência anterior e com pouco mais de sete (07) meses de atuação, e outros com até 26 anos de exercício em atividades da saúde e correlatas ao SUS.

Destaca-se que a experiência anterior em serviços de saúde dos prestadores hospitalares é em média 08 anos superior ao grupo total de entrevistados, e 10 anos quando comparado somente ao grupo de gestores municipais.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) é organizada em 22 (vinte e duas) Regionais de Saúde. Cinco destas regiões (Londrina, Apucarana, Jacarezinho, Cornélio Procópio e Ivaiporã) formam a macrorregião norte de saúde, com sede em Londrina. A menor, em densidade populacional, e a mais jovem região entre elas é a regional de Ivaiporã, foco deste estudo.

Tabela 2 – Distribuição Populacional das Regionais de Saúde pertencentes a Macro-Norte Londrina, 2012.

<b>Regional de Saúde</b>	<b>População</b>
16ª RS Apucarana	344.199
17ª RS Londrina	856.309
18ª RS Cornélio Procópio	225.610
19ª RS Jacarezinho	276.032
22ª RS Ivaiporã	138.745
<b>Total Macro Região Norte</b>	<b>1.840.895</b>
<b>Paraná (IBGE 2012)</b>	<b>10.266.737</b>

Fonte: IBGE/2012

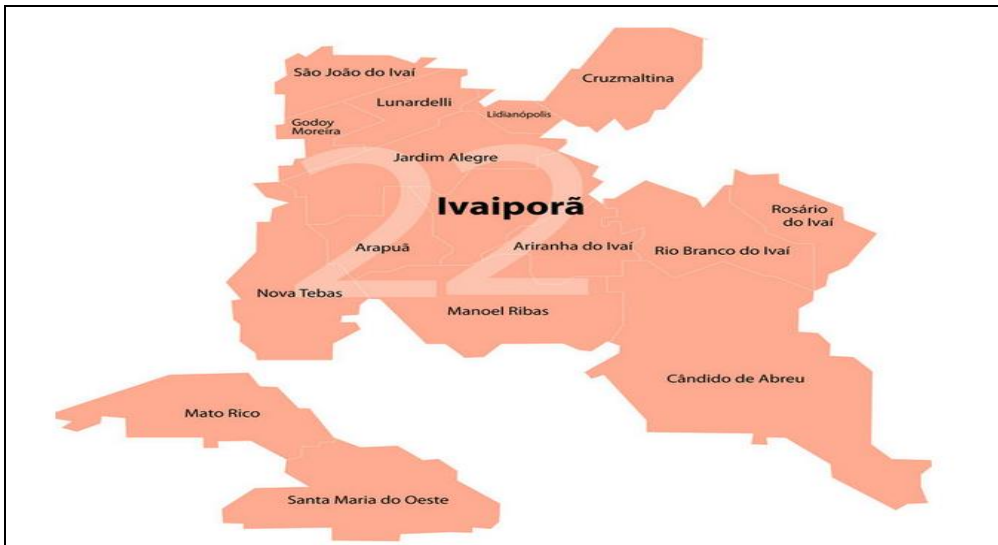
De acordo com o último Plano Diretor de Regionalização (2015), a região de Ivaiporã, 22ª Regional de Saúde do Estado, última a ser instituída, e anteriormente pertencente à Regional de Apucarana, compreende uma população de 138.475 habitantes (IBGE, 2012), o equivalente a 1,34% da população total do Estado. É formada por 16 municípios (Arapuã, Ariranha, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí) (Tabela 3), e juntos representam uma área de 7.076 Km<sup>2</sup>, proporcional a 3,55% do território total do Paraná (Figura 5).

Tabela 3 – Distribuição Populacional dos municípios integrantes da 22ª Regional de Saúde, Paraná, 2012.

<b>População 22ªRS</b>	
<b>Municípios</b>	<b>População</b>
Arapuã	3.469
Ariranha do Ivaí	2.389
Cândido de Abreu	16.332
Cruzmaltina	3.118
Godoy Moreira	3.262
Ivaiporã	31.748
Jardim Alegre	12.121
Lidianópolis	3.851
Lunardelli	5.084
Manoel Ribas	13.185
Mato Rico	3.716
Nova Tebas	7.085
Rio Branco do Ivaí	3.920
Rosário do Ivaí	5.438
Santa Maria do Oeste	11.178
São João do Ivaí	11.273
<b>Total</b>	<b>138.475</b>

Fonte: IBGE/2012

Figura 5 – Localização espacial dos municípios na 22ª Regional Saúde do Paraná, 2017.



Fonte: SESA/PR

Dos 16 (dezesseis) municípios da região, 15 (quinze) são considerados municípios de pequeno porte I (MPP) já que possuem menos de 20.000 habitantes. O município sede da 22ª Regional de Saúde é o município de Ivaiporã, o qual também é pequeno com pouco mais de 30.000 habitantes, considerado pelo PNAS pequeno porte II (BRASIL, 2004)

A região de Ivaiporã apresenta economia pautada na atividade agrícola, principalmente soja, milho e trigo. Tem como um dos principais rios, o Rio Ivaí, do qual seu nome colabora para a identificação da região como “vale do Ivaí”.

O “vale do Ivaí” situado na região centro-norte do Estado do Paraná, é a região de municípios centrais do Estado que se encontram distantes do anel rodoviário de integração paranaense, o que possibilita compreender melhor as especificidades dessa região (Figura 6).



serviços básicos de saúde de baixa complexidade, baixa densidade tecnológica, e de especialidades.

Os demais são caracterizados na tipologia Hospital de Médio Porte. Destes, dois (02), são hospitais privados, conveniados ao SUS e com média densidade tecnológica.

Estes últimos possuem exames de imagem, tomografia e ressonância, neles estão presentes os leitos de UTI e são os locais nos quais a maioria dos procedimentos de média complexidade são realizados, devido à capacidade instalada e presença de especialidades médicas.

Mesmo com uma quantidade suficiente de leitos públicos disponíveis, somente 40% (2014) do total das internações na região são realizadas nos hospitais públicos (REGIÃO E REDES, 2016).

Tabela 4 – Distribuição de leitos hospitalares, segundo setores, 22ª Regional de Saúde do Paraná, 2017.

Setores	Nº Leitos Hospitalares	% leitos/10.000 hab
Clínica Médica	161	3,1 leitos/10.000
Clínica Cirúrgica	89	
Obstetrícia Clínica e Cirúrgica	80	
Psiquiatria	00	
Pediatria	74	
UTI Adulto	15	2,14 leitos/10.000
UTI Pediátrica	04	
UTI Neonatal	11	
<b>Total</b>	<b>434</b>	

Fonte: CNES (2016).

Apesar do número de leitos adequado, observa-se baixa taxa de ocupação das unidades hospitalares da região (Tabela 5).

A taxa de ocupação de leitos é um coeficiente que expressa a razão entre o número de leitos ocupados sobre o número de leitos disponíveis. A ANS (2012) recomenda taxa de ocupação entre 75% a 85%. Mas, observa-se entre as unidades analisadas, que a maior taxa de ocupação do ano (2016) foi de apenas 40% em um hospital privado conveniado (A), e a menor taxa foi em um HPP da região (G), que atingiu somente 3% do total de leitos disponíveis (Tabela 5).

Domínguez Ugá e López (2007) ao realizarem análise descritiva dos HPPs no Brasil, afirmam que são hospitais de baixa complexidade e densidade tecnológica, e

por isso produzem AIHs de baixa produção, bem como, possuem baixa taxa de ocupação, em média de 32,8%.

A baixa taxa de ocupação apresentada nas unidades hospitalares da região de Ivaiporã pode também estar relacionada, às internações por causas sensíveis a atenção básica (ICSAB); ou à procedimentos que não geram AIH, como procedimentos ambulatoriais, condições não rentáveis à cobrança; e ainda, a prática de realizar nos hospitais privados conveniados, utilização dos leitos para barateamento de procedimentos particulares, e/ou utilização dos mesmos para os contratos executados com os municípios.

Tabela 5 – Taxa mensal de ocupação de leitos, segundo setores\*, por unidade hospitalar, 22ª Regional de Saúde, 2016.

	Hospital Privado A	Hospital Privado B	HPP A	HPP B	HPP C	HPP D	HPP E	HPP F	HPP G	HPP H
Jan	22,58%	22,94%	19,67%	13,51%	22,58%	16,29%	14,71%	22,21%	9,12%	21,61%
Fev	31,19%	25,31%	13,99%	10,72%	21,55%	13,10%	16,55%	20,59%	12,44%	19,66%
Mar	25,59%	33,61%	25,74%	16,13%	21,51%	13,71%	12,26%	23,04%	11,71%	18,23%
Abr	34,96%	30,81%	22,88%	20,81%	16,67%	17,67%	15,33%	25,33%	8,41%	16,83%
Mai	27,96%	30,44%	21,03%	15,78%	21,91%	15,65%	15,23%	23,41%	8,20%	18,39%
Jun	40,74%	29,30%	24,94%	19,64%	17,22%	13,67%	12,13%	16,29%	7,36%	15,83%
Jul	27,17%	26,59%	19,79%	19,53%	17,61%	16,45%	13,55%	24,98%	8,03%	19,03%
Ago	37,28%	29,55%	14,27%	19,35%	18,68%	16,94%	14,06%	16,50%	7,49%	23,55%
Set	32,00%	27,90%	16,54%	16,76%	19,31%	19,00%	13,20%	16,67%	6,86%	24,33%
Out	27,10%	23,41%	14,08%	12,64%	17,34%	16,94%	8,00%	11,52%	4,26%	16,94%
Nov	27,19%	26,45%	13,14%	19,19%	18,47%	14,50%	8,53%	8,19%	6,29%	18,83%
Dez	20,93%	22,48%	18,11%	16,30%	19,49%	19,03%	13,68%	11,98%	3,10%	5,97%
<b>Maior Taxa</b>	<b>40,74%</b>	<b>33,61%</b>	<b>25,74%</b>	<b>20,81%</b>	<b>22,58%</b>	<b>19,03%</b>	<b>16,55%</b>	<b>25,33%</b>	<b>12,44%</b>	<b>24,33%</b>
<b>Menor Taxa</b>	<b>20,93%</b>	<b>22,48%</b>	<b>13,14%</b>	<b>10,72%</b>	<b>16,67%</b>	<b>13,10%</b>	<b>8,00%</b>	<b>8,19%</b>	<b>3,10%</b>	<b>5,97%</b>
<b>Média</b>	<b>29,56%</b>	<b>27,40%</b>	<b>18,68%</b>	<b>16,70%</b>	<b>19,36%</b>	<b>16,08%</b>	<b>13,10%</b>	<b>18,39%</b>	<b>7,77%</b>	<b>18,27%</b>

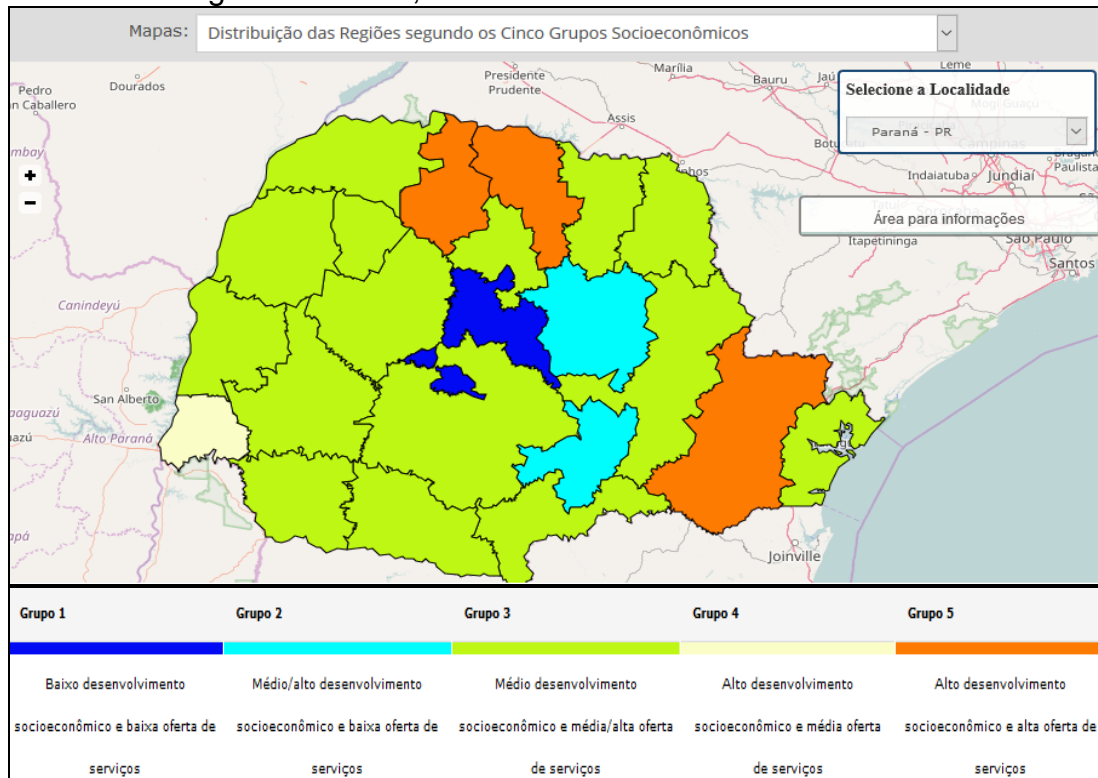
Fonte: SESA/SIH (2016).

\*Setores com exceção de leitos UTI.

Contudo, apesar da região apresentar indicadores satisfatórios de cobertura, diversos determinantes sociais incidem sobre a população de estudo. De acordo com recente pesquisa do grupo Região e Redes (2016), a qual teve como objetivo apresentar dados relacionados à regionalização do país e caracterizar as regiões entre cinco tipologias, compreendidas de baixo a alto desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços, a região de Ivaiporã apresentou-se na tipologia

Grupo 1 (um) “Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde” (Figura 7).

Figura 7 – Distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos, Regiões e Redes, 2016.



Fonte: Região e Redes (2016)

Dos indicadores pontuados na pesquisa, alguns chamam atenção por estarem intimamente relacionadas a determinantes e condicionantes sociais de saúde. Dentre eles, pode-se destacar:

- 39,90% da população da 22ª Regional de Saúde possui renda per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 (correspondente a 1/2 salário mínimo em 2010). Percentual superior a 1/3 da população total;
- A taxa de mortalidade infantil é de 14,77/1000 NV (triênio 2013-2015), maior que as taxas estaduais (11,42/1000NV) e nacionais (13,51/1000NV);
- A razão do número de médicos por 1000 habitante é de 0,72 (2015), indicador menor que a média estadual e nacional respectivamente (1,73/1000 e 1,72/1000 habitantes);
- Já o percentual de médicos no SUS é maior que a taxa estadual e nacional, encontrando-se em 84,85% (2015) do total geral de médicos da

região. Este dado pode estar relacionado ao número de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) de Cooperação Internacional, o qual apresenta indicador de 0,09 médicos a cada 1000 habitantes (2014), superior à média estadual e nacional (0,04 e 0,05 médicos do PMM a cada 1000 habitantes respectivamente), apontando a necessidade de vinculação de profissionais médicos para a atenção primária em saúde nesse território.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal a região apresenta-se fortemente heterogênea. O IDH varia entre 0,73 no município de Ivaiporã; 0,63 em Mato Rico e Cândido de Abreu; e 0,61 em Santa Maria do Oeste. Já o IDH médio do Estado do Paraná é de 0,75, evidenciando, a baixa situação econômica e social da região. Vale destacar, que foi a última região de saúde do Estado a ser instituída, como mencionado, e, portanto, possui processo de municipalização recente, formado em quase sua totalidade por municípios jovens.

Considerada uma das regiões com o menor IDH do Estado, e com dois municípios que menos se desenvolveram nos últimos anos (Cândido de Abreu e Mato Rico), ainda pertence ao seu território, 02 (duas) aldeias indígenas, uma no município de Manoel Ribas e outra no município de Cândido de Abreu.

A porcentagem de utilização de recursos próprios nos serviços de saúde nos município da 22ª RS é de 22,96%, índice acima do limite proposto pela Emenda Constitucional 29 (2000) e basicamente próximo aos valores aplicados pelos demais municípios do Estado e do país.

Quanto aos indicadores assistenciais, a região também apresenta características importantes a serem analisadas:

- A cobertura da APS é de 88,85% da população (2014), indicador que apresenta-se superior a média estadual e federal;
- Apenas 6,05% da população total possui cobertura de Planos de Saúde (2015), média extremamente inferior quando comparada aos 26,6% (ANS/2017) de pessoas com Planos de Saúde no Estado do Paraná e 24,5% (ANS/2017) da população total do país. Indicador que demonstra que a região é dependente de serviços públicos de saúde;

- Apesar da boa cobertura dos serviços de APS, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório a cada 100.000 habitantes no período entre 2011-2013, foi de 224,78, muito superior a taxa estadual (118,10) e federal (173,27). Este fato pode estar relacionado a baixa resolutividade da APS e dos HPP, além de outros determinantes como acesso, renda, e nível social;
- A taxa de internações por doenças do aparelho circulatório evidencia ainda mais a realidade da APS na região por estarem relacionadas a causas sensíveis à atenção básica (ICSAB). O indicador regional apresenta 1.591,33 internações a cada 100.000 habitantes (2014) por doenças do aparelho circulatório. A média estadual é de 856,96/100.000 e a média brasileira de 562,52 internações a cada 100.000 pessoas. Entretanto, esta desproporção pode também estar diretamente vinculada a emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) com códigos de procedimentos (Tabela SIGTAP) relacionados a doenças cardiovasculares, por exemplo, internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), as quais apresentam melhor ressarcimento aos hospitais.
- A taxa de mortalidade por neoplasias malignas entre 2011 e 2013 por 100.000 habitantes também é maior na região de Ivaiporã (120,78) quando comparada ao Estado (118,10) e a Federação (98,47). Novamente, este indicador pode estar relacionado à ineficiência da APS quanto ao diagnóstico precoce, bem como, às populações rurais e periurbanas que sofrem com utilização de agrotóxicos e defensivos agrícolas usados nas lavouras da região.

Os dados apresentados acima colaboram para a melhor compreensão da região do Vale do Ivaí, como uma região distinta no Estado do Paraná quanto aos indicadores sociais e assistenciais, podendo sintetizá-los em três características regionais predominantes:

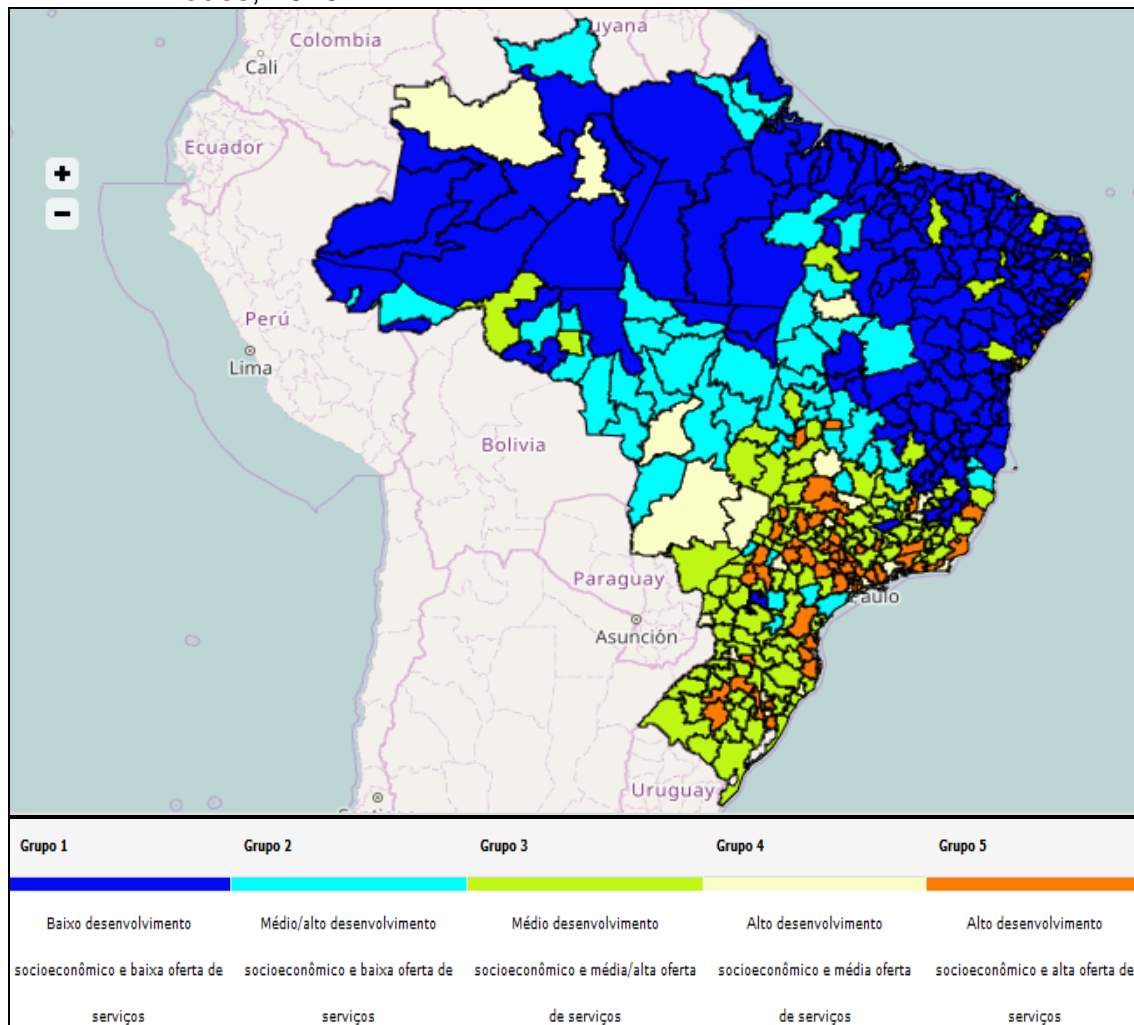
- Região formada por municípios com baixo desenvolvimento econômico;
- Apresenta cobertura de serviços de Atenção Básica e leitos hospitalares adequados; e,

- Possui baixa resolutividade dos serviços públicos de saúde que podem estar determinados e relacionados aos indicadores assistenciais.

A 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã foi a única região classificada como grupo 1 (um) - “Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde”, pelo Grupo Região e Redes, no Estado do Paraná, bem como, em toda a região Sul do país.

No entanto, apresenta indicadores equivalentes e pertence a um grupo composto por outras 175 regiões (40% do total de regiões do país), e a 2.151 municípios (38,60% do total de municípios brasileiros). O grupo 1 (um), regiões com “Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde” compreendem uma população de 45.915.423 habitantes. Isso significa que ao estudar a região de Ivaiporã, propomos também compreender relações que ocorrem em diversos locais do país, como destacado na figura 8.

Figura 8 – Distribuição das regiões por grupos socioeconômicos, Brasil, Regiões e Redes, 2016.



Fonte: Região e Redes (2016).

## 5.2 A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA REGIÃO CENTRO-NORTE DO PARANÁ

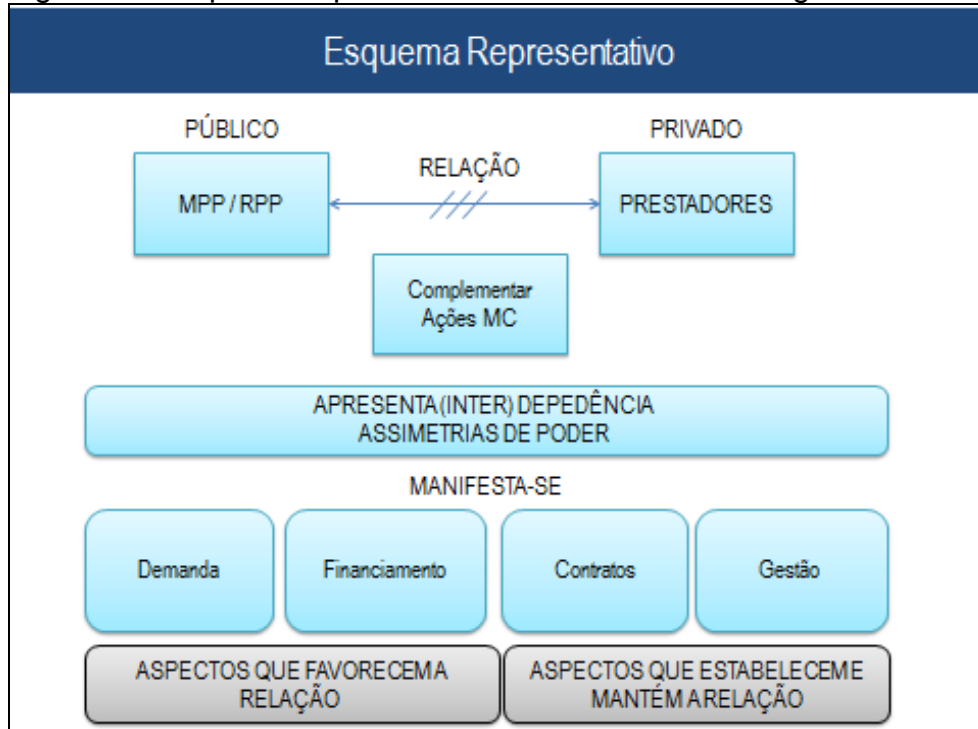
A análise dos resultados das entrevistas possibilitou a construção de quatro categorias de análise, relacionadas à relação público-privado na região estudada. As categorias estão relacionadas aos fatores que favorecem a relação entre o público e o privado na região, e aos que estabelecem e mantêm esta relação (Figura 9).

Dentre os aspectos que favorecem, ou seja, propiciam à relação, pôde-se separá-los em duas categorias de análise, a primeira formada por aspectos relacionados à demanda, e a segunda por aqueles relacionados ao financiamento dos setores.

Entre os aspectos que estabelecem e mantêm a relação entre o público e privado na região estudada, evidenciam-se outras duas categorias, uma formada pelas questões relacionadas aos contratos entre o gestor público e o prestador

privado, e outra organizada pelos aspectos que envolvem a gestão dos serviços e seu planejamento.

Figura 9 – Esquema representativo de análise das categorias.



Fonte: o próprio autor.

### 5.2.1 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Oferta, Demanda e Acesso aos Serviços.

A Lei Federal 8080/90 em seu artigo 7<sup>a</sup> prevê como princípios do Sistema Único de Saúde a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis assistenciais”; e a Integralidade, entendida como “um 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, 1990, p. 3).

Nesta perspectiva, o Brasil implantou um serviço universal de saúde que deve garantir atendimento integral e que não deve estar restrito a um elenco mínimo de serviços, destinado somente às camadas mais empobrecidas da população (BRASIL, 2011a).

Para alcançar tal objetivo foi necessária, desde a implantação do SUS, a descentralização dos serviços de saúde e a ampliação da Atenção Básica em todo o território nacional. A Atenção Básica pode ser definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012c, p. 19).

Entre outras funções definidas para AB, o Decreto 7508/2011 estabelece como um dos seus atributos, a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção, compreendido como a organização e o acompanhamento dos usuários para garantia da integralidade de assistência à saúde.

Segundo Docteur e Oxley (2003) a partir desta lógica é necessária a compreensão da AB como eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante para o sistema.

Contudo, nos últimos anos pode-se perceber, entre outras características, grande investimento do Ministério da Saúde em ações, programas, e serviços de acesso à AB nos municípios brasileiros, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), Programa Mais Médico (PMM), e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), os quais, ao garantir a expansão do acesso aos serviços de saúde, contribuíram para aumentar os diagnósticos e tratamentos dos agravos, ocasionando maior demanda aos serviços de Média Complexidade (MC).

Cecílio (2001, p. 4) conceitua demanda como “um pedido explícito, a tradução de necessidades mais complexas do usuário”, sendo estas necessidades modeladas pela oferta disponível nos serviços de saúde.

Para compreensão da demanda e oferta é necessário a materialização do processo de territorialização, elemento constitutivo da regionalização, entendido pela apropriação das necessidades de saúde locais pelos gestores (BRASIL, 2006a). As ofertas mais tradicionais percebidas pelos usuários à MC são consultas, exames, e medicamentos.

A Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a) relata que a MC é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e

agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Para análise deste contexto na região pesquisada é importante destacar que a média de médicos alocados nos serviços de AB do PMM é maior comparada às médias estaduais e da União, e considerar que a região de Ivaiporã é classificada como região com “*baixa oferta de serviços de saúde*” (REGIÃO E REDES, 2016). Existe, portanto, um vazio assistencial na região, também percebida nas falas dos gestores: “Existe um vazio grande [na região] na questão de serviços especializados” (E1).

Neste contexto os gestores municipais compreendem os serviços existentes para a MC insuficientes em relação à demanda existente, pontuando como um desafio para a gestão sua organização.

Além de não ser suficiente a que existe não é fácil de lidar (E1).

Um dos nossos gargalos, né (E5)!

Não é suficiente, nós deixamos a desejar (E9).

Por outro ponto de vista, não são os serviços que são insuficientes, mas sim as particularidades para sua utilização e entrada. Isto porque dados do CNES (2016) apresentam que a relação de leitos hospitalares da região é igual ou superior a média estabelecida nacionalmente, no entanto, a taxa de ocupação dos leitos disponíveis é baixa, em média, apenas 20% dos leitos gerais (SESA/SIH, 2016), e o acesso à unidade de referência é burocrático.

Às vezes não tem a especialidade necessária naquele momento. Tem dificuldade do paciente entrar na porta de entrada, então são outras particularidades (E9).

Além disso, muitos MPP possuem apenas serviços de AB, os quais fecham no final do turno de trabalho geralmente entre 17 e 19 horas e após esse horário qualquer atendimento, desde o mais básico ao mais complexo, é encaminhado ao prestador privado.

Ai fecha a unidade, nós temos só motorista de plantão, aí se o cara disser que esta ruim, o motorista não tem como avaliar né [...] (E6).

Estudos apontam que o setor privado é majoritariamente o responsável por oferecer procedimentos de MC para o SUS. Dados anteriores apresentam que a

região Sul concentra proporcionalmente o maior número de hospitais privados no Brasil (80,51%), e que mais da metade (63,19%) dos leitos hospitalares do país disponíveis no SUS estão vinculados e credenciados em hospitais particulares (MATOS; POMPEU, 2003).

Dessa forma, o gestor público não tendo capacidade instalada e tecnológica para ofertar serviços de MC necessita utilizar os serviços do privado, seja por meio das pactuações estaduais, seja por meio da compra dos mesmos. Portanto, é assertivo dizer que a relação entre o gestor público e o prestador privado (relação público-privado) desta região é produzida e manifestada para a garantia de serviços de saúde aos usuários na média complexidade. Ou seja, a relação público-privado na região está diretamente relacionada com a demanda e oferta existente para os serviços.

Os gestores públicos acreditam que os serviços disponíveis são insuficientes para a demanda, ao mesmo tempo em que, o prestador privado defende a ideia de complementação da assistência, devido à baixa densidade tecnológica dos municípios.

Nem exames eles não tem, poucos municípios tem capacidade de realizar um Raio-X, um exame de laboratório, um eletro [eletrocardiograma], temos município que mandam os pacientes para fazer um eletro (E7).

[...] [temos] estrutura física, e profissionais especializados para atendê-los, então eles fazem esse contrato por que eles precisam dessas especialidades, e da estrutura para esses atendimentos, por que nem média complexidade eles não conseguem (E7).

A Lei 8080/90 em seu Art. 24 permite a complementação pela compra de serviços privados pelo ente público “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área [...] poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” (Brasil, 1990, p. 9).

Ocorre que, o sistema de saúde brasileiro não se organizou com estrutura pública suficiente para garantir os serviços de MC, e por isso necessitou permanecer com as práticas de compra de serviços privados de saúde de maneira complementar, como também, posteriormente possibilitou a garantia da participação privada suplementar (Lei nº 9.656/98) nos serviços de saúde. Os dois modelos de participação privada no sistema de saúde (complementar e suplementar) influenciou

a formação de atores de interesse, e a criação de um mercado cativo para prestadores de serviços de saúde (BAHIA, 2005; MENICUCCI, 2003), neste contexto formado por prestadores privados.

Segundo Faveret Filho e Oliveira (1989) à medida que o sistema de saúde não possibilitou acesso a todos os setores sociais, a classe média brasileira encontrou e/ou permaneceu (MENICUCCI, 2003) no subsistema privado como alternativa viável para acesso.

Para Pierson (2004) as “vantagens” de uma opção são estimuladas por retornos crescentes (*feedback positivo*), estimulando outros a escolherem a mesma alternativa. Nesta perspectiva, o privado situa-se em oferecer melhores serviços do que o setor público de saúde.

A vantagem é que na nossa região as empresas privadas que são credenciadas, elas oferecem melhor condição na média complexidade do que o público (E7).

Nós tínhamos profissional médico aqui e ele atendia aqui e era plantonista do hospital, e tivemos a recusa uma vez do paciente não, não, não quero, não quero [...] não foi atendido pelo profissional, a noite ele foi para o hospital chegou lá, era o profissional daqui que estava de plantão né, mas lá tudo bem, lá pode ser atendido né [...] (E6).

Percebe-se que o pensamento hegemônico da população revela uma cultura hospitalocêntrica privatista, que foi sendo reforçada por retornos crescentes durante muitas décadas, estimulando a escolha dos indivíduos e modelando comportamentos, ou seja, estimulando os usuários a preferirem a opção pelo serviço privado, principalmente quando o município possibilita esta escolha. Oliveira e Teixeira (1989) destacam que este modelo de saúde privilegia a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento a saúde pública.

Ou seja, os usuários demonstram preferir a assistência médica fornecida por prestadores privados credenciados, que constitui a maneira pela qual os mesmos tem acesso aos serviços privados, uma vez que somente 6,05% da população pesquisada possui cobertura de planos de saúde.

Para além da análise do vazio assistencial e da capacidade instalada, a relação público-privado desta região é observada em diversas ações, sejam por meio da compra e aquisição de medicamentos, insumos, materiais, e equipamentos; ou pela oferta de consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, laboratoriais e de imagem.

Ainda assim, observam-se outras particularidades que promovem e interferem na demanda por MC, entre elas, a atuação de profissionais nas duas esferas de atenção à saúde, pública e privada simultaneamente.

Na região foi observada a solicitação de procedimentos (exames de imagem ou diagnóstico) de MC, realizado por profissional médico que atua no atendimento clínico em Unidades de Saúde e que oferta (vende) este mesmo serviço ao município, ou seja, indica ao usuário procedimento e/ou exame que o mesmo realiza em clínica particular. Ou ainda, atende os pacientes no consultório/clínica particular e encaminha-os para a realização dos exames pelo sistema público.

A gente percebe que não existe uma demanda [específica] de exames. E a partir do momento que ele [clínico] oferta aquele exame na clínica dele, cria essa demanda(E2).

Sem o objetivo de determinar se a solicitação do exame é ou não necessária ao usuário, a conduta deste profissional deve ser, no mínimo, questionada. Paim *et al* (2011), Bahia (2005), Menicucci (2003), entre outros pesquisadores, posicionam-se no consenso que a possibilidade de compra de serviços pelo ente público ao privado possibilitou a formação de interesses individuais e coletivos pelo financiamento público.

Na perspectiva institucional esta ação é mediada pelas próprias instituições que moldam e possibilitam uma arena de condições para este tipo de prática (Pierson, 2004), a qual ainda é influenciada pela “pressão da corporação farmacêutica, tecnológica, profissional e dos próprios pacientes” (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2006, p. 66).

O profissional médico às vezes ele tem a dificuldade de [...] ele não quer um embate com o cidadão, então hoje a facilidade de busca da internet de ações de serviços de saúde, ah eu tô com isso lá, digita lá, é necessário às vezes fazer uma ressonância, ai ele chega aí: Doutor eu vi que é bom uma ressonância! O médico não quer esse embate, né, e vai prescrever [...] (E6).

Na perspectiva racional, os atores maximizam seus objetivos a partir dos benefícios possibilitados por cada esfera (Arthur, 1994 apud PIERSON, 2004), conforme pode-se observar nas falas a seguir.

[...] a forma que esse profissional usa para atender esses pacientes, vinculando particular com SUS, SUS com particular (E2).

A minha opinião é que na região, a fusão dos dois sistemas não é de complementariedade, um não complementa o outro, eu acho que usufruem um do outro (E3).

Neste contexto observa-se uma postura de dualidade do profissional que se beneficia dos dois sistemas dependendo dos objetivos e retornos financeiros dos procedimentos executados ou não em cada um deles. Por exemplo, a venda de procedimentos diagnósticos de MC.

Menicucci (2003) afirma que o desenvolvimento da assistência privada constitui relações complexas e conflitivas entre os diversos segmentos, na medida em que atuam tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados, tornam a arena de saúde um espaço competitivo, complexo e contraditório, ao colocar o mesmo profissional sob formas distintas de inserção na assistência à saúde.

Pesquisas apontam que o encaminhamento para atenção especializada no Brasil encontra-se na média de 12,5% do total dos pacientes atendidos pelos médicos na AB, podendo esse número ser menor ou maior em diferentes localidades (MENDES, 2015). Ou seja, o profissional médico surge neste contexto como um potencial ordenador da MC.

É fundamental, portanto, discutir se os procedimentos de diagnósticos e intervenção medicamentosa são necessários, ou se, na prática, vive-se nos serviços de saúde, o “excesso de rastreamentos e de solicitação de exames complementares e abusos na medicalização de fatores de risco” (NORMAN; TRESSER, 2009, p. 2013).

E ainda, há que se considerar aspectos relacionados à qualidade da anamnese e percepção clínica, fundamentada na formação dos profissionais. Tal constatação foi mencionada pelo gestor municipal, evidenciado pelo excesso de solicitações de exames e encaminhamentos pelo profissional médico do município.

[...] Extremamente o contrario, o que eles [médicos brasileiros e médicos cooperados] pedem de exames e de encaminhamentos! [expressão facial de exagero] [...] (E6).

Quanto à formação médica, Araújo, Miranda e Brasil (2007) afirmam que esta característica pode estar associada ao modelo *flexneriano* de ensino, o qual reduziu o indivíduo a um organismo biológico e gerou uma visão fragmentada do ser humano. As autoras pontuam entre outras particularidades, o preparo dos médicos

para o exercício de suas funções, o alto custo dos serviços de saúde baseado em especializações e à incapacidade de atender às reais demandas da população.

O percentual de médicos especialistas em medicina da família no Brasil ainda é pequeno, atualmente apenas 5% dos serviços de saúde do Brasil possuem médicos titulados em medicina da família e comunidade (LÓPEZ-VALCARCÉL, PÉREZ; VEGAS, 2011). Desta forma, na AB geralmente atuam médicos generalistas e/ou de variadas especialidades. Segundo Norman e Tresser (2009) o médico especialista tende a investigar e eliminar a suspeita do usuário possuir alguma doença de sua especialidade, mesmo que essa não seja o motivo da procura pelo clínico, e conseqüentemente aumentando as demandas para MC.

Fora da dimensão pública e na percepção da dimensão hospitalar o profissional médico é visto pelo administrador do hospital como uma barreira para políticas públicas. Na visão dos administradores hospitalares os médicos não querem se comprometer com a demanda pública e utilizam o serviço público como forma de estabilizar a clientela para o particular.

A partir de certo momento ele [médico] se desliga, então ele tem usado o sistema público para autopromoção, ascensão, se tornar conhecido, se tornar um profissional de respeito, e até atingir esse ponto, [depois] ele deixa o sistema [...] (E3).

Percebe-se também, que ao mesmo tempo em que o prestador hospitalar culpabiliza o médico por não oferecer serviços públicos, há um contrassenso, pois os dois grupos juntos, administradores e profissionais médicos, constituem arranjos fechados de assistência clínica na região e não permitem a entrada de profissionais oriundos de outros locais.

A oferta do serviço público para a população ao meu modo de ver é mínima, e o interesse do profissional liberal [médico] em participar disso é menor ainda [...] eles acabam não se complementando (E4).

Especialmente pra média complexidade, é a falta de profissionais, acredito que a reserva de mercado público por entidades privadas, acabe realizando uma reserva forçada, bloqueando os profissionais de exercerem a finalidade da sua função, que depende de uma estrutura [hospitalar] (E6).

O gestor público denomina o arranjo de um grupo fechado de profissionais privados como prática de “reserva de mercado”. Esse conceito, trazido pelas ciências econômicas, pode ser entendido como “*algum limitador e/ou proteção*” à entrada de outros serviços e profissionais. Isso significa que os prestadores privados

impedem a entrada de outros profissionais na região ao limitarem a sua atuação nos hospitais credenciados, não garantindo internações e continuidades de tratamentos prescritos por estes.

Para os gestores públicos a ausência de oferta nas diferentes especialidades médicas está relacionada ao prestador hospitalar que não permite a entrada de outros profissionais, com objetivo de realizar reserva de mercado, principalmente quando o gestor contrata algum especialista de outro grupo/região, e/ou passa a realizar procedimentos diagnósticos em seu município.

Na contramão dessa discussão, prestadores privados sugerem que a elevada demanda na MC é influenciada pela ineficiência da AB. “Infelizmente para a maioria a condição é ruim” (E7).

É interessante considerar que a cobertura da AB da região é de 88,85% da população (2014), indicador que se apresenta superior à média estadual e federal (REGIÃO E REDES, 2016).

Para o prestador, a atenção primária não é organizada e não cumpre seu papel na ponta do sistema, possibilitando que os serviços de MAC sejam utilizados como portas de entrada.

Para o Ministério da Saúde (MS) a AB foi pensada para ser a porta de entrada preferencial do sistema, porém os procedimentos realizados em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS (BRASIL, 2011d).

Apesar desse resultado, há evidências de que se a AB é efetiva pode ser capaz de absorver e resolver de 87,5% a 91% dos problemas de saúde da população, sem encaminhá-los para outro nível do sistema (MENDES, 2015).

Outro aspecto a ser considerado, é que no pensamento popular o serviço de saúde privado é melhor avaliado que o público, conclusão possivelmente baseada nas experiências realizadas pelos usuários, a partir da significação do uso de tecnologias duras. Segundo Carvalho *et al* (2017) existe uma busca por tecnologias duras pelo usuário, por não estar adaptado a tecnologias leves-duras proporcionada pela AB. Há ainda, uma interpretação seletiva da população sobre AB como um programa destinado a populações e regiões pobres, que oferece tecnologias simples e de baixo custo e é possibilitada por profissionais de baixa qualidade.

Baseado nestas informações deduz-se que a demanda aos serviços de MC é implicada por diversas características, que vão desde a oferta e expansão da AB;

formação médica; influência e pressão da indústria farmacêutica e tecnológica; preferências e escolhas moldadas pelo comportamento coletivo; benefícios e interesses produzidos pelas relações de mercado; excesso de intervenção clínica e rastreamentos; quanto ao processo de descentralização e organização dos serviços de saúde desta região; entre outros aspectos relacionados à relação público-privada no SUS.

Neste contexto, pode-se interrogar por que no Brasil, não ocorreu conjuntamente à ampliação dos serviços de AB, a expansão na rede pública da MC? Uma hipótese para este questionamento é que a AB tem menor poder de compra sobre o sistema privado quando comparada à MC; a segunda, é que a expansão da MC estaria na contramão dos interesses de organismos multilaterais no Brasil, como o Banco Mundial, uma vez que, para Rizzotto e Campos (2016) esta instituição incentiva a participação privada nos serviços de saúde, principalmente nos governos subnacionais.

Tal questionamento ajuda-nos a compreender a real situação de dependência do ente público municipal ao prestador privado na região e suas teias de particularidades.

#### 5.2.2 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Financiamento.

A Norma Operacional Básica – NOB 01/93 criou as categorias de gestão nos Estados: Parcial e Semi-Plena; e nos Municípios: Incipiente, Parcial e Semi-Plena, mediante a capacidade gestora de cada ente, possibilitando, a partir do Decreto nº 1.232 de 30 de Agosto de 1994, que estabeleceu as condições para os repasses automáticos dos recursos do SUS, o início de transferência de recursos via Fundo Municipal de Saúde para municípios habilitados em gestão Semi-Plena (BRASIL, 2011e).

Três anos mais tarde a NOB 96 alterou as categorias de gestão, Estaduais, para Gestão Avançada e Gestão Plena; e, as categorias Municipais, para Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema (BRASIL, 1996).

O município sob **Gestão Plena da Atenção Básica** responderia pela gestão e execução da Atenção Básica, ações de vigilância epidemiológica e sanitária e autorizaria procedimentos e internações hospitalares; **Município Gestão Plena do Sistema** é o que assumiu a gestão de todas as ações e serviços de saúde, bem

como a gestão financeira de todos os serviços vinculados ao SUS (CARVALHO *et al*, 2017).

A NOB 96 também reformulou o financiamento de ações municipais com a criação do PAB – Piso da Atenção Básica. Até sua implementação em 1998, os procedimentos realizados pela atenção básica municipal eram pagos por produção, utilizando como base a tabela de procedimentos do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), a mesma adotada com o setor privado. Com o PAB várias ações passaram a serem financiadas com base em um valor per capita por estrato populacional, considerado PAB Fixo (BRASIL, 2011a).

Nos anos 2000, as normas operacionais de assistência à saúde (NOAS) 2001 e 2002, impulsionaram a regionalização e criação do Pacto pela Saúde (2006b), o qual trouxe como proposta substituir a tipologia de normatização da gestão, oriundas da NOB 93 e 96, para a lógica da habilitação, adesão e compromissos de gestão (DOBASHI, 2005). Ocorre que a tipologia de gestão apontada pela NOB 96 para o ente municipal se manteve de maneira informal e assim, ainda hoje, os municípios se intitulam sobre duas categorias:

- **Município de Gestão Ampliada:** responsável por todo o Sistema Municipal de Saúde, da Atenção Primária à Alta Complexidade, e, portanto, recebe diretamente no Fundo Municipal de Saúde (FMS) a transferência de recursos federais, incluindo os recursos MAC (Média e Alta Complexidade). Realiza contrato direto com prestador e geralmente é a opção de gestão de municípios maiores e sedes de regiões e/ou macrorregiões de saúde;
- **Município de Gestão Básica:** em tese são municípios que recebem no FMS transferências de recursos para as ações de Atenção Básica, mas, não por isso, deixa de ser corresponsável com os outros níveis do sistema. Os recursos específicos do bloco MAC desses municípios são transferidos para o Estado, ou para outro município (em gestão ampliada), geralmente de sua região ou macrorregião de saúde. O Estado, a partir de definição do teto físico-financeiro, realiza contrato com o próprio município (para Hospitais Municipais, por exemplo) e com prestadores privados. Já o município em Gestão Ampliada, referência para o primeiro, passa a ser o responsável pelas pactuações de serviços de alta complexidade, como: cirurgia cardíaca, oncologia, cirurgia torácica, e outros que tenha condição de ofertar.

O financiamento do SUS, mediante a Constituição, é compartilhado entre as três esferas de gestão. Dados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2011) informam que a maior parte dos recursos (56,5%) são originários dos entes subnacionais, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2011f).

Nesta perspectiva, reconhecendo a demanda existente para as ações e serviços de média complexidade, o financiamento realizado pelo ente Federal aos serviços de MC é insuficiente, submetendo o município sob “gestão básica” (categoria de gestão dos municípios da região pesquisada) a financiar e aplicar recursos financeiros na MC.

Os procedimentos de MAC são financiados com recursos do teto MAC e também pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), definidos a partir da tabela do SIA e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (BRASIL, 2011a).

No entanto, estes municípios não recebem o financiamento do bloco MAC e por esta razão utilizam os recursos de Fonte Livre para custear as ações de Média Complexidade.

Na realidade o recurso específico de média complexidade é livre [fonte], não tem o que fazer né [...] não existe nenhum recurso vinculado que a gente possa utilizar pra custear média (E6).

Normalmente e infelizmente Fonte Livre (E8).

Recurso Próprio. Não tem de onde tirar (E9).

De acordo com o Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional (2014) “fonte” pode ser entendida como um mecanismo integrador entre a receita e a despesa, tendo a finalidade de indicar a destinação de um recurso e/ou identificar a origem do mesmo.

Na fonte livre os recursos destinados a ações e serviços de saúde não são engessados em uma atividade específica da saúde, diferente como eram as fontes vinculadas aos seis blocos de financiamento do MS definidos pela Portaria MS/GM nº 204/2007 (Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, MAC, Vigilância, Investimentos e Gestão) os quais apresentavam recursos específicos para o custeio de ações e serviços de cada nível de atenção. Eram, porque a Portaria MS/GM nº 3992 de 29/12/17 alterou os seis blocos anteriores para apenas dois (custeio e

capital), e com isso aumentou a possibilidade da gestão interferir na alocação de recursos específicos para cada nível.

A fonte livre corresponde ao recurso financeiro proveniente da arrecadação dos impostos, que o município deve investir na saúde, definidos pela EC 29/2000 e Lei Complementar – LC 141/2012, em no mínimo 15% do total de impostos anualmente arrecadados pelo município. No entanto, os municípios da região pesquisada investem 22,96% em média, valor acima do previsto em lei.

Para o cálculo do recurso disponível em fonte livre, leva-se em consideração o total de receita de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI); receitas de transferências da União (FPM, ITR, LC 87/96); imposto de renda retido na fonte (IRRF); transferência do Estado (ICMS, IPVA, IPI – Exportação); e outras receitas correntes (Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária) (BRASIL, 2011c).

Assim, o município que possui maior arrecadação de impostos, ou benefícios de *royalties*, são aqueles que irão conseqüentemente ter mais recursos disponíveis em fonte livre, o que não é o caso dos municípios da região pesquisada. Esta região possui baixo crescimento econômico (REGIÃO E REDES, 2016), e, portanto, baixa arrecadação.

Trevisan e Junqueira (2007) relatam que mais da metade dos municípios de pequeno porte não possuem arrecadação suficiente para manter o executivo e o legislativo local, quanto mais operacionalizar ações e serviços de saúde trazidos pelo processo de municipalização.

O município utiliza a fonte de recurso livre para custear a média complexidade, seja no financiamento de serviços locais, ambulatoriais e hospitais de pequeno porte (HPP) municipais, seja a partir dos contratos com prestadores privados individualmente e/ou de maneira consorciada, e assim, deixa de investir recursos próprios na AB.

Eu vejo que o nosso hospital municipal custa em torno de R\$ 420.000,00 por mês, se esses R\$ 420.000,00 por mês fossem investidos na Atenção Básica, o quanto nós estaríamos na frente, o quanto nós estaríamos evoluídos, o quanto as equipes estariam fortalecidas (E1).

Pois é, e você arrocha a Atenção Básica (E1).

Os HPPs apresentam elevada participação no sistema de saúde brasileiro, totalizando em torno de 62% dos estabelecimentos hospitalares. Estão inseridos principalmente em municípios com menos de 30.000 habitantes, com a predominância de unidades públicas. Apesar de ser considerada peça estratégica para a formação de redes de atenção em regiões formadas por MPP, os HPPs não possuem, por vezes, papel definido na rede assistencial, apresentam capacidade instalada completamente ociosa, com sobreposição da produção de ações desenvolvidas na AB, e baixa taxa de ocupação, próxima a apenas 32% dos leitos disponíveis (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Os municípios, portanto, pelo fato de terem assumido o compromisso com a “gestão básica” do sistema, acabam custeando, com recursos próprios (livres), a média complexidade, incluindo os HPPs, e mantendo os outros serviços, especialmente a AB, majoritariamente com as transferências federais.

Como consequência, isso gera um ciclo, onde a fragilidade da AB aumenta a demanda para a MC. Com alta demanda de exames e procedimentos diagnósticos, o município utiliza os recursos financeiros próprios para a realização destes procedimentos, minimizando e precarizando os serviços na AB, e assim, contribui novamente para o crescimento da demanda. Neste contexto, a AB sofre como consequência, a disponibilização de serviços mínimos ou insuficientes para toda a complexa rede que sustenta.

Pimenta (2005) afirma que a maioria dos municípios do país são considerados de pequeno porte, e esses municípios não possuem recursos financeiros e tecnológicos para custear e oferecer serviços de média complexidade. Ainda assim, a prática por financiamento da MC pelo ente municipal, principalmente do município de pequeno porte, é antiga, e justificada na necessidade do município agir perante as cobranças da população.

Então o município acabava assumindo a cobrança ali para conseguir resolver o problema do paciente, porque o paciente vai à porta do gestor, ele não vai à porta do governador e nem do Secretário de Estado (E9).

A discussão sobre as responsabilidades de cada ente também são colocadas em pauta na perspectiva do financiamento da MC. Isto porque a Constituição Federal (1988) em seu artigo 198 diz que as ações e serviços de saúde integram

uma rede hierarquizada e regionalizada, organizada em níveis de capacidade resolutive.

Os instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde (Leis Orgânicas da Saúde, NOB 93, NOB 96, Pacto pela Saúde 2006, e Decreto 7508/2011) também definiram responsabilidades de cada ente no processo de integralidade da assistência, para a descentralização e regionalização das ações de saúde, com o objetivo de unir esforços principalmente entre os entes municipais de uma mesma região.

No entanto, para que a regionalização e a governança dos serviços se apliquem nas diferentes regiões de saúde do Brasil, cada ente necessita desenvolver suas responsabilidades perante o sistema. Ou seja, a regionalização deverá fazer-se segundo o princípio da responsabilização inequívoca. O que significa definir e operar as responsabilidades dos entes federativos de forma que minimizem os conflitos de competência, traduzindo um espaço de construção democrática ao alcance de uma regionalização cooperativa (PESTANA; MENDES, 2004).

Ocorre que o federalismo no Brasil é centrado no governo federal e se estrutura em seu financiamento, uma vez que a União realiza transferência de recursos aos entes subnacionais, mediante a definição de ações e verticalização de programas, e como consequência diminui a autonomia dos entes federados, aumentando sua interdependência organizativa (SANTOS, 2012).

Silva (2016) colabora com esta discussão destacando que os municípios, principalmente os de pequeno porte, financiam serviços e ações de saúde que vão além da Atenção Básica.

Diante desses aspectos, o ente municipal solicita a reorganização das responsabilidades por esfera de gestão, pois os gastos em MC ultrapassam o financiamento de especialidades, exames e procedimentos hospitalares, abrangendo também, medicamentos não inclusos na relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) e na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME), insumos, equipamentos, e fórmulas dietéticas, geralmente provenientes de judicialização.

O Ministério Público vem pra mim com um remédio, vai dar no fim do tratamento mais de 600 mil reais pro meu município, e isso era experimental, era experimental não era nada definido que isso resolvia a questão [...] simplesmente paguei (E8).

A judicialização da saúde no Brasil apresenta-se pela lógica que o direito à saúde é ilimitado, implicando ao poder público fornecer todo e qualquer medicamento ao cidadão. Os efeitos desse fenômeno comprometem partes significativas do orçamento público, e comporta-se de maneira perversa, principalmente nos MPP, nos quais o impacto no orçamento é devastador, e em diversos casos, a situação se agrava, podendo haver ordem de prisão ao gestor de saúde (FLEURY; FARIA, 2014). Este fato acarreta o uso de expressiva parcela dos recursos fonte livre em serviços de MC, via ordem judicial.

Dados da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2014 do Ministério da Saúde apontam que 42,4% da receita total prevista para os blocos de atenção à saúde foram aplicados na MAC (BRASIL, 2013c). No entanto, a disposição de recursos, equipamentos e tecnologias em saúde não são homogêneas nas regiões brasileiras, o que acarreta grandes desigualdades regionais ao acesso.

De acordo com dados do SIOPS (2014) em relação ao percentual de gastos anuais em MC (por exemplo, compra de consultas especializadas, procedimentos hospitalares diagnósticos, clínicos, cirúrgicos, laboratoriais, de imagem, entre outros) informados pelos municípios da 22ª RS, constata-se em média o percentual de gastos entre 45 a 80% da receita anual em serviços de assistência hospitalar e ambulatorial, correspondentes no sistema aos gastos com MC (Tabela 6).

Tabela 6 – Percentual de gastos anuais com Média Complexidade, municípios 22ªRS, 2014.

<b>Município</b>	<b>Assistência Hospitalar e Ambulatorial</b>
Cândido de Abreu	63,89%
Ivaiporã	81,65%
Manoel Ribas	44,78%
São João do Ivaí	77,68%

Fonte: SIOPS/2014

Isso significa que além de baixa arrecadação, restam apenas para alguns municípios cerca de 30% do total de recursos, para todas as outras ações de saúde do território. A baixa arrecadação dos MPP estimula a articulação de diferentes estratégias de gestão financeira. Uma delas, a depender do contrato com o prestador (exclusivo / não exclusivo) são as inadimplências com prestadores privados, as quais acarretam o cancelamento da oferta de determinado serviço até que o pagamento seja efetuado.

Nem sempre você consegue fazer aquele pagamento conforme aquele prestador gostaria, mensal, então, às vezes, acumula um pouco [...] porque às vezes vai aparecendo outras prioridades, outras urgências no serviço e a gente tem que socorrer outras urgências, por que a gente não tem outro recurso para essa demanda de alta e média complexidade (E2).

O gestor quando questionado sobre a priorização de pagamentos, atribui os gastos com média complexidade como não prioritários, se naquela ocasião tenha uma despesa considerada mais “urgente” e, portanto, estes procedimentos de MC deixam de ser oferecidos, ou são oferecidos por intermédio de outro prestador credenciado adimplente, ou por aquele prestador que aceite a situação do atraso no pagamento. A impossibilidade de oferta incidirá diretamente na demanda existente.

A relação entre o município inadimplente e o prestador privado provocará focos de tensão e a possibilidade eminente de encerramento do serviço, ou a redução de sua oferta, marcado por excessivas cobranças e desgaste do gestor público.

Essa tensão pela qual passam alguns gestores da região faz com que fiquem tentados a utilizarem os recursos transferidos do Ministério da Saúde ao custeio da atenção básica e da vigilância, para outras áreas, especialmente a MC.

Mas eu não consigo conceber hoje eu ter mais de 200 mil reais na conta do NASF e Vigilância e eu não poder utilizar em alguns serviços [...] a gente deveria poder usar em manejo, para ele não ficar em conta [...] (E6).

Neste sentido, observa-se que a AB se apresenta como uma política preterida pelos gestores, mesmo com fortes evidências que seu fortalecimento diminua a demanda por serviços de MC. Outro fator que pode contribuir negativamente para esta questão é a anulação da Portaria MS/GM nº 204/2007, que mantinha recursos específicos e intrasferíveis da União ao bloco da AB dos municípios.

Assim, questiona-se, como a gestão municipal se comportará a partir da nova Portaria MS/GM nº 3992 de 29 de Dezembro de 2017, que aprovou a redução para apenas dois blocos de financiamento. Por um lado, permitindo liberdade ao gestor público sobre o orçamento em saúde, mas por outro, podendo interferir diretamente na garantia que os mesmos manterão serviços prioritários, como a AB.

Até porque estas mudanças ocorrem em um cenário preocupante, conjuntamente à publicação da EC 95/2016(PEC 55/241) ou emenda do teto de gastos públicos, que congela ou limita por 20 anos os investimentos públicos,

incluindo os de saúde, e ainda, alterações importantes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definida pela Portaria MS/GM nº 2436/2017, que entre outros, tende a reforçar o modelo médico assistencialista.

Portanto, como mencionado, os recursos utilizados, atualmente para arcar com as ações e serviços na MC na região analisada são provenientes da arrecadação de impostos municipais, e utilizados como fonte livre, uma vez que esses municípios não recebem transferências da União para este fim. Nesta perspectiva o gestor municipal acredita que a nova modalidade dos blocos de financiamento do Ministério da Saúde, em capital e custeio, pode ser uma saída para o pagamento desses serviços e alternativa ao engessamento de outros recursos federais.

Mendes (2017) em entrevista a FIOCRUZ menciona que a formação de dois únicos blocos de financiamento (capital e custeio) pode representar um grande problema para o financiamento dos serviços de atenção básica e vigilância em saúde, áreas com menor visibilidade da população, e aumentar o destino de recursos para as áreas de média e alta complexidade, que funcionam com forte presença do setor privado, os quais exercerão maior pressão junto aos gestores locais por mais recursos.

O financiamento da MC pelo ente municipal reforça (*feedback positivo*) a trajetória inicial da política de saúde que, ao ser reorganizada por meio da Lei 8080/90, não propôs mudanças significativas no modelo hegemônico de compra de serviços hospitalares das décadas anteriores, e apresentou poucas alterações no financiamento dos serviços.

Observam-se também poucos esforços para que os municípios ofereçam serviços compartilhados, caracterizados pelos conceitos de “financiamento solidário”, “cooperação” e “co-gestão” (BRASIL, 2006a), na perspectiva de traçar o planejamento orçamentário regionalmente para a oferta de determinado serviço comum à população, elementos que se colocados em prática fortaleceriam o processo de descentralização e regionalização do sistema.

Trevisan e Junqueira (2007, p. 875) enfatizam que a descentralização das ações de saúde ocorridas no Brasil impulsionadas pelas NOB 93 e 96 apresenta “irreconciliáveis discordâncias”. Pestana e Mendes (2004) por sua vez, definem a descentralizações dos serviços de saúde no país, como “municipalização

autárquica”, no que diz respeito ao radicalismo do processo, ocorrida de maneira rápida e sem critérios estabelecidos, mantendo o financiamento dos serviços de saúde pela premissa do “SUS universal, mas do Estado mínimo”.

Estes conceitos colaboram com a ideia da “universalização incompleta” defendida por Menicucci (2003), uma vez que, a política proposta pelo SUS não caminhou com o financiamento necessário às demandas populacionais, ou seja, o subfinanciamento do sistema de saúde no país estimulou a formação de grupos de medicina privada, como alternativa ao modelo de provisão de recursos públicos, fortalecendo principalmente, o sistema privado suplementar.

No entanto, enquanto a média de uso de Planos privados no Brasil gira em torno de 30% da população total, este número é bem menor na população pesquisada e não ultrapassa 7% dos residentes (REGIÃO E REDES, 2016).

Ou seja, a região estudada é majoritariamente SUS dependente, os municípios não recebem transferência do bloco MAC diretamente em seus Fundos Municipais, e necessitam arcar com o financiamento da média complexidade, a partir de recursos fonte livre para garantir a integralidade da assistência aos usuários, mantendo unidades próprias, e/ou por meio da compra de serviços diretamente do setor privado complementar.

No modelo proposto por Pierson (2004) e Menicucci (2003), a dependência da trajetória pode ser destacada neste contexto, pois as políticas anteriores ao distribuir recursos, uma vez possibilitados pela complementação dos serviços de saúde, incentivou a formação de atores e grupos de interesse sobre o financiamento público, e assim, à criação de grupos políticos, que se mobilizam, alteram e participam das arenas de decisão, e dos rumos das políticas de saúde.

Como exemplo, atualmente, um desses grupos formam a “Bancada da Saúde no Congresso Nacional”. Os atores que fazem parte desta bancada possuem interesses contraditórios, por vezes, prevalecendo o peso das instituições privadas e filantrópicas, quando comparadas a garantia sobre o financiamento dos serviços públicos (STEVANIN, 2015).

As consequências das deliberações da bancada são sentidas e observadas na conjuntura micro regional dos serviços de saúde, e influenciam os investimentos de MC nas regiões de saúde, bem como na região estudada. Além disso, os resultados encontrados da relação público-privado nesta região também são reflexos

das políticas públicas anteriores de descentralização, municipalização desordenada e autárquica, e da hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista no Brasil.

### 5.2.3 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Contratos

Na ciência política “o contrato” é debatido por grandes filósofos jusnaturalistas como Hobbes e Locke, cada qual com sua contribuição sobre a construção do Estado por meio do “contrato” que os cidadãos assumem para a vida em sociedade (POMPEU, 2004).

Na legislação brasileira, qualquer ajuste entre os gestores públicos e particulares devem ser regulados por contrato, definido como “um arranjo formalizado entre as partes, no qual se estabelecem direitos e obrigações que deverão ser cumpridos sob pena de quebra da relação”. Do ponto de vista administrativo, o contrato é “a manifestação da expressão da vontade da administração pública na sua relação com outras entidades públicas e privadas” (POMPEU, 2004, p19).

A Portaria MS/GM nº 1034/2010 permite por meio de contratos administrativos, convênios, e contratos de gestão, a participação complementar do setor privado nos serviços públicos de saúde sempre que houver necessidade comprovada desta cooperação, e impossibilidade de ampliação dos serviços próprios (BRASIL, 2010b).

O contrato administrativo tem as seguintes características: é consensual, expressa um acordo de vontades entre as partes; é formal, se expressa de forma escrita e contempla requisitos especiais; é oneroso, pois deve ser remunerado sob a forma com que foi pactuado; é comutativo, porque estabelece vantagens recíprocas (BRASIL, 2011f).

Até 1992, os contratos firmados entre o prestador e o poder público eram regidos e administrados pelo INAMPS. A partir da extinção desse órgão em 1993, o controle da rede privada credenciada passou a ser de responsabilidade dos gestores públicos de saúde, mediante a lógica de habilitação das categorias de gestão (POMPEU, 2004).

Os municípios brasileiros foram habilitados, na NOB 01/96, sob duas formas principais de gestão: Gestão Plena do Sistema, e Gestão Plena da Atenção Básica.

O município sob Gestão Plena do Sistema é o responsável pela contratação e controle dos serviços de MAC de seu território, com isso recebe transferência via fundo a fundo diretamente da União ao bloco de financiamento de MAC. Os municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica por sua vez, não recebem transferência do bloco MAC para este fim, por isso a contratualização dos serviços em relação ao seu teto é realizada pelo ente Estadual e/ou pelo município sob Gestão Plena de sua região de saúde.

Nesta perspectiva, os municípios da região analisada estão vinculados à categoria de Gestores Plenos da Atenção Básica, ou seja, de acordo com o teto MAC desta região, o Estado (nível central) contratualiza diretamente os serviços privados e distribui per capita as cotas de cada município. Os serviços que a região não oferece dentro da média e alta complexidade são pactuados com as referências em municípios Plenos do Sistema.

O contrato entre o Estado e os prestadores privados é baseado no teto físico e financeiro daquela região, ou seja, definidos por meio da quantidade de serviços pactuados e dos recursos financeiros destinados ao financiamento de MAC, sob a responsabilidade dos Estados (BRASIL, 2005). Este teto é subdividido entre os municípios de gestão da AB daquela região.

Cabe, portanto, ao município alocar “suas cotas” nos prestadores disponíveis de acordo com a necessidade de gestão. A alocação de cotas para a programação ambulatorial é realizada pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO), instrumento que visa consolidar os procedimentos contratados e seu respectivo quantitativo e valor, registrando o montante físico e financeiro acordado para cada procedimento (BRASIL, 2011a).

Basicamente para o custeio dos serviços hospitalares são transferidos os recursos financeiros pactuados através do teto ambulatorial, informados pelo SIA; e os recursos vinculados ao teto hospitalar informado pelo SIH.

Os procedimentos médico-hospitalares são ressarcidos ao prestador mediante a apresentação e preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) documento emitido após análise do laudo de solicitação de internação, utilizado para o pagamento de valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares, no qual estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria

disponibilizada. Todos os valores referentes aos procedimentos pelo SUS são estabelecidos segundo a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, disponíveis no sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos no SUS – SIGTAP (BRASIL, 2011a).

No entanto, como já apresentado na sessão anterior, a oferta disponível em MC contratualizada pelo Estado é comprovada como insuficiente pelos municípios da região. Como a possibilidade de elevar o teto de média complexidade com o ente Estadual é remota, o gestor municipal necessita contratualizar com recursos próprios outros serviços (público-privados), e/ou complementar o contrato com as mesmas instituições que o Estado já possui estabelecido.

Já que, o universo de contratos realizados pelo ente municipal com fornecedores e prestadores privados é extremamente diverso, esta análise focará nos contratos estabelecidos com prestadores hospitalares e os da rede consorciada da região.

Os contratos estabelecidos entre o gestor municipal e prestadores particulares são regidos pela Lei 8666/93 ou Lei da Licitação, como estabelece o artigo 37 da Constituição Federal.

A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 1993c, p.1).

Foram observadas na região pesquisada diversas modalidades de licitação para o estabelecimento de contratos entre a gestão pública e fornecedores. No entanto, a modalidade mais utilizada para contrato com os prestadores de serviços é o credenciamento por inexigibilidade.

Este ano a gente está fazendo chamamento público né, para o **credenciamento** dos profissionais até pra não ficarmos [dependentes] exclusivos de uma instituição [...] (E6).

Na teoria, a opção do credenciamento por inexigibilidade, é uma modalidade de exceção à regra das licitações, mas regida pela Lei 8666/93, baseada no artigo 25, p.20 “é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição”. Inexigibilidade no sentido literal do texto é aquilo que deixa de ser exigível, em

outras palavras, prática utilizada quando há inviabilidade de competição ou falta da necessidade de licitação (BRASIL, 2011f).

Guimarães (2011) afirma que a modalidade de dispensa de licitação por inexigibilidade é quando a gestão pública realiza chamamento público aos prestadores de serviços de saúde, dispondo-se a contratar todos os interessados, a partir de um preço previamente definido que preencham os requisitos exigidos, e por isso não haverá competição entre os interessados. Esse método de inexigibilidade para a contratação de todos os interessados é o que se denomina de credenciamento.

O credenciamento passa a ser uma opção menos burocrática à gestão municipal, podendo o gestor utilizar ou não dos serviços credenciados, a depender de sua necessidade e da disponibilidade de recurso financeiro. Sob outro ponto de vista, esta prática pode estar atrelada a direcionamentos políticos e interesses, a exemplo o pagamento de um único prestador, favorecendo a prática clientelista. Como pontuado anteriormente, o preço dos procedimentos a serem credenciados devem ser realizados pela administração pública e não é permitido que os prestadores o determinem. Porém, na região, nota-se o contrário.

Já existe um posicionamento jurídico sobre a realização de contratos com prestadores privados pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE/PR) e Tribunal de Contas da União (TCU) (GUIMARÃES, 2011). No entanto, observa-se que ainda não existe um alinhamento desse assunto em outras instâncias. Um exemplo é a conduta adotada pelo Tribunal Regional do Trabalho - PR (9ª Região), o qual, segundo gestores, questiona a prática de contratos para serviços médicos e assistenciais pelos municípios, alegando que os mesmos deveriam, a partir do planejamento e reconhecimento de sua necessidade, inserir estes profissionais e serviços dentro da estrutura municipal, por meio de concurso público por exemplo.

Os municípios, por sua vez, utilizam a justificativa dos serviços em saúde serem essenciais e passíveis de contratação direta por credenciamento, no entanto, o contrato pode sugerir direcionamento implícito.

Aí você pode licitar e só vai entrar no orçamento aquilo que efetivamente você gastar. Então hoje você pode fazer uma licitação ampla [...] e se ele [o gestor] tiver a necessidade de usar ele tem (E3).

Outra questão importante a ser destacada neste contexto são os valores dos contratos, como o mesmo prestador. O prestador privado credenciado realiza contrato com o ente Estadual por meio da tabela SUS, já o contrato com o ente municipal é realizada pelo preço de mercado.

Ele se beneficia porque ele tem o poder de colocar o valor que ele quer em um determinado exame, por que ele não tem muita concorrência, se tivesse, por exemplo, 10, 15 clínicas, com certeza, a gente teria condições de negociar melhor, mas como às vezes, a gente tem um único ou dois, a gente fica na mão desses prestadores. Então ele consegue colocar o valor que ele quer, se ele quiser aumentar o valor ele vai aumentar (E2).

Mesmo os contratos estabelecidos pelo Consórcio de Saúde junto aos prestadores não obedecem ao preço definido pela tabela SUS. Os consórcios públicos de saúde são ferramentas que contribuem para a governança regional e auxiliam no processo de regionalização. No entanto, este processo ainda encontra-se incipiente nesta região de saúde. Gestores públicos não conseguem baratear o valor de alguns procedimentos, mesmo com a compra coletiva dos mesmos, porque nem todos utilizam o CIS como primeira escolha.

Segundo Matos e Pompeu (2003) em situações de monopólio (mercado que apresenta apenas um comprador) ou oligopólio (mercado que possui poucos compradores) é o comprador quem impõe as regras aos vendedores, porém, no sistema de saúde observa-se o contrário. Significa dizer que não é a ausência da concorrência que legitima o poder ao prestador de definir o que vender e a que custo vender, e sim, a rentabilidade dos procedimentos e a lógica de mercado. A fala do gestor evidencia a prática do prestador em disponibilizar no contrato os procedimentos que acredita serem mais rentáveis “[...] eu não pactuo minha necessidade. Eu pactuo minha disponibilidade. Nós trabalhamos com aquilo que tem disponível. E o que tem disponível para o público” (E1).

Campos (2008) afirma que o sistema de compras de serviços tem preços arbitrários, pois os prestadores privados tendem a selecionar casos e procedimentos rentáveis, recusando outros com menor lucratividade.

A tabela abaixo apresenta a comparação de preços entre os contratos existentes na região. Observa-se grande discrepância entre os valores praticados pelo mesmo prestador privado aos diferentes “compradores” na região estudada. Chama atenção o fato de um mesmo procedimento estar mais barato no contrato

com o município quando comparado com o preço disponibilizado pela tabela do Consórcio, que em tese por ter mais poder de compra minimizaria o preço unitário.

Tabela 7 – Relação de procedimentos de Média Complexidade e valores correspondentes para tabela SUS, prestador privado e tabela do CIS – 22ªRS - Ivaiporã/2016.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO SIG TAP</b>	<b>TABELA SUS</b>	<b>PRESTADOR PRIVADO</b>	<b>TABELA CIS</b>
<b>ELETROCARDIOGRAMA</b>	02.11.02.003-6	R\$ 5,15	R\$ 55,00	R\$ 30,00
<b>ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)</b>	02.11.05.005-9	R\$ 25,00	R\$ 72,00	R\$ 180,00
<b>MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H (3 CANAIS)</b>	02.11.02.004-4	R\$ 30,00	R\$ 180,00	R\$ 100,00
<b>MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL</b>	02.11.02.005-2	R\$ 10,07	R\$ 135,00	R\$ 180,00
<b>RETOSSIGMOIDOSCOPIA</b>	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 166,60	R\$ 120,00
<b>TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO</b>	02.11.02.006-0	R\$ 30,00	R\$ 180,00	R\$ 180,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME SUPERIOR</b>	02.05.02.003-8	R\$ 24,20	R\$ 90,00	R\$ 60,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME TOTAL</b>	02.05.02.004-6	R\$ 37,95	R\$ 108,00	R\$ 80,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA ARTICULAÇÃO</b>	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	R\$ 90,00	R\$ 85,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL</b>	02.05.02.007-0	R\$ 24,20	R\$ 108,00	R\$ 85,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE</b>	02.05.02.012-7	R\$ 24,20	R\$ 99,00	R\$ 130,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA MAMA BILATERAL</b>	02.05.02.009-7	R\$ 24,20	R\$ 90,00	R\$ 85,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)</b>	02.05.02.016-0	R\$ 24,20	R\$ 90,00	R\$ 60,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS</b>	02.05.02.005-4	R\$ 24,20	R\$ 81,00	R\$ 80,00
<b>ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL</b>	02.05.02.018-6	R\$ 24,20	R\$ 90,00	R\$ 70,00
<b>UROGRAFIA VENOSA</b>	02.04.05.018-9	R\$ 57,40	R\$ 150,00	R\$ 100,00

Fonte: SIGTAP/SMS/CIS

Na região são os prestadores privados que impõe as regras do jogo, pois a condução das políticas que envolvem este tipo de assistência possibilitou todo aparato necessário para que na atualidade essas práticas aconteçam. Para os defensores da corrente institucionalista (PIERSON, 2004; NORTH, 1991) as assimetrias de poder estão presentes nas relações entre instituições públicas e privadas e conseqüentemente moldarão os comportamentos dos atores sociais e políticos envolvidos nesta relação. Essas assimetrias fortalecem (*feedback* positivo) as políticas anteriores reduzindo as possibilidades de mudança da trajetória. Dessa forma cada ator social (gestor, prestador, profissional) se posicionará de acordo com o local que ocupa (público ou privado), a partir das concepções e interesses da instituição que representa.

Neste sentido, mesmo sendo o Consórcio de Saúde uma estratégia para compra de procedimentos na MC, o município realiza contratos diretos, os chamados “*contratos paralelos ou contratinhos*” com os prestadores privados, principalmente os hospitalares.

Eu não sei por que é conveniente fazer isso [...] não consigo entender porque as pessoas tomam essa medida unilateral enquanto que se fizer de forma coletiva todo mundo sai ganhando e fortalece o nosso consórcio (E5).

Porque esse contratinho que mata a gente, eu sou secretário, nós não podemos deixar ninguém sofrer, nós queremos salvar vidas [...] (E8).

Esse contratinho a parte é uma discussão que vem de muitos anos, o (gestor) vai lá ao hospital e fecha um contrato diferenciado, isso atrapalha [...] (E4).

Quanto à forma de contrato, os municípios podem ser classificados em dois grupos com referência à relação que estabelecem com o prestador privado, especialmente o hospitalar:

- 1- **Municípios com contrato exclusivo** com apenas um prestador hospitalar, grupo formado principalmente por municípios que não possuem hospital em sua rede de saúde municipal; e,
- 2- **Municípios com contrato não exclusivo** possuem contratos com diversos prestadores, geralmente formados por municípios que possuem hospital público, e, portanto, não conseguem financiar um único prestador.

Essa categorização é permitida porque as relações público-privado são distintas nos dois grupos.

“Não. Com exclusividade não. Infelizmente não. Por que a gente tem um número de leitos, esse número de leitos chegou ao limite da nossa estrutura física [...]” (E3). Relata o prestador sobre a possibilidade de realizar novos contratos com os municípios.

Para os prestadores privados o contrato com o gestor público é justificado pelo custo, por ser mais barato do que manter uma estrutura própria; pela resolutividade dos casos, devido à capacidade física e tecnológica instalada; e, pela transferência da responsabilidade sobre o caso, pelo gestor à instituição privada.

Por exemplo, se chegar um paciente na clínica médica, se precisar de urologia ele vai ter, se precisar de ortopedia ele vai ter, se precisar de cirurgia geral ele vai ter. E isso tudo embasado em preço de contrato que ele tem (E3).

Como já mencionado, cada município possui uma cota em relação aos procedimentos contratados pelo ente Estadual com os prestadores. Cabe ao gestor definir junto à Regional de Saúde e pactuar na CIB a alocação dessas cotas. Os municípios com contratos exclusivos geralmente transferem a maior parte de suas cotas de internação (AIH) a um único prestador.

Sabe-se também que as AIH's disponíveis não são suficientes, por isso o prestador insere no contrato a cobrança de AIH extra, baseada no valor médio das AIH's produzidas pelo município, essa cobrança é entendida como *extrapolamentos*, ou seja, o município paga ao prestador tudo aquilo que extrapolar de sua cota do bloco MAC Estadual. Portanto, o prestador faz uma seleção das AIH's que considera mais rentáveis, a partir da tabela SUS para apresentação ao Estado e cobra dos municípios os extrapolamentos, mantendo dessa forma, baixas taxas de ocupação em leitos SUS.

Hoje é o seguinte, nós internamos os pacientes, o que o médico determina, o que o município autorizar, dentro do volume de AIH que o Estado oferece você recebe estas AIH, só que os extrapolamentos quem arca é o município. Então isso é indiscutível, senão o hospital já tinha falido há muito tempo (E7).

Considerando a atual forma de financiamento, ele tem um teto físico e um teto financeiro, dentro dessa questão, obviamente em se tratando de um administrador ele vai priorizar os procedimentos para poder fazer com que ele tenha o acesso aquilo que está previamente programado (E5).

O prestador não tem interesse de enviar produção superior ao teto estabelecido com o Estado, pois ao enviar AIH's de baixo valor, pode em situações de revisão de contrato, influenciar sobre o recurso financeiro recebido, já que, o teto é construído a partir da média histórica apresentada.

E essa programação normalmente ela é dada com a esperada média histórica, se começar a cobrar tudo, o que vai acontecer no final daqui um ano, dois anos, quando for revisto o contrato, eles [Estado] [...] vão se embasar na média histórica (E5).

Sendo assim, a atual forma de financiamento dos prestadores pelo SUS, privilegia a produção e está diretamente estabelecida pela tabela SUS. Além do valor, a oferta de procedimentos na MC dependerá também, da possibilidade do profissional médico aceitar e ter disponibilidade para executá-lo de acordo com o valor definido pela licitação. Observa-se desta forma, que o profissional médico exerce influência e determina a oferta dos serviços. Há, portanto, dentro da instituição hospitalar outra relação de conflito, na qual se encontram administradores *versus* profissionais médicos.

Depende também se o especialista concorda com o valor, por que nem sempre o especialista concorda com o valor oferecido pela prefeitura (E7).

Diversos autores discutem as implicações trazidas ao sistema de saúde devido à ausência de reajustes na tabela SUS, especialmente em relação aos valores atuais não serem atrativos, principalmente na MC. Menicucci (2014) afirma que em algumas regiões do país sobressaem a indisponibilidade de serviços devido a não aceitação da tabela SUS pelos prestadores. Pimenta (2005) complementa que a tabela propicia um estrangulamento dos serviços de MC nos municípios. Spedo, Pinto e Tanaka (2010) em pesquisa realizada com gestores apontam a tabela de procedimentos do SUS como um dos grandes problemas dos contratos e consequentemente do acesso à MC.

Na perspectiva desta pesquisa, a ausência de reajuste na tabela é vista como mais uma característica do engessamento e de reforço (*feedback* positivo) para a política inicial de privatização, financiamento e compra de serviços de saúde pelo ente público, neste caso o município.

A não ser [...] que o prestador se sujeite a trabalhar com a tabela SUS ai você pode usar o teto MAC do município, como a gente não conhece ninguém que vai fazer isso [...] (E6).

Péssimo, péssimo, exceto alguns procedimentos nos dá lucro, o resto infelizmente devido à defasagem do SUS [...] não tem nem como discutir, 14 anos sem correção de tabela (E7).

Pompeu (2004) ao analisar a situação contratual de serviços hospitalares apontou a complementação da tabela SUS como alternativa para Estados e municípios para garantir acesso à MC, o que seria um procedimento legal por estar amparado pela Portaria MS/GM 1.606/2001. No entanto, na região analisada a tabela não é ao menos complementada, é realizado novo contrato com preço de mercado. Nesta lógica de contrato, o prestador recebe por produção, e assim, quanto mais produzir, mais irá receber.

O hospital privado tem meta de cumprir o caixa dele, então se precisar internar [vai] internar, como eu disse: eu não sei se está internando porque precisa ou se precisa fechar o caixa [...] (E6).

Pompeu (2004) afirma que essa prática estimula a prestação de serviços sem que exista necessidade (sobre oferta) e, conseqüentemente aumenta a possibilidade de fraudes na cobrança dos procedimentos realizados. O autor explica que há duas lógicas nos contratos realizados, a lógica do gestor público que é o interesse coletivo, e a lógica do prestador privado que é o lucro econômico. Na prática, as duas lógicas se confrontam, mas a lógica do privado acaba prevalecendo.

[...] aqui é feito leilão de valores, cada município faz seu contratinho separado, isso quebra a região, porque não tem padronização, você trabalha por produção, e não por linha de cuidado (E9).

Segundo gestores públicos da região, os municípios com contrato exclusivo possuem benefícios e privilégios em relação aos demais em questões que permeiam a integralidade da assistência. As vantagens pontuadas foram destacadas como a facilidade para a admissão e transferência de pacientes em situações de urgência e emergência, e a possibilidade de, mesmo dentro de uma rede de atenção, dar preferência aos pacientes desses municípios.

Solla e Chioro (2012) afirmam que a contratação de serviços privados possibilita maior agilidade e resolutividade de atendimento aos usuários que conseguem acesso, em outras palavras, exclui os usuários dos locais que não possuem contrato, ferindo a universalidade do sistema.

Isso quebra, isso quebra, por que aquele paciente vai ser atendido diferenciado no hospital, o médico vai olhar diferente, aí você vai totalmente contra o princípio do SUS que é a sua igualdade [universalidade] (E9).

Foi observado também que municípios com contratos exclusivos tentam manter-se sempre adimplentes com prestador, o pagamento é uma prioridade nas contas mensais da secretaria de saúde. Além disso, na dimensão política, o contrato é percebido como importante fator para avaliação da gestão municipal, tanto para os usuários como para membros do executivo e legislativo. A população residente não manifesta o desejo de que o modelo de contrato exclusivo com o hospital seja interrompido, possivelmente porque, para esses usuários, residir em um município pequeno e ter acesso em um hospital particular seja um benefício.

As práticas de exclusividade apontadas podem estar associadas ao clientelismo entre gestores públicos, prestadores privados e usuários. Além de ferir o comando ou direção única do sistema, uma vez que os municípios realizam diretamente o contrato com prestador privado do município sede, sem o intermédio do primeiro, e ainda, desconsiderando outras normativas para a contratualização.

O clientelismo é uma das características mais marcantes da herança do modelo gerencial patrimonialista na administração pública na atualidade. Galdini (2008, p. 209) aborda o clientelismo a partir do termo sociológico do dicionário Houaiss como:

[...] um conjunto de indivíduos socioeconomicamente dependentes que oferecem apoio a uma pessoa de maiores posses e prestígio, frequentemente um político ou alguém politicamente poderoso em troca de proteção, benesses, apadrinhamento, reais ou fictícios.

Paim e Teixeira (2007) argumentam que o Estado brasileiro atual é enxertado de patrimonialismo e práticas clientelistas, constituído por características arbitrárias, políticas verticalizadas, institucionalizadas, partidárias, e colonizadas pelo interesse privado, aspectos estes, que são observados na organização do Sistema Único de Saúde, e pontuados pelos autores como condições que interferem e sobrepõe a política nacional de saúde.

Moraes e Aguiar (2011) complementam que as reformas ocorridas no modelo gerencial dos anos 1990 apontam para um novo patrimonialismo que permite a apropriação do público pela iniciativa privada, submetendo o primeiro ao interesse do empresariado. Schwartzman (1988 apud BASTOS *et al*, 2009) prefere utilizar o termo “*neopatrimonialismo*”, para referir-se a prática patrimonialista na administração pública atual, já que atualmente combina estruturas modernas com estruturas tradicionais.

Macgnan *et al* (2009) ainda observa outros inúmeros vícios patrimonialistas, entre eles o clientelismo, na gestão do Sistema de Saúde atual, como políticas de apadrinhamento e o uso da máquina pública em benefício próprio.

Neste contexto, na visão de outros gestores da região, as relações público-privado em municípios com contrato exclusivo, podem estar associadas ao financiamento, pressão política, e/ou apoio de campanhas eleitorais aos municípios contratantes, aspectos evidentemente clientelistas. Outro importante fator a ser destacado é que os contratos permitem que membros do legislativo e executivo municipal atravessem fluxos de regulação e pratiquem moedas de troca com eleitores.

Há prefeitos que preferem e dizem quem manda sou eu. Vão [levam os pacientes] no local que prefere [...] Às vezes, o gestor procura por amizade, por afinidade, buscar um só [prestador], eu entendo que isso não é correto, eu acho que no caso nós temos dois (prestadores), então não deveria ser, não deveria ser [...] exclusivo (E7).

Na perspectiva municipal, mantém-se contrato exclusivo com o prestador “[...] porque hoje nós somos reféns né, se o cara quebrar a perna aqui agora eu não tenho o que fazer, tem que colocar ele na ambulância e levar pra esse prestador, a gente acaba tendo que ceder. São situações pra que a gente não fique em porta [porta do hospital] ou tenha que ir atrás de polícia, fazer boletim” (E6).

Dessa forma, é mais conveniente [para o prestador] quando o gestor vai, o procura e faz contrato direto com ele [...] (E4).

Neste sentido, percebe-se a (inter) dependência direta dos gestores públicos com o prestador. Os gestores públicos se consideram “reféns”, não enxergam possibilidades de mudança em curto prazo, e ao realizarem os contratos fortalecem o prestador privado. Nesta relação de dependência, a instituição que apresentar mais poder determina as particularidades e peculiaridades ocultas no contrato. Pompeu (2004) afirma que um contrato exige obrigações entre as partes, e que, quando as regras se estabelecem mediante o interesse e a conveniência de apenas uma das partes, não há contrato.

Matos e Pompeu (2003) destacam essa dependência mostrando que embora hoje não se possa imaginar que o SUS funcione sem os serviços privados, e nem estes sem o primeiro, a relação estabelecida é precária, marcada por ausência de vínculos contratuais, impasses e desafios a serem vencidos.

Na região a venda de procedimentos obedece à regra do mercado, e ainda assim, muitos procedimentos não são disponibilizados, pela ausência ou por não ser viável ao prestador, o que provoca os municípios recorrerem a outras alternativas de gestão.

Silva (2016) ao analisar uma região de saúde formada por MPP no norte do Paraná identificou diversas estratégias de gestão para que os usuários tenham acesso à MC, incluindo ações que podem ou não ter custo adicional ao município, entre elas, tratamento fora do domicílio (TFD); contratação de especialista; procedimentos pagos pelo usuário e/ou complementação pela administração municipal.

Devido à dependência do município (com ou sem contrato exclusivo) ao prestador, observam-se a partir das entrevistas, posturas e práticas compatíveis com quebra de contrato, perante a análise dos gestores. Já na compreensão dos prestadores, essas práticas são executadas para a manutenção e continuidade dos serviços. Entre elas, destacam-se:

- Cobrança para avaliação de pacientes transferidos (tanto pelo contrato municipal ou por central de leitos);
- Realização de exames de alto custo (tomografia) como pré-requisito para admissão de pacientes;
- Pacientes internados por AIH com pagamento de procedimentos pelo município, quando os mesmos não são rentáveis ao prestador;
- Acompanhamento com retornos sucessivos em algumas especialidades médicas; e,
- Para a realização de determinados procedimentos, a utilização da AIH para o pagamento da hotelaria, com o custeio pelo município ou pelo próprio paciente dos outros gastos necessários, incluindo profissionais.

A gente coloca os pacientes através da central de leitos, ou são pacientes que entram direto pela gravidade [...], porém, durante estadia desse paciente, a AIH, deveria cobrir toda a estadia, [depois] a gente recebe as contas desses pacientes (E2).

Se o município não tiver uma licitação de USG, tomografia, mamografia, Raio-X, colono, exames complementares [...] o hospital não vai ceder. Vai ser difícil para o município (E7).

Recepcionam o paciente, mas já querem uma tomografia e uma consulta, ai cada retorno é um Raio-X e uma consulta, são R\$ 105,00 [cada consulta] tem paciente que já retornou 22 vezes eu provo pra você, 22 vezes de R\$105,00 e agora recebeu a noticia que tem que retirar o pino! (E8).

Solla e Chioro (2012) observaram que estabelecimentos privados que não estão sujeitos à regulação podem apresentar distorções como a seleção de demanda de enfermidades; e, o excesso de pedidos de consultas e exames complementares, muitas vezes desnecessários.

Vale destacar que a Portaria MS/GM nº 1606/2001 permite a complementação da tabela SUS ao prestador, pelos Estados e municípios, com recursos próprios, desde que, não prejudique o acesso dos usuários aos serviços. Porém, e não menos importante, não pode haver cobrança em duplicidade pelo prestador.

Estes aspectos evidenciam que os contratos são executados sem seguir as normas estabelecidas para a contratualização no SUS (discutidas no quadro 1 – pág. 44), mediante normas do arcabouço constitucional do sistema (CF 88, Lei 8080/90, NOB 01/93, NOB 01/06). Uma vez que gestores não realizam a PPI; não submetem o contrato à análise da CIR; os contratos não oferecem rol de procedimentos, considerando as necessidades municipais e/ou regionais, mas sim o disponível para a venda; a previsão para a contratualização não é inserida na PMS e na PAS; os contratos ferem a direção única do sistema; municípios categorizados como gestão básica compram serviços que extrapolam sua responsabilidade de gestão; os valores de procedimentos não seguem a tabela nacional, e quando complementados limita o acesso devido à insuficiência de recursos; e ainda, possuem estratégias muito incipientes de regulação.

Em relação aos municípios com contratos não exclusivos, observou-se que os mesmos utilizam, quando necessário, a transferência de AIH de seus serviços (HPP's municipais) ao prestador, como estratégia para fugir dos extrapolamentos, no entanto, isso acarreta a redução, proporcional à quantidade de AIH's transferidas, do valor recebido pactuado com o Estado mensalmente pelo serviço próprio.

Além disso, custeiam o serviço próprio (por exemplo, HPP's) com recursos fonte livre, e ainda necessitam complementar as ações de MC nos prestadores privados. Como já discutido na sessão de financiamento, os municípios de pequeno porte possuem baixa arrecadação (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; PIMENTA,

2005) e não possuem condições financeiras de custear serviços próprios e ainda manterem-se adimplentes com todos os prestadores contratados.

Dessa forma, a relação de benefícios entre ambos está diretamente relacionada à adimplência de pagamentos. Ou seja, além da demanda estar baseada na oferta disponível dos serviços privados, a ausência do pagamento, impede a regularidade do acesso, provocando focos de tensão, excessivas cobranças e desgaste do gestor público. Em contrapartida, o prestador mantém outras práticas de arrecadação com o município, como cobranças em porta de entrada e em situações de transferências (central de leitos). Ou seja, mesmo em situações de inadimplência, o gestor público não consegue interromper por completo os gastos com o prestador e, neste contexto, observa-se que o prestador “não desiste” de realizar as cobranças que julga necessária.

Por outro lado, a premissa de que “saúde não tem preço, mas tem custo (E6)” garante a legitimidade do prestador ao comportamento de naturalizar as complementações dos municípios sobre os procedimentos hospitalares. Neste aspecto, observa-se que os gestores parecem conformados com esta ideia.

Existe cobrança ainda hoje? Existe, de serviço que não é credenciado, serviço tal, está lá, mas ainda não tem credenciamento SUS daquele serviço, daquele exame específico, ai eu concordo que o prestador também não pode fazer o exame de graça (E6).

Você faz ai uma cesariana no SUS R\$ 600,00, é o valor que o SUS paga [...] a gente fez um orçamento de R\$ 6.900,00; são dez vezes mais! (E3).

Eu não vou dizer que o hospital não precise de contrato. Porque a gente sabe que o preço de tabela SUS é insuficiente [...] que hospital que sobrevive se você pagar o preço de tabela? (E9).

Segundo a corrente neo-institucionalista, cada ator social age, não somente por seus interesses e ambições individuais, mas pelas influências sobre o comportamento individual e coletivo possibilitado pelas instituições, como o resultado da convergência histórica das políticas associadas a ela. Nesta perspectiva as preferências de cada ator social são exógenas, ou seja, estimuladas pela organização institucional (PIERSON, 2004; STEINMO, 2001). Isso significa que as instituições promovem o pano de fundo de todas as práticas dos atores sociais, que serão somados ao seu próprio interesse.

Arretche (2003) cita (NORTH, 1990 e PRZEWORSKI, 1996) ao concordar que práticas responsáveis dos governos, locais e nacionais, dependem dos incentivos que estão sujeitos, e em grande parte, são consequências de desenhos de políticas, regras e normas sociais que incentivam o comportamento dos atores.

Merece destaque, ainda, a forma com que o prestador privado contabiliza os recursos provenientes da administração pública municipal. Para os prestadores todo recurso oriundo dos municípios é contabilizado como recurso particular, ou seja, mesmo o recurso sendo de origem pública, a entrada dele na instituição é concebida como recurso privado. Somente as transferências do Estado ao prestador são entendidas como recurso SUS. Outro destaque deve ser dado à incompreensão dos gestores a respeito dos contratos.

Eu não posso ler esse contrato e ter um entendimento pessoal, não tem que ser dessa maneira não, o entendimento que nós temos que ter é o entendimento que valha [...] O gestor tem que respeitar as regras que estão no contrato, não querer exigir mais do que está [...] assim como não é mais que obrigação do prestador fazer aquilo que esta contratualizado (E5).

A compreensão a respeito das cláusulas, permissões, proibições, e responsabilidades entre as partes do contrato, são de total importância ao conhecimento do gestor, no entanto, a dimensão política e institucional parece estar formando e recrutando gestores públicos que de forma intencional ou não, posicionam-se acomodados e individualistas, percebendo-se como frágeis e engessados. Encontram na fragilidade a justificativa para a permanência dessa relação. Nesta perspectiva, manter contratos com prestadores privados é cômodo para o gestor municipal. Observa-se, portanto, como o poder exercido pelo prestador sobre o ente público direciona as escolhas do gestor.

É que às vezes, ele ter muito domínio da parte da legislação pra ele não é muito conveniente, porque às vezes ele pode ficar numa situação delicada, não é (E4).

Como nos contratos existem falhas, o gestor capacitado pode ficar em uma situação delicada (jurídica e/ou moral), por que compreende que algumas práticas não são adequadas.

Dessa forma, cabe retornar a questão sobre a preferência de “contratos paralelos e/ou contratinhos” pelo gestor público com prestador privado, em comparação à utilização do consórcio público pelos municípios.

Na região estudada, o consórcio funciona como um novo prestador, que intermedia o município ao prestador do serviço final. A disponibilidade de procedimentos é realizada a partir do recurso municipal disponível para investir naquele momento, já que os municípios transferem ao consórcio o recurso que pretendem gastar com consultas e exames, além do pagamento da mensalidade para a manutenção administrativa.

Então aqui um profissional, por exemplo, de ultrassom, se ele libera trinta exames por dia, é feito uma cotização [cota por município], e dividido para os municípios, geralmente quem [...] [paga antes da abertura de cotas, e/ou possui recurso suficiente] porque é como usam o crédito especial, eles deixam liberado e falam: Eu quero fazer esse mês tantos exames (E4).

Identificou-se, assim como afirma NICOLETTO (2002, p.11) que os consórcios de saúde atuam como mais um prestador e intermediador de compras de serviços privados, “além de se observar uma dificuldade de ajuste entre a programação da oferta de consultas e exames realizada pelo CIS, os municípios consorciados e a necessidade da população”.

Como já mencionado, a tabela de procedimentos do consórcio regional não é regulada pela tabela SUS, e em alguns procedimentos há discrepância dos valores, mesmo quando comparado com a tabela de mercado. Outra importante questão do consórcio é a falta de profissionais para execução de determinadas especialidades e a irregularidade de oferta dos procedimentos, principalmente no fim do exercício anual, momento de credenciamento dos prestadores. Vale apontar que municípios com contratos exclusivos possuem baixa dependência aos serviços disponibilizados pelo CIS.

Têm profissionais que atenderam até dezembro e até agora não se credenciaram [mês de fevereiro], isso dificulta a nossa vida e nos força a buscar outro prestador (E6).

Portanto, o município está preso (refém) ao prestador privado (hospitalar), mesmo existindo um CIS na região. Não tem alternativas em curto prazo. As burocracias de outras formas contratuais reforçam a relação público-privado na região.

Para a corrente neoinstitucionalista, os atores sociais políticos ou não, podem impor ou alterar regras institucionais, autoreforçando o evento e aumentando seu poder e conseqüentemente diminuindo o dos seus rivais (PIERSON, 2004). Neste

contexto, o grupo de vencedores (prestadores) é reforçado pela migração de atores indecisos e vulneráveis (municípios). Ou seja, toda política de fortalecimento regional que não prospera, reforça a prática prioritária de realização de contratos e dependência ao prestador particular, o que conseqüentemente reduz as possibilidades de mudança. De acordo com o pensamento institucionalista “onde o poder é mais desigual, muitas vezes não precisa ser empregado abertamente” (PIERSON, 2004).

Arretche (2003) afirma que a descentralização das políticas de saúde produziu uma espécie de obstáculo e possibilitou a captura dos governos locais pelo interesse privado, e infelizmente, esse debate esteve fora das agendas de discussão.

Nesta relação complexa, a perspectiva assumida pelo prestador diante dela, é que as instituições privadas são as mais lesadas na relação público-privado. Afirmam que precisam mensalmente retirar dos rendimentos do estabelecimento (recebidos de atendimentos particulares e contratos municipais) recursos para financiar o SUS, o que o entrevistado chama de efeito “Robin Hood”, “[...] tira do rico, para pagar o que seria do governo bancar” (E3). Assim, assumem que, para compensar os gastos SUS (realizados com a internação e/ou procedimentos custeados pela Secretaria Estadual de Saúde) a administração complementa com o que teria de lucro dos pacientes particulares e/ou do valor recebido pelos municípios.

Prestadores relatam também que os municípios realizam transferências de pacientes sem gravidade, não possuem triagem adequada e, muitas vezes, o profissional (médico) está ausente no município, principalmente em plantões noturnos, feriados e finais de semana.

No que tange a relação dos prestadores entre si, observa-se que todos se beneficiam dos contratos municipais, nivelam os preços nos processos licitatórios para que cada um consiga realizar procedimentos dentro do pregão nos municípios com contratos não exclusivos, apesar de que, o prestador privado credenciado, não concorda com a priorização de contratos com o filantrópico, definido pela lei 1034/2010, p.1, “Art. 4º O Estado ou o Município deverá, ao recorrer às instituições privadas, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, observado o disposto na legislação vigente”.

Também são praticadas, outras modalidades de contrato e financiamento aos prestadores, principalmente filantrópicos, para a construção das redes de atenção prioritárias no Paraná. Uma dessas estratégias, o HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS no Paraná) prevê a realização de convênios/contratos na perspectiva de contratos de gestão, ou compromissos de gestão e desempenho, com metas definidas e avaliação periódica (PARANÁ, 2011). Para o prestador esta nova forma de contrato possibilita a inovação e melhoria na qualidade da atenção prestada aos usuários.

Para a instituição é muito bom, você acaba estabelecendo parâmetros, acaba tendo qualidade, tendo um protocolo [...], a gente tem um grupo de humanização na instituição, cirurgia segura [...] uma série de quesitos, que vem beneficiar o usuário da instituição e ao mesmo tempo o prestador do serviço [...] (E3).

A modalidade de contratos de gestão seria uma estratégia a ser implantada como alternativa aos contratos estabelecidos na região, como também, potencializaria o papel do ente Estadual como regulador e auditor de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica. Além disso, atenderia, de certa forma, o interesse do prestador, manifestando-se, assim, como uma forma de *feedback* “negativo” às políticas já institucionalizadas.

Eu só vou conseguir na realidade agradar ao prestador, quando eu faço o prestador entender que ele não pode ficar no prejuízo, mas os municípios também não podem (E9).

E se a relação permite que o prestador apareça e se destaque como o polo mais forte e dotado de poder, o município pode ser considerado o polo frágil, mas nunca ingênuo.

Nós temos uma técnica [estratégia], eu, e o meu agendador. Se planta milho, colhe-se milho, na época certa dá para fazer pamonha. Nós fizemos 450 pamonhas pra levar para o [...]. Uma caixa de bombom, no final do ano [...] às vezes eu dou um vinho [...]. Isso viabiliza os que recebem o paciente, é errado? Talvez seja, mas funciona. Eu não quero comprar ninguém [...] (E8).

Arretche (2003) considera que a eficiência de um governo local responsável e comprometido com as demandas da população está associada aos programas de governo e à qualidade moral de seus governantes, no entanto, estes não são maioria no país, além disso, sofrem influência do modelo de descentralização administrativa e centralização financeira pelo ente Federal. Para a autora, o governo local (município) assumirá autonomia para gestão das políticas quando colocar em

prática regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, propiciando incentivos à mudança do comportamento dos governos.

Segundo Matus (2005) os gestores se encontram diariamente sob pressão política, e por essa razão, utilizam estratégias informais para resolução de seus problemas cotidianos, denominados de “estratagemas” do jogo social. Os estratagemas são considerados como formas de propinas ou subornos para amenizar os problemas de gestão. Apresentam-se ativos e abertos e utilizam da sedução, no sentido da tentação que determina a atitude de alguém aos benefícios que conseguirá, nos campos econômico, social, ou político, a partir de acordos informais. Para esse autor os acordos informais do estratagema de sedução ocorrem, por práticas como persuadir o outro através da atração pessoal e carisma com objetivo de utilizá-lo em benefício próprio, bem como, pela prática de suborno para compras de vantagens indevidas.

Contudo, a eficiência dos governos locais parece esbarrar também na capacidade insuficiente de gestão de MPP.

Recente pesquisa do TCE/PR (2015) aponta que municípios com menos de 5.000 habitantes não possuem condições de gestão de seus sistemas municipais. Na região pesquisada este percentual equivale a praticamente metade dos municípios analisados. Arretche e Marques (2002) relatam que a capacidade de um município depende dos incentivos de descentralização e de sua capacidade de investimentos.

Na política de saúde, a estratégia defendida a partir das NOAS 2001, reforçada no Pacto pela Saúde 2006 e no Decreto 7508/2011, está pautada na regionalização e nos incentivos à governança regional.

Porém, os municípios analisados estabelecem acordos com o prestador privado (hospitalar, ambulatorial ou profissional autônomo) com objetivo exclusivo de beneficiar a sua população, mesmo em detrimento aos demais municípios. É uma corrida para resolução dos problemas, independente da região. Prefeitos e outros atores políticos também pensam somente nos interesses de seus municípios, uma vez que, práticas de cogestão e solidariedade entre os municípios da região parecem estar distantes de sua efetivação.

O gestor X tinha um acerto que ninguém sabia, mas, agora o gestor Y também tem [...] porque o Z falou [...] (E8).

Esses resultados ajudam a explicar porque a discussão e implantação do contrato organizativo da ação pública (COAP) não prosperou. A governança da região e a o processo de regionalização, portanto, deveriam estar mais à tona nas discussões entre gestores públicos, nos contratos e em mesas de negociação para resolver questões pertinentes à relação entre o ente público e o privado.

Neste contexto, pode-se também destacar a fragilidade de participação do Estado no processo de regionalização, pelo menos no campo de estudo analisado. Menicucci (2014) afirma que a atuação do nível estadual é determinante para a efetivação do processo de regionalização das regiões de saúde de sua responsabilidade, e enfatiza, que regiões caracterizadas por fortes clivagens políticas tendem a determinar negativamente o processo de cooperação municipal, mesmo em situações em que todos tendem a ganhar.

Pode-se notar então, que as relações políticas, os benefícios e interesses pertinentes à relação público-privado na região funcionam para o fortalecimento das políticas anteriores (*feedback positivo*), como constrangimentos produzidos pelas instituições (pública e/ou privada) a partir de todo o desenho permitido pelas políticas que as antecedem. É nessa perspectiva que a pesquisa se orienta, de que a possibilidade dessa relação é permitida pela esfera institucional em que cada ator político está incluso, mas não menos influenciada por seus próprios interesses.

Temos, portanto, uma arena de conflitos, formada por assimetrias de poder em relação ao federalismo, e as relações locais. No entanto, nenhuma delas poderia estar acima da vida humana.

Compreende-se, enfim, que a relação público-privado em regiões de MPP é constituída por focos de tensão, possibilitados por contratos que estão em desencontro com as normas operacionais do sistema, e apresentam peculiaridades ocultas na relação contratual, que estimulam práticas que podem ser consideradas inadequadas, realizadas por gestores e prestadores. Observam-se também, em relação aos contratos, características que extrapolam as áreas jurídico-administrativas, entrando na seara do comportamento moral e ético. A lógica de produção e do capital é, sem dúvida, a mais predominante, mas, o comodismo dos gestores, associado à ausência de alternativas ou ainda, à manutenção dessas formas contratuais, também são determinantes para esse processo.

De acordo com relatório publicado por Regiões e Redes (2016), 175 regiões (40%), quase a metade de todas as regiões do país, das quais pertencem 2.158 municípios (38,6% do total de municípios brasileiros), com população aproximada de 46.000.000 habitantes, possuem características próximas à região analisada, e, portanto, podem apresentar problemas similares.

“[...] se é verdade que os interesses privados se ajustam às estruturas estatais, não há porque duvidar que estes setores da indústria também tenham descentralizado suas estratégias de oferta de produtos” (ARRETCHE, 2003, p.343), aos governos locais. Ou seja, as estratégias da relação público-privado descritas aqui podem estar capilarizadas, manifestando-se também em outras regiões brasileiras.

No entanto, apesar dos arranjos institucionais serem difíceis de reverter, as opções e estratégias de alternativas não são novas. Tais práticas incluem diferentes modelos de contrato, como aqueles executados em blocos e/ou redes de atenção, financiados de maneira per capita entre os municípios; regulação e auditoria de procedimentos e prestadores (com apoio do Estado aos pequenos municípios na realização dessas ações); e condutas de governança e regionalização. Estes aspectos se mostram incipientes na região e serão aprofundados na sessão posterior.

#### 5.2.4 A Relação Público-Privada na Média Complexidade: Mecanismos de Gestão e Planejamento

Pelos resultados já apresentados, observa-se que a relação público-privada na região é evidenciada na MC, por meio de uma arena de conflitos e interesses que envolvem questões relacionadas à macro e à micropolítica, como o financiamento, demanda, contratos, relação de profissionais, gestores, prestadores, e usuários. No entanto, essa rede também é determinada por características dos processos de gestão municipal e regional.

Pôde-se perceber, nos capítulos anteriores, que o planejamento da região é incipiente para as necessidades apontadas na MC. Os municípios não possuem planejamento financeiro a respeito dos valores disponíveis e suficientes para atenção a este nível de atenção. Partem da oferta de serviços existentes ou baseiam-se nos gastos do ano anterior para programação de recursos na MC. A

oferta, portanto, determina a demanda e é ao mesmo tempo determinada pela mesma, e o gestor sente-se refém dessa situação.

O município tem que dá conta dessa demanda. Demanda que se cria, e a gente não tem outra saída (E2).

Mendes (2002) afirma que o fenômeno de indução da demanda pela oferta ocorre quando as tecnologias em saúde disponíveis são utilizadas independentes das reais necessidades de saúde, apoiada pela relação não simétrica entre profissionais, usuários e prescritores de tecnologias. O modelo de gestão da oferta é centrado na organização de serviços com foco nos prestadores e não nos usuários, muitas vezes estruturados por razões culturais, e pela representação do poder político, bem como, dos interesses de prestadores e da indústria da saúde (MENDES, 2015).

Ao contrário, a demanda determinará a oferta, sempre que as “*necessidades de saúde*” dos usuários forem priorizadas em relação aos interesses e ao processo de mercantilização dos serviços de saúde.

As necessidades de saúde de um território incluem demandas biológicas, sociais, individuais e coletivas. Dimensioná-las na população não é uma tarefa a ser realizada em prazo determinado, contudo, observa-se na região estudada que a ausência de compreensão das necessidades, pelo menos no que tange à MC, é impossibilitada por questões pertinentes à falta de planejamento.

Destacam-se, aqui os indicadores que evidenciam o planejamento regional incipiente, como a baixa taxa de ocupação dos leitos nos HPP's; em contrapartida, a alta taxa de ICSAB; a alta morbidade e mortalidade por DCNT e Neoplasias, contrapostas à adequada, porém não resolutiva cobertura de AB.

Pompeu (2004) ao analisar as formas de contratualização no SUS, afirma que quando o gestor não reconhece as necessidades de saúde de sua população consequentemente comprará serviços inadequados. Ou seja, sem planejamento o gestor aplica os escassos recursos financeiros em serviços que poderão não ser necessários, resultando na má utilização dos recursos públicos.

Deste modo, o planejamento em saúde deveria estar presente em todos os processos de gestão. Planejar reduz incertezas, orienta investimentos, e está diretamente relacionado à utilização eficiente de recursos. As atividades de planejamento na saúde se direcionam, principalmente, para áreas de contratos, transferências financeiras, monitoramento, e avaliação (BRASIL, 2016a).

De acordo com o Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011c) o processo de planejamento na saúde deve ser ascendente e integrado do nível local ao federal. O planejamento é obrigatório aos entes públicos, devendo estes, considerar os serviços e ações prestadas pela iniciativa privada. O planejamento é um indutor de políticas públicas, devendo-se ao realizá-lo, prever a complementariedade de serviços privados para atenção integral à população.

O planejamento contempla uma série de etapas ordenadas ao longo do tempo: planejamento [propriamente dito], execução, monitoramento, avaliação e replanejamento. Essas etapas desenvolvem-se mediante processos específicos com tempos e movimentos diferentes. [...] O processo de planejamento em saúde envolve vários aspectos de naturezas diversas, compreendendo desde aqueles relativos à organização e gestão dos sistemas de saúde, passando pelos diferentes recursos estratégicos, até alcançar aqueles relacionados com a atenção à saúde propriamente dita, a qual abrange uma imensa e complexa gama de ações, serviços e medidas de intervenção (BRASIL, 2005, p. 162).

A análise das entrevistas permitiu constatar que os gestores praticam um planejamento incipiente, reduzido e informal a respeito da programação em MC. Permitiu perceber, também, que os gestores ainda não enxergam a materialização do planejamento de maneira ascendente como descrito no decreto, realizando os instrumentos de gestão e planejamentos municipais, Plano Municipal de Saúde (PMS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Programação Anual de Saúde (PAS) como obrigаторiedades burocráticas e legislativas.

Então, esta questão [planejamento] interfederativo, ela acontece só na cobrança de obrigações, quando é para cobrar o município a atingir certo resultado é interfederativo, de cima para baixo [...], aquele planejamento ascendente que tem no decreto, nunca existiu, nunca existiu. Não existe [planejamento] ascendente (E1).

Mas quando a gente vai [analisar] a média complexidade eles [gestores] separam assim: Olha! Eu gastei um milhão ano passado em convênios, então esse ano eu tenho que fazer mais ou menos o mesmo preço, o mesmo valor do ano passado; e aí, o município não tem muitos critérios de encaminhamento para média complexidade, por que ele já não tem o planejamento [...] quem vir [usuários da atenção básica] vai [média complexidade] (E9).

Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) ao realizarem um *scoping review* sobre a gestão de saúde municipal identificaram que as pactuações de MC constituem-se em processos complicados, nas quais as regras e definições não são claras e apresentam-se pouco delimitadas nos instrumentos de planejamento e

monitoramento. Além disso, as autoras descrevem que o planejamento e avaliação nos municípios investigados são tidos como problemáticos e quando implantados ocorrem de maneira incipiente.

Com instrumentos incipientes de planejamento o município não consegue regular ou prever as necessidades de saúde de sua população, bem como, definir mecanismos de acesso aos serviços de MC. O CIS também não apresenta mecanismos de regulação e/ou planejamento em cima das necessidades reais dos municípios.

Hoje não tem [planejamento], a gente tenta fazer uma [regulação], mais não temos nada formalizado [...] esse é um ponto fraco do serviço aqui [...] (E2).

No processo de gestão e planejamento em MPP a regulação dos usuários à MC revela-se como uma importante estratégia de gestão. Porém, o conceito de regulação, por sua vez, deve ser compreendido no sentido assistencial e de acesso.

A regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles segundo perfis de demanda e de oferta. A regulação do acesso, por sua vez, é entendida como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral, equânime, independente de pactuação estabelecida e/ou disponibilidade de recurso financeiro (MENDES, 2015). Atualmente, a regulação do acesso na região é realizada pela central de leitos e pelo setor regulatório do Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU).

Nos municípios analisados, a regulação assistencial ocorre sem critérios técnicos para os agendamentos, permeados de atravessamentos políticos e práticas clientelistas na relação com os usuários. Possuem centrais de agendamento com servidores despreparados para atribuir gravidade e/ou prioridade de acesso, principalmente aos procedimentos de MC, os quais permanecem determinados por influência política e práticas eleitoreiras. Esse movimento estimula os usuários a procurem o gestor municipal, com pedidos de exames e receitas médicas, e dessa forma, ele decidirá o que fazer, onde fazer, e quem irá fazer.

Nesta situação, Matus (2005) afirma que o gestor utiliza o “estratagema da sedução” como estratégia para o atendimento ao usuário, persuadindo o mesmo a crer que resolverá seu problema, e que a demanda trazida pelo usuário é

importante. Provoca com isso, idas e vindas do usuário ao gestor, mantendo-o dependente do primeiro, e em dívida pelo “favor” que poderá ser-lhe concedido.

Na perspectiva de Roberto Da Matta (1997), o brasileiro utiliza-se da hierarquia e dos privilégios conseguidos como o produto das relações sociais. Privilégios porque o usuário entende que, ao procurar o gestor, corta um atalho entre os trâmites burocráticos e a fila provavelmente evidenciada pelo funcionário do setor de agendamento, à realização de seu procedimento. A conduta de procurar imediatamente o secretário pode estar relacionada à própria estrutura do processo de trabalho da secretaria, ou seja, é ele mesmo o executor dessa tarefa. Ou, pode ser um comportamento do usuário, já naturalizado em MPP, reforçado por experiências anteriores de êxito, ou ainda, por estar convencido da real necessidade da realização do procedimento de intervenção.

Para DaMatta(1997) ao “driblar” o sistema o usuário se coloca na posição de “pessoa” e abandona a condição de “indivíduo”. A “pessoa”, segundo o autor, está acima das regras estabelecidas impostas aos indivíduos comuns. Portanto, dirige-se até o secretário, mediados por uma suposta amizade, na garantia que não permaneçam vinculados às mesmas regras que os demais. Essa prática, no entanto, constitui uma duplicidade de acesso, formado por um grupo de usuários que se mantém nas regras formais, e outro, que estarão nas regras informais dos serviços, o que evidencia que as relações clientelistas também ocorrem entre usuários e gestores, e não somente entre gestores públicos e prestadores de serviços.

Como alternativa a esta questão, sugere-se a implantação de serviços de regulação municipais efetivos, na perspectiva que a regulação atue minimizando a dependência dos usuários em relação aos gestores municipais. Contudo, a implantação do serviço de regulação não eliminaria por completo estas práticas, tendo em vista que gestores e usuários as utilizam para benefício mútuo e assim, organizariam outras formas de mantê-las, uma vez que, valores culturais e institucionais propiciam a manutenção desse hábito.

Por outro lado, a garantia de acesso à MC que seria possibilitada pela regulação, sem privilégios mediados por atitudes clientelistas, potencializaria a gestão e permitiria o aumento de credibilidade do gestor perante à população.

Eu vejo uma necessidade da parte dos gestores, acelerar o acesso [à MC] [...] [isso] se daria com uma regulação mais efetiva [...] Porque vamos dizer assim tanto da parte estadual quanto da parte municipal, se nos tivéssemos, por exemplo, um serviço de auditoria mais

operativo onde as coisas fossem mais triadas, aquilo o que for eletivo realmente deixar para um momento mais oportuno, e priorizar aquilo que fosse de urgência, emergência (E5).

Quanto ao setor de auditoria, a região possui serviços implantados, no município sede e na regional de saúde, porém estes, também, apresentam-se incipientes.

A auditoria no município sede se restringe a controlar a liberação numérica das AIH's aos prestadores, e realizar a conferência das internações apresentadas pelos mesmos. Já no âmbito Estadual, o setor de auditoria encaminha a produção apresentada pelos prestadores ao nível central para ressarcimento. Ou seja, a auditoria praticada nestas instâncias está relacionada ao teto físico estadual e ao controle quantitativo da AIH.

No entanto, o processo de auditar é bem mais complexo, e inclui muitas atribuições, entre elas, constatar a regularidade das contas, da execução de contratos, acordos, convênios, e possibilitar a probidade de aplicação do dinheiro público (BRASIL, 2005).

Neste contexto, não há auditoria aos prestadores contratados pelo Estado e/ou pelo município sede. Os demais municípios, por sua vez, não possuem serviços de regulação, e tão pouco de auditoria em seus sistemas de saúde municipais.

Assim, como destacado no capítulo sobre contratos, diversas práticas do prestador são consideradas inadequadas pelo olhar dos gestores públicos, e, portanto, passíveis de auditoria. Os gestores da região indicam que não podem apontar ou determinar os problemas ocorridos na assistência à saúde e/ou no ressarcimento dos prestadores privados, pois na estrutura regional não existe serviços adequados para tal. Entretanto, é necessário considerar que as práticas e regras, principalmente sobre os contratos, da relação público-privado na região, são expostas e evidenciadas pelos prestadores no dia a dia das relações de trabalho.

Neste sentido, os municípios esperam do Estado a responsabilidade de executar a auditoria sobre os prestadores privados, pois o contrato, na concepção municipal, foi estabelecido com o ente Estadual, associado ao fato, de também atribuir-lhes maior capacidade técnica e de gestão. Por outro lado, a regional de saúde espera que o município assuma a auditoria, já que, é o maior interessado em relação à aplicação de seus recursos financeiros, e alega deficiência de recursos

humanos para a atividade. Ou seja, um ente espera do outro iniciativa para resolução desta problemática.

Você tem o setor de auditoria [na Regional] eles [que] não fazem questão de enxergar. Um pouco, eu acho que é por que é muita demanda. Então eu faço do jeito que dá [...] mas eles sabem que estão errados, e segundo eles tem um caráter meio que cultural de proteção ao prestador, então eu tenho que agradar ao prestador! [...] O prestador precisa do dinheiro, beleza, concordamos, mas nós precisamos trabalhar com que nós estamos entregando de dinheiro, então eu vejo assim, que os técnicos tem medo de mexer com o prestador (E9).

A regulação, vista a partir do conceito de controlar/gerir dos governos, está pautada como instrumento decisório para a efetivação de modelos de gestão e planejamento local e não pode ocorrer de forma tão incipiente. Segundo Fleury e Ouverney (2012) a baixa capacidade do aparelho estatal está relacionada diretamente à incapacidade dos serviços em criar estruturas regulatórias eficientes. Os autores complementam, ainda, que estas estruturas são fortemente influenciadas pelo poder das organizações privadas, impedindo dessa forma a coordenação do sistema pelo ente público. Ou seja, a função regulatória deve ser compreendida em seu sentido mais amplo, abrangendo a regulação assistencial, mecanismos de avaliação, e auditoria dos contratos realizados com o privado.

As ações de regulação, primeiramente, para que sejam efetivas precisam antes de tudo de um posicionamento político, baseado na concepção de que as ações regulatórias trazem ganho expressivo ao sistema de saúde local, já que,

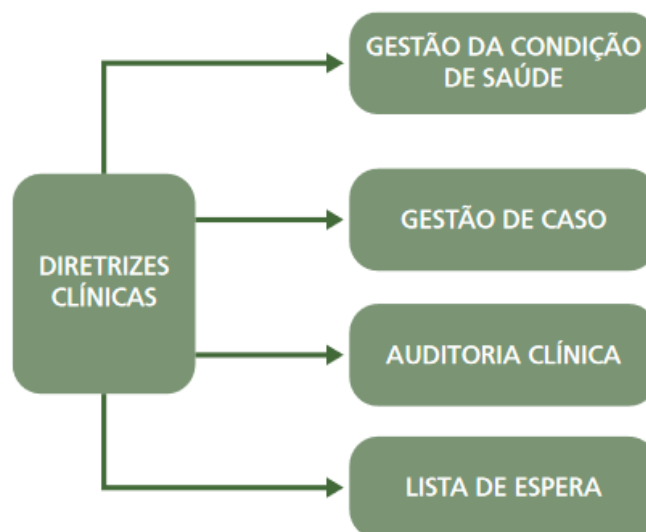
[...] reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde” (BRASIL, 2006d, p.8).

Como estratégia para efetiva regulação assistencial, a *gestão da clínica* revela-se como uma das principais ferramentas de estrutura regulatória e de microgestão. Pautada na perspectiva que a demanda de MC será afetada por mecanismos de gestão realizados na AB, a utilização de algumas tecnologias nessa área possibilitaria aumentar a eficiência dos serviços e melhorar a qualidade da atenção á saúde (MENDES, 2015; 2011). As principais tecnologias disponíveis para esta ação incluem: diretrizes clínicas; gestão da condição de saúde; gestão de caso; auditoria clínica e lista de espera (Figura 10).

- **Diretrizes Clínicas:** são recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços de saúde. As diretrizes são constituídas em guias de prática clínica ou protocolos assistenciais que orientarão as linhas de cuidado. Linhas de cuidado, por sua vez, são formas de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, entre unidades de atenção de uma dada região;
- **Gestão da Condição de Saúde:** é o processo de gerenciamento de um fator de risco ou de determinada condição de saúde, permitido pelo conjunto de ações gerenciais, educacionais e do cuidado. Envolve cinco componentes: plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde.

Figura 10 – As tecnologias de gestão da clínica nas redes de atenção à saúde, 2015.

#### As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: MENDES, 2015.

- **Gestão de Caso:** é processo que se desenvolve entre o profissional que acompanha o caso e o usuário do serviço de saúde, com intuito de planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades de cada pessoa;
- **Auditoria Clínica:** consiste na análise clínica da qualidade de atenção à saúde, relacionando os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento

aos protocolos clínicos estabelecidos, o uso e otimização de recursos para pacientes em todos os pontos de atenção; e,

- **Lista de Espera:** conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços que exista desequilíbrio entre oferta e a demanda (MENDES, 2015; BRASIL, 2013).

Segundo o Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016a) a implantação de estruturas de regulação pelos governos irá definir sua capacidade de avaliação dos processos, e conseqüentemente a qualidade dos contratos e do envolvimento dos prestadores privados com metas pactuadas.

Ocorre que além da incapacidade de regulação, não há na região analisada formas regulares de avaliação dos serviços contratados.

Esses dados corroboram a pesquisa realizada por Matos e Pompeu (2003), os quais apontam como um dos principais problemas em relação aos contratos no SUS, a incapacidade de regulação e de avaliação dos resultados sobre a prestação de serviços privados e/ou públicos; a dificuldade de estabelecer mecanismos de subordinação do processo de contratualização entre prestador e gestor; a baixa capacidade técnica dos gestores do SUS para o planejamento; e, a ausência de adequação dos contratos às necessidades de saúde local.

Quanto aos mecanismos de avaliação, os contratos da região não possuem metas estabelecidas e/ou pactuadas. As estratégias utilizadas para avaliação dos serviços contratados pela gestão estão relacionadas ao *feedback* dos usuários e as demandas trazidas às ouvidorias municipais de saúde, ou seja, avalia-se a satisfação do usuário a partir do que ele relata verbalmente sobre o serviço utilizado, e quando ocorrem críticas, os gestores encaminham os usuários às ouvidorias municipais na tentativa de oficializar a queixa, elogio, e/ou reclamação. Cabe destacar que os serviços de proteção e defesa do consumidor (PROCON) não são usualmente utilizados pelos usuários dos serviços de saúde na região.

Dessa forma a avaliação está pautada nos usuários que retornam à secretaria de saúde dispostos a relatarem sua percepção sobre um determinado prestador, excluindo a opinião dos demais usuários que não realizam o mesmo movimento. Percebe-se, de maneira geral, baixo poder de resolutividade das ouvidorias

municipais aos problemas apresentados neste processo, servindo apenas de estratégia para que o usuário perceba que sua demanda não é em vão. Destaca-se que a quebra de contrato com o prestador é mais diretamente influenciada pelo grau de dependência do município ao mesmo e às alternativas de mudanças possíveis naquele momento para a gestão do que por alguma reclamação proferida por algum usuário.

Mecanismo de avaliação a gente tem o *feedback* dos paciente: Ó, não fui bem atendido, aconteceu isso, isso e isso [...] a gente sempre informa ao cidadão que se acontecer alguma coisa ele traga a informação pra gente [...] E o serviço de ouvidoria em caso de insatisfação, e temos uma caixinha de sugestões também [...] (E6).

O indicador de satisfação do usuário é ele não voltar a reclamar na secretaria de saúde. Se ele não voltou reclamar. Eu tô [fico] feliz da vida (E1).

Diante dessa complexa perspectiva observa-se como alternativa à atual forma de contratualização de serviços pelos gestores públicos, a possibilidade dos contratos em rede ou contratos de gestão.

O contrato de gestão é entendido com um modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa com mecanismos e definições claras de responsabilidades, sobre o desempenho sanitário e econômico, resultado da negociação e das responsabilidades assumidas entre as partes, com vistas a fixar, critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores (BRASIL, 2013a). Os principais resultados dos contratos de gestão são melhorar o nível de saúde da população; responder com efetividade às necessidades em saúde; obter um controle sobre as despesas de origem pública; alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos; coordenar as atividades das partes envolvidas; assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e, disponibilizar informações sobre a produção, financiamento, desempenho, qualidade, e acesso aos serviços contratados.

No entanto, os contratos dessa região de saúde são realizados pela lógica da produção e mediante a oferta de procedimentos dos prestadores que não está pautada obrigatoriamente sobre as necessidades de saúde desta população. Bem como, não são organizados na perspectiva do Comando ou Direção Única do sistema de saúde, a qual prevê subordinação à gestão municipal, de todas as

unidades e estabelecimentos de saúde estatais e/ou privadas (lucrativas e filantrópicas) do território municipal (BRASIL, 1996; 1990).

Na perspectiva neoinstitucionalista a relação público-privado na região, sofre influência de diversas características, resultado dos processos e arenas políticas (PIERSON, 2004; MENICUCCI, 2003), e, reforçados pelos incipientes mecanismos de gestão, no que diz respeito ao planejamento, regulação da demanda, e mecanismos de avaliação e auditoria dos contratos. Diante desses problemas indaga-se a respeito da formação e recrutamento dos gestores municipais de saúde.

Sabe-se que a relação entre gestor e prestador é pautada na assimetria de poder entre ambos, e que o gestor é percebido como acomodado nesta relação. Fleury e Ouverney (2012, p. 83) ao descreverem os desafios e obstáculos de gestão no SUS, relatam que as alternativas “apontam cada vez mais para a necessidade de fortalecimento dos atores e para horizontalização das relações de poder”, ou seja, os gestores públicos municipais necessitam estar mais capacitados para conseguirem discutir, debater e questionar as relações com o privado e com outros níveis da federação, em nível de igualdade.

Prestadores consideram que os gestores municipais de saúde não possuem preparo adequado para o cargo, não buscam conhecer, se integrar e entender o processo das políticas de saúde, e, portanto, aceitam as determinações do privado, bem como do ente estadual, reproduzindo dentro da gestão as atitudes e posturas dos seus pares.

A pessoa sempre faz daquele jeito, um dia resolve mudar, mais ou menos assim. Um grupo de 10 macacos; botaram em uma sala, e botaram lá umas bananas a vista, então cada vez que um macaco ia lá pegar a banana, eles jogavam água gelada naquele macaco e nos outros também. Então toda a vez que o macaco fosse pegar banana, podia pegar qualquer coisa, banana não. Ia pegar banana água gelada em todo mundo. Aí foi isso, em um determinado tempo tiraram um macaco e resolveram colocar um macaco novo, a primeira coisa que o macaco fez foi ir para cima da banana, quando ele foi para cima da banana, os outros macacos [o agrediram], três, quatro, cinco vezes, ele [foi agredido], mas ele nunca tomou um banho de água gelada, e aí, foi indo até substituir os dez macacos. Quando substituíram os dez macacos, nenhum dos dez tinha tomado o banho de água gelada. Porque quando algum ameaçava pegar a banana, os outros iam para cima [...]. Resultado, foram lá perguntar para o macaco porque vocês fazem isso: Não sei, sempre foi assim, desde quando eu entrei aqui [respondeu o macaco]. Mais ou menos isso, então sempre foi assim, vamos fazer assim (E3).

O comportamento dos gestores municipais influenciará sua capacidade de governo, e está relacionado a outros fatores observados no contexto regional, como a grande rotatividade de profissionais nesta função; a falta de formação técnica; a baixa remuneração; as indicações partidárias; a responsabilidade perante um sistema de saúde complexo; o excesso de demandas; os atravessamentos políticos; e, a frágil autonomia de decisão e gestão.

Vieira, Garnelo e Hortale (2010) ao avaliarem a capacidade de governo em sistemas municipais de saúde de cinco municípios da região norte do país identificaram a rotatividade de gestores e a ausência de formação técnica como impedimento à continuidade de políticas públicas. Spedo, Pinto e Tanaka (2010) afirmam que as constantes trocas de secretários municipais de saúde alteram a direção e viabilidade das políticas municipais.

Silva (2016) colabora com essa discussão afirmando que a capacidade de governo está relacionada à autonomia do gestor, e que em muitos municípios está atrelada ao prefeito municipal, principalmente pela utilização de critérios políticos para a escolha dos gestores. A autora quer dizer que devido a indicações políticas, e justamente por serem cargos de confiança, os secretários de saúde não possuem poder de decisão sobre recursos e/ou rumos das políticas municipais.

Pinafo *et al* (2016) destacam que gestores municipais de saúde preocupam-se com o planejamento e gerenciamento dos recursos do FMS, mas possuem menor envolvimento com instrumentos específicos do orçamento municipal.

Estes dados coincidem com análise realizada na região pesquisada, na qual muitos secretários não são os responsáveis pelos fundos municipais de saúde dos municípios, mostrando a fragilidade de gestão que se encontram, pois necessitam de autorização do chefe do executivo para determinar a aplicação de recursos. Vale ressaltar que o fato de não responderem pelo FMS, não os desresponsabiliza perante as instâncias de controle externo, TCE, TCU, e Controladoria Geral da União (CGU).

A fragilidade da gestão é percebida por outros atores políticos do legislativo e executivo municipal que atravessam as relações, aproveitando-se do poder que possuem, muitas vezes, maior que do próprio secretário municipal, para utilizar a secretaria de saúde em favor de seus interesses e de seus eleitores, resultando em práticas clientelistas.

Esta característica representa a dualidade do sistema privado complementar nesta região de saúde quanto ao acesso dos serviços de MC, pois as práticas clientelistas configuram formas privilegiadas de acesso a determinados atores políticos e aos usuários beneficiados por estes atores, por meio do contrato municipal com o prestador privado, quando comparadas aos trâmites instituídos aos usuários não beneficiados.

Stokes *et al* (2013) considera que o clientelismo é uma relação de troca assimétrica que envolve a entrega de benefícios, em troca de votos e/ou apoio político futuro. Santos e Rodrigues (2014) relatam que práticas clientelistas em pequenos municípios favorecem o controle privado dos bens públicos, e o acesso de eleitores a serviços, devido à relação de interesses político-eleitorais. Pase, Müller e Moraes (2012) afirmam que em municípios brasileiros de pequeno porte os vereadores utilizam práticas clientelistas em um claro processo por troca de votos às solicitações dos cidadãos.

O atravessamento político, não é característica que ocorre somente nos serviços municipais, é observado em outras instâncias do sistema, como na regional de saúde. Na regional esta situação ocorre quando os atores do executivo e legislativo demandam projetos e realizam pactuações com o nível central, sem conhecimento da equipe técnica regional. Em nível municipal os mesmos atores, demandam consultas, exames e procedimentos ao prestador privado sem anuência do secretário de saúde.

O cidadão vem aqui e diz assim: Eu quero levar minha filha no pediatra! [...] Mas a senhora tem que consultar sua filha aqui, os médicos são capacitados pra atender, e, se for necessário, avaliação pediátrica é outra situação! Ah, então está bom! [...] Vai, conversa com o prefeito, ou com vereador, aí vem a determinação, que se agende e pague a consulta! (E6).

A interferência política desconstrói as redes e os processos de trabalho da gestão. No município, essa prática, fortalece o setor privado, e enfraquece o gestor de saúde, perante sua responsabilidade com o sistema municipal. Somam-se, ainda, outros problemas, como a baixa remuneração salarial do gestor; o excesso de demandas; e, a baixa capacidade de gestão de sistemas complexos.

Nesta perspectiva, é possível identificar que a arena de disputas entre prestadores de serviços e gestores é influenciada pelas características apresentadas, impondo uma relação assimétrica de poder do prestador sobre o

gestor público. Ou seja, os fatores relacionados à gestão propiciam terreno fértil para as inequidades ocorridas na arena da relação público-privado.

Na verdade eu sinto que falta conhecimento nas gestões, e talvez um pouco de interesse (E3).

Às vezes, o secretário não tem poder de decisão com o prefeito, ele é gestor no papel, não faz gestão nem do seu fundo municipal de saúde, quanto mais fazer gestão política de saúde (E1).

Nesta arena vêm à tona, conflitos e interesses entre ambos. De acordo com Matus (2005) os conflitos surgem da desigualdade de resultados que envolvem as relações, e pode desenvolver-se em dimensões cognitivas, emocionais e de interesses, nesta última dimensão, caracterizada pelos benefícios que um pode ter com as perdas que os outros apresentam. Para o autor, o jogo de interesses ocorre e é resolvido pelo valor relativo possuído por cada jogador na arena de disputa.

No entanto, quando os entrevistados são questionados sobre a relação que possuem, tanto o prestador, quanto o gestor, a definem como boa. Isso decorre primeiro, segundo a corrente institucionalista, por que a concepção de cada ator político e social é moldada por características institucionais, ou seja, cada um representa e é formado pelos valores de sua instituição e não apenas pelos comportamentos morais individuais (PIERSON, 2004). Outro fator relacionado, é que os mesmos não entram em conflito entre si, pois utilizam na maioria das vezes um intermediador, o qual pode ser a regional de saúde, considerado um intermediador pouco resolutivo pelos gestores, ou a equipe diretiva do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e apoiadores do COSEMS regional.

Tais dados apontam que isoladamente um gestor de MPP terá baixo poder e valor relativo em uma arena de conflitos, quando comparados a um prestador. No entanto, este dado ao ser generalizado, somado ao senso comum de compreensão sobre os serviços públicos, impõe a toda classe um despreparo geral.

Mas eu acho que tudo está na gestão, assim, se as pessoas que estiverem na frente estiverem capacitadas ou comprometidas com isso tudo é mais fácil. O despreparo dos gestores é meio que geral, das equipes, dos gestores é assim, foi aquilo que falei, normalmente é leigo, então é aonde começa a ficar complicado (E3).

Diante destes aspectos, o gestor não se mobiliza e/ou expõe-se em relação aos prestadores de serviços em busca de resultados regionais. Os próprios gestores

mencionam a fragilidade de ações coletivas entre o colegiado formado na CIR e nas reuniões de CRESEMS.

Na hora em que realizamos nossas reuniões existe uma fala [um comportamento], uma pressão para que se aja [tome atitude], mas na hora que é necessário [o gestor] sentar-se a mesa junto pra negociação, há o acovardamento. Não, então deixa assim mesmo! Então, é por isso que não há intermediações. Porque elas não existem! [...] Agora, o que é necessário é que, quem faça a alegação continue alegando da mesma maneira na mesa de negociação [...]. [Como encaminhamento] foi marcada uma visita no prestador. Do estado [SESA] vieram dois representantes. **E tiveram [somente] dois gestores municipais juntos [...], era para estarem todos!** Então, na hora de falar é uma coisa, na hora de enfrentar é diferente (E6).

Percebe-se que o “acovardamento” mencionado acima está implicado à indiferença de alguns gestores em relação aos problemas regionais, e receio de represálias por parte do prestador. O poder do privado impõe ao público certa passividade em aceitar as determinações do primeiro. Além disso, alguns municípios não querem entrar em conflito com o prestador. Possivelmente, essa atitude é determinada por condições que extrapolam o contrato, como práticas clientelistas, interesses ao acesso, entre outros.

A ausência de governança regional reforça atitudes de regulação municipais isoladas e individuais. Deste modo, o colegiado formado por gestores públicos nas reuniões de CIR e CRESEMS não se apresentam fortalecidos o suficiente para impor-se sobre os prestadores. Pela análise das entrevistas, pode-se identificar que o gestor que possui mais conhecimento e habilidade de negociação sofre menos nas relações com o privado, e conseqüentemente ocorre o inverso, ou seja, o gestor que não se empodera da gestão se submete aos prestadores.

Mas a conversa, o ser diplomático, a diplomacia branca, talvez só exista para alguém que é branco ou tenha o nível capital igual a dos membros, aí é hora que precisa gritar (E1).

Com contribuições trazidas por obras literárias de Roberto Damatta (1997), toma-se como possibilidade de explicação a este comportamento a existência na sociedade de uma “cultura hierarquizada”, acumulada pelas características de formação do Estado brasileiro, como o clientelismo. Para o autor, os traços destes comportamentos formaram uma cultura fundamentada na qual não há igualdade entre os sujeitos, explicitada pela frase “*Você sabe com quem está falando?*” que é legitimada e institucionalizada nos espaços das relações públicas. No contexto da

relação público-privado na região o posicionamento do gestor é tímido e inferior ao prestador, o qual assume uma posição hierárquica superior ao primeiro, e desta forma, valida o poder simbólico desta relação.

Mas a gente observa que pra algumas pessoas isso não é muito conveniente ter esse mar de informação porque daí ele [terá] argumento e quando você tem argumento, você tem que se expor, não é verdade! Quando você tem argumento você se expõe, quando você se expõe, isso tem um custo, isso tem um custo [...] (E4).

A exposição do gestor em situações de conflito é delicada, pois ao estar instrumentalizado o gestor cobra mais do prestador, e a consequência dessa atitude traz ônus, como por exemplo, obstáculos para admissão de pacientes em situações de transferência. No conflito com o prestador, as perdas apresentam-se maiores que os ganhos, portanto, o gestor neutraliza-se, fica em “cima do muro”, ou alia-se a ele. Alguns entrevistados atribuem que o gestor instrumentalizado neutraliza-se em situações de conflito, pois opta por permanecer na “*zona de conforto*”.

Por outro lado é a zona de conforto, ser secretário de saúde por si só no município já é pesado, um fardo pesado, aí eu vou me preocupar com a região, vou cuidar do meu! O meu prefeito meu deu orçamento eu vou comprar serviço aqui, vou atender meu povo, vou ganhar a eleição, e que se exploda a região [...] (E1).

O comportamento de neutralizar-se perante o prestador é compreendida como uma atitude “acomodada” do gestor, e relaciona-se à contribuição de Roberto DaMatta (1997), da qual o cidadão no Brasil aprende desde a infância e é condicionado principalmente no espaços da casa (o espaço familiar), a não criticar, não questionar, ou contrapor situações e/ou atitudes da hierarquia familiar, estendendo essa conduta para as relações em sociedade. Na visão do autor, este comportamento é consequência de práticas aristocráticas e hierárquicas de formação do Estado brasileiro, ou seja, na atualidade permanece a projeção dos valores da casa (valores hierárquicos) para os espaços públicos, os quais institucionalizam os padrões de comportamento dessa ação.

Neste contexto, não é apenas o setor privado que será dotado de poder, mas também os entes hierárquicos possibilitados pelo federalismo, uma vez que é atribuída ao município uma falsa autonomia em relação aos outros entes. Santos (2012) afirma que os municípios possuem um *pseudo* poder conquistado pela descentralização política administrativa, pois permanecem tutelados ao financiamento com outros entes, principalmente o federal.

Por outro lado, assumir a posição de opositor ao prestador somente será viável quando a gestão possui outras opções de mudança, uma vez que, pode não haver auxílio e/ou pressão por parte dos demais gestores. A ausência de consensos entre os gestores na relação com o prestador enfraquece a governança da região.

“A governança é a conjunção entre a capacidade técnica e a capacidade política dos gestores de tomar decisões inteligentes e compartilhadas, gerando um ambiente permanente de atividade coletiva” (BRASIL, 2016a, p.64), ou seja, pode ser compreendida como uma estratégia de gestão, que ocorre por meio de instâncias colegiadas, destacando-se como componente fundamental para organização das redes de atenção.

As Redes de Atenção à Saúde, por sua vez, 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 a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011d; MENDES, 2011). Existem duas possibilidades de organização de um sistema de saúde, ele pode estar em rede (integrado) ou organizado de maneira fragmentada. Um sistema integrado de saúde é:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010, p. 9).

A região analisada possui características compatíveis com um sistema fragmentado de saúde, com o planejamento da demanda baseado na oferta de serviços de saúde; o modelo de gestão de contratos hospitalares isolados; o pagamento da oferta baseado em séries históricas e definidos pelos interesses dos prestadores; com tecnologias de gestão pouco acessíveis e com baixa capilaridade; e por fim, com financiamento dos serviços por produção (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de saúde possuem problemas que também estão alicerçados nas características de regionalização. A região pesquisada, por exemplo, classificada com baixa oferta de serviços de saúde (vazio assistencial) e baixo desenvolvimento socioeconômico (REGIÃO E REDES, 2016), possui pequena densidade populacional, e localiza-se no centro do anel de integração rodoviário do Estado, fora das rotas de ligação entre municípios estratégicos para a economia. Estas questões, entre outras, levam os gestores municipais a crerem que poderia

haver maior atuação do Estado na região, principalmente quando se compara os investimentos realizados em outras regiões de saúde.

Então o que acontece, decide-se em investir em polos financeiramente já avantajados, já alinhados [outras regionais] e os pobres [região pesquisada] vão ficando, cada vez mais pobres. É assim que acontece (E1).

Ou seja, os gestores acreditam que o Estado investe financeiramente em regiões maiores, possivelmente porque desta forma atinge melhores resultados políticos. Como mencionado anteriormente, a atuação do nível estadual é determinante para a efetivação do processo de regionalização das regiões de saúde de sua responsabilidade (MENICUCCI, 2014).

Não tem como deixar o município de Guarapuava decidir por Mato Rico.[...] Como eu vou deixar Londrina discutir por Nova Tebas? Ou Maringá discutir pela região de Ivaiporã (E1).

Contudo, não há consenso nesta questão, uma vez que, alguns entrevistados elogiam as ações do Estado, principalmente devido ao volume de recursos destinados aos municípios, para aquisição de equipamentos, transporte sanitário, construção de UBS, entre outros, frutos do investimento do Banco Mundial na economia do Paraná.

Rizzotto e Campos (2016) ao analisarem os interesses do Banco Mundial na área da saúde identificam que para a instituição, o setor saúde possui grande potencial de acumulação de capital, e por ser organizado de maneira descentralizada em governos subnacionais, a instituição pode financiar diretamente e principalmente os serviços estaduais, os quais na perspectiva do banco apresentam mais facilidade de adaptação às regras estabelecidas pelo contrato, como condições de implementar mecanismos de responsabilização e punição na gestão pública e de transferir a responsabilidade de execução dos serviços de saúde ao mercado. Dessa forma financia projetos de aquisição de materiais permanentes em grande escala, propiciando investimento em empresas privadas.

Na perspectiva do financiamento, apesar de ser um nó crítico para ações de MC nos MPP, pode-se observar na análise dos resultados, que não haverá investimento financeiro suficiente para a MC da região, se a capacidade de gestão dos serviços de saúde não aprimorar-se. Isso significa que o Estado pode financiar e/ou custear, mas não poderá gerenciar os serviços municipais. Neste contexto a

fragilidade de gestão é evidenciada como aspecto que contribui para a manutenção da relação público-privado na MC.

Não vai para frente [...] não adianta, o Estado pode fazer o maior investimento financeiro da história, que não vai funcionar (E9).

Ainda assim, os entrevistados elencam estratégias de fortalecimento da gestão regional, por meio da apropriação de instrumentos e capacitação dos gestores; pressão política e marcha de secretários à SESA; possibilidade do CIS como integrador da região; permissão da entrada de outros profissionais; ampliação da atuação da regional de saúde como intermediador entre os municípios, Estado e prestadores; e ainda inclusão de prefeitos nos processos de gestão de saúde.

Com a relação à participação de prefeitos na gestão de saúde, Campos (2016) afirma que o gestor do executivo municipal precisa assumir, além do aporte de recursos financeiros, o compromisso político de fortalecer a regionalização.

Ocorre que nem sempre a participação dos prefeitos é efetiva nos serviços de saúde. Secretários municipais afirmam que os prefeitos, em sua maioria, não querem discutir sobre o setor, talvez por sua complexidade, talvez por questão ideológica, já que, alguns gestores não concebem a universalidade de assistência à saúde como algo palpável, atingível, nos serviços municipais, visto que lidam diretamente com o financiamento e custeio dos serviços, dessa forma, tendem a reforçar a ideia de assistência aos mais pobres, fortalecer os contratos com instituições privadas, e entendem que a responsabilidade do setor público deveria ficar restrita a APS, direcionando os outros níveis de atenção à iniciativa privada.

Viana, Fonseca e Silva (2017) ao analisarem as políticas de proteção social na América Latina e Caribe, afirmam que a recessão econômica e o alinhamento ideológico de diversos países da região com discurso neoliberal resultarão, entre outros, na deterioração da capacidade fiscal do Estado e no recuo de políticas sociais, e fortalecimento dos mercados privados.

Surpreende, nesta questão, que secretários municipais também comunguem da ideia de minimização dos serviços públicos em saúde, reconhecendo que o setor privado realiza inovações em menor tempo, propicia melhores estruturas físicas, menores custos, e maior capacidade de gestão. Para esses gestores os serviços públicos são altamente burocráticos e com número excessivo de profissionais. Mencionam, como exemplo, o crescimento possibilitado devido ao investimento

privado em um hospital de uma região de saúde próxima à região pesquisada, que configura serviços públicos e privados.

Hoje dentro da secretaria municipal de saúde são 46 funcionários, se isso aqui fosse privado com 15 eu tocava [...]. Olha os laboratórios, que seja da UEL e olha o do setor privado, de uma universidade privada para você ver, a capacidade de gerir dinheiro do setor privado é muito mais fácil, por isso eu acho que nós deveríamos ser os responsáveis [apenas] pela atenção primária [...] (E6).

Outros fatores também interferem na organização dos serviços regionais. Na região analisada os prefeitos não costumam participar das assembleias do consórcio, ou discutir o tema saúde em reuniões de associações regionais de municípios: Associação dos Municípios do Vale do Ivaí (AMUVI), e Associação de Municípios Centro Paraná (AMOCENTRO). Ao não inteirarem-se das questões, prejudicam a regionalização, uma vez, que a autonomia do secretário de saúde está atrelada ao gestor do executivo municipal.

Outro aspecto a ser destacado, é a instituição de políticas verticalizadas oriundas dos espaços colegiados de nível Estadual (câmaras técnicas e reuniões da Comissão Intergestores Bipartite - CIB), os quais não apresentam paridade de representação entre as regiões, implementando políticas sem considerar as particularidades das regiões de pequeno porte. A fragilidade destes espaços também é percebida na região pesquisada, principalmente nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) e CRESEMS.

Nicoletto (2015) ao estudar as instâncias de colegiado na macrorregião norte do Estado identificou que estas atuam principalmente como local para avisos e informações, do que propriamente como espaço de pactuação, no qual os problemas são discutidos muitas vezes sem alcançar encaminhamentos e/ou estratégias de resolução, determinado pela relação não simétrica de poderes entre os membros participantes.

Menicucci (2014) caracteriza as instâncias de colegiado como “arenas federativas”, ou seja, instâncias de pactuação, com o objetivo dos atores compartilharem decisões e tarefas, auxiliando e favorecendo a negociação, e assim, gerando equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios. Estas instâncias devem ser ambientes institucionais favoráveis à coordenação e articulação de atores, serviços e ações de saúde do território (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

No campo desta pesquisa os atores que fazem parte da arena de decisão política são os gestores públicos de saúde, secretários e prefeitos. No entanto, esses atores sofrem grande influência dos prestadores privados.

Viana *et al* (2017) ao pesquisarem cinco regiões brasileiras quanto ao processo de regionalização e de pactuações nas comissões e colegiados de gestão afirmam que a discussão sobre a relação público-privado passa por inúmeras relações formais e informais, mas não possuem um fórum próprio nas regiões de saúde para este fim, assim, os autores reforçam a urgência de criação destes espaços. E ainda destacam que a fragilidade dos espaços de negociação e pactuação passaram a ser uma nova marca do sistema de saúde brasileiro.

Se no contexto macro organizacional a dependência da trajetória (PIERSON, 2004; MENICUCCI, 2003) está evidenciada nos estímulos que as configurações políticas incentivam à formação de grupos de interesse, por exemplo, a “Bancada da Saúde” no congresso nacional, discutida no capítulo sobre financiamento, que ao privilegiar os interesses filantrópicos e privados no âmbito macro político, influencia as relações em outros níveis do sistema. No contexto micro organizacional (MPP) os incentivos para os atores políticos (secretários de saúde), com exceção dos favorecimentos nas redes de assistência privada, podem apresentar-se implícitos em algumas situações, pois os mesmos já foram realizados diretamente aos prefeitos, por meio do financiamento de campanha, ou por apoio político, uma vez que gerentes e mantenedores dos hospitais privados mantêm forte liderança regional.

Somam-se a este cenário, os problemas institucionais da gestão de MPP, como a falta de autonomia no processo de decisão política dos gestores de saúde, constantemente tutelados ao executivo municipal; e a ausência de alternativas possíveis à complementação dos serviços de MC, estabelecidas por problemas na descentralização e regionalização destes municípios. Nesta perspectiva, o gestor público, apesar de integrar a arena decisória, é um ator secundário, que em um contexto pessimista, apresenta baixo poder de deliberação.

Dessa forma, a fragilidade da gestão e regionalização apresentadas permite compreender que a relação entre os MPP e o serviço privado complementar atravessa e afeta o processo de regionalização desses municípios. Colabora também para a compreensão da dinâmica de poder, e das desigualdades nos

arranjos sociais desta região, que funcionam como constrangimentos às políticas de saúde, determinando certa rigidez às instituições (PIERSON, 2004).

Neste sentido cabe ao município,

[...] o desafio de assumir a gestão do sistema, realizar o planejamento das ações, estabelecer a adequação entre a oferta dos serviços de acordo com as respectivas demandas identificadas na população, além de atuar na formulação de estratégias que viabilizem a implementação das novas diretrizes para a construção de um sistema fortalecido e com resultados positivos (SAUTER; GIRANDON-PERLINIM; KOPF, 2012, p. 274).

Além das questões mencionadas acima, há também a necessidade do fortalecimento de “*mesas de negociação*” entre gestores públicos e prestadores privados. O gestor deve compreender que o prestador não executará serviços sem financiamento. Isso significa que o poder de negociação, governança e regionalização precisa estar evidente nesta perspectiva.

Contudo, estas relações devem estar reguladas por serviços efetivos, de acordo com contratos em rede de serviços, possibilitados pela governança regional. A governança representa diversidades de interesses, que devem ser organizados e negociados de acordo com as finalidades e necessidades comuns da região para a garantia do direito a saúde dos cidadãos (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Neste contexto revela-se a necessidade de uma política pública que possibilite criar mecanismos de fortalecimento para complexos reguladores assistenciais em regiões de MPP, e colaborar com o planejamento das necessidades regionais contra a lógica da compra de serviços por produção.

Acredita-se que o custeio de equipes municipais de regulação, com aporte mensal de recursos, formada por equipe mínima de profissionais reguladores e auditores, e com processos de trabalho orientados para esse contexto, garanta maior possibilidade de gestão ao município e com consequência aumente a governabilidade regional. Propõe-se essa medida não para aumentar a burocracia dos serviços públicos, mas sim garantir ações efetivas e inovadoras dentro de um dos gargalos do sistema de saúde, a MC.

Agora o município que não regular, ele não vai aguentar, ele vai parar. Vamos ter que continuamente regular e estruturar a Atenção Básica dentro da Regulação. É a palavra chave, regular (E1).

Observa-se, portanto, que a palavra “regulação” utilizada neste capítulo é polissêmica, pois está atrelada à regulação de acesso, à regulação assistencial, ao planejamento, à auditoria, controle, e governabilidade. Nesta perspectiva a implantação de setores regulatórios municipais podem reduzir as iniquidades na MC e possibilitar crescimento nos processos regionais, se atuarem juntamente ao fortalecimento da APS e da capacidade gestora dos municípios.

Esta ação deve ser capitaneada pelo Estado, uma vez que sua participação é determinante para efetivar o processo de governança regional, além disso, fortaleceria a regionalização, ao estimular a cooperação entre os municípios, minimizando a competição entre os mesmos, e colaborando para a construção da ideia de região de saúde, que aparentemente é inexpressiva, sobretudo, nas comissões intergestoras.

Alguns dos problemas evidenciados nesta pesquisa foram identificados por Viana, Fonseca e Silva (2017) ao analisarem a conjuntura das políticas de proteção social, entre elas o setor saúde, na América Latina e Caribe. As autoras argumentam que apesar dos diferentes arranjos apresentados nos países, o caráter híbrido das políticas (públicas com participação dos serviços privados na oferta e gestão), com modelos segmentados de acesso em função da posição social dos indivíduos, retrata a dificuldade de formar coalizões fortalecidas o suficiente para romper com os arranjos institucionais enraizados na sociedade latino-americana. Isso se deve, principalmente pela influência da agenda neoliberal, que estimula práticas de privatização dos serviços, e apropria-se dos valores de universalidade e equidade das concepções da saúde coletiva.

Por outro lado, observa-se que o modelo de organização da relação público-privado na região analisada, consegue garantir, mesmo que à revelia da lei, serviços de MC para a população do território, e apesar, da complexa formatação regional, constata-se um movimento contínuo de profissionais, e gestores, esforçados para a mudança destes aspectos. Neste sentido, pode-se elencar as estratégias que forneceria *feedback* “negativo” a esta realidade, como novas formas de contratualização de serviços complementares, entre elas, os contratos de gestão e/ou em rede de atenção; o fortalecimento de tecnologias de gestão da clínica na AB; a implementação das RAS em âmbito regional; a pactuação em mesas de negociação no SUS e em fóruns regionais para o debate da relação público-privado;

o fortalecimento de complexos reguladores; e a mobilização de gestores, com a utilização das instâncias colegiadas para a construção da governança regional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresenta resultados da relação entre gestores públicos e prestadores privados do sistema complementar, para a realização de assistência à saúde de MC entre MPP de uma região de saúde.

A partir de contribuições do referencial “neoinstitucionalista”, a pesquisa permitiu a compreensão de práticas institucionais realizadas por gestores e prestadores regionais, utilizando conceitos trazidos, principalmente, por Paul Pierson, bem como, a análise desta corrente para a realidade do sistema de saúde brasileiro, discutida pela Professora Telma Maria Gonçalves Menicucci. Ainda, nos atrevemos a olhar para o “agir” das relações sociais entre os indivíduos deste cenário, por meio da compreensão de práticas clientelistas.

Permitiu também a discussão sobre o processo de descentralização política-administrativa dos sistemas de saúde para o âmbito municipal, e os esforços, ainda em construção, para organização das regiões de saúde com vistas à integralidade da atenção.

A princípio, a pesquisa possibilitou a análise do contexto da região estudada (22ª Regional de Saúde do Paraná). Indicadores de acesso e sócio assistenciais mostram que esta região possui baixo nível socioeconômico; baixa oferta de serviços; e, adequadas coberturas de atenção básica; porém, com baixa resolutividade dos serviços, evidenciadas pelo alto número de internações por causas sensíveis à atenção básica, baixa taxa de ocupação de leitos hospitalares, e altos coeficientes de mortalidade e morbidade de doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas.

A caracterização dos sujeitos da pesquisa, também colaborou para a compreensão da diferença, em anos de experiência, entre gestores públicos entrevistados e os prestadores privados; em média os prestadores privados possuem 10 (dez) anos a mais na atuação como administradores de serviços de saúde, do que os primeiros.

A construção das categorias de análise permitiu compreender e validar que a relação público-privado em regiões de municípios de pequeno porte é permeada por focos de tensão, estimulada por benefícios e interesses, e configurada por relações

assimétricas de poder, possibilitadas por práticas realizadas por gestores e prestadores, permitidas e naturalizadas nos espaços institucionais.

A primeira categoria de análise dos resultados abordou questões da relação público-privado e aspectos relacionados à demanda, oferta e acesso aos serviços de MC. Entre os resultados apresentados destaca-se o quanto a MC nesta região de saúde é influenciada pela oferta de serviços, podendo-se também observar que a mesma é propiciada por uma rede pautada no modelo biomédico, com alta taxa de intervenção diagnóstica sobre os problemas de saúde da população; os serviços regionais apresentam *lobbies* ou reservas de mercado, entre profissionais de saúde e prestadores para algumas especialidades médicas; verifica-se, também, a dualidade de profissionais, atuantes nas duas esferas, possibilitadas por benefícios trazidos por estas; e ainda, a percepção social dos serviços públicos, especialmente em relação à atenção básica, que colaboram com o pensamento hegemônico hospitalocêntrico.

A categoria de financiamento dos serviços de média complexidade apresenta que MPP possuem baixa arrecadação de impostos e conseqüentemente recursos insuficientes para a integralidade da assistência à saúde de seus municípios. Constata-se, também, que os municípios não recebem em seu FMS recursos do bloco de MAC, ocasionados por sua categoria de gestão (Plenos da Atenção Básica), e por esta razão custeiam os serviços de média complexidade com fonte livre, deixando de financiar ações na atenção básica, a qual em tese seria sua maior responsabilidade.

Quanto à categoria de análise dos “contratos”, percebe-se que sua realização entre o município e o prestador é indispensável e obrigatória ao desenvolvimento das ações de média complexidade, no entanto, sua execução está em desconformidade às normas operacionais do sistema, o que implica vários fatores, e possibilita a (inter) dependência entre ambos.

Neste contexto, a modalidade de credenciamento por inexigibilidade de licitação apresenta-se como a mais utilizada para legitimar os contratos entre gestores e prestadores, podendo apresentar direcionamentos implícitos.

Interesses e benefícios são percebidos na relação contratual entre as esferas, os quais serão maiores ou menores a depender da tipificação do contrato entre o município – exclusivo ou não exclusivo, com o prestador. Vantagens e práticas

clientelistas, sobretudo do poder executivo municipal, estabelecem as características dos contratos, principalmente nos municípios com contrato exclusivo.

O preço diferenciado das tabelas, cobranças indevidas, e posturas questionáveis, marcam uma relação de dependência, mas também de assimetria. Gestores públicos assumem uma postura inferior ao prestador, posicionam-se individualistas, e por não elencarem vias de saída e/ou por não enxergarem mudanças em curto prazo, geralmente não entram em conflito com os prestadores, pois os ônus desta disputa podem ser maiores que os bônus produzidos por ela. Possivelmente, os problemas que enfrentam cotidianamente no processo de gestão são motivadores para permanecerem na “zona de conforto”.

A última categoria analisada apresenta que os instrumentos de planejamento, contrato, avaliação, auditoria e regulação dos MPP em relação à MC ainda são incipientes e informais, os quais podem ser estimulados e influenciados por características que permeiam a função do gestor municipal, a respeito de sua formação, ação de governo, e autonomia de trabalho.

Observa-se que a relação entre usuários, gestores e prestadores para as ações de MC, são permeadas por práticas clientelistas e hierarquizadas, apoiadas nas relações de poder e benefícios existentes entre os mesmos.

Conclui-se, portanto, que a relação público-privada na região é evidenciada na MC, por meio de uma arena de conflitos e interesses que envolvem questões relacionadas à macro e à micropolítica, como o financiamento, demanda, contratos, relação de profissionais, gestores, prestadores, e usuários; determinada por processos de gestão municipal e regional. Esta arena é formada principalmente por gestores públicos, os quais são fortemente influenciados por prestadores privados.

A relação entre gestores públicos e prestadores privados atravessa e afeta o processo de regionalização, minimizando as ações de governança regional, e estimulando atitudes isoladas por parte dos municípios.

As características dessa relação chegam a extrapolar as áreas jurídico-administrativas, entrando na seara do comportamento moral e ético. A lógica de produção e do capital é, sem dúvida, a mais predominante, mas, o comodismo dos gestores, associado à ausência de alternativas, ou ainda, à manutenção dessa relação, também são determinantes para esse processo.

A governança da região, o processo de regionalização, e os mecanismos de *accountability* deveriam estar mais evidentes nas redes de serviços em que são realizados contratos e mesas de negociação, para a reflexão, discussão e resolução de questões pertinentes à relação entre o ente público e o privado.

Aponta-se como possibilidade, para enfrentar os problemas denunciados na presente pesquisa, a realização de contratos executados em blocos e/ou redes de atenção de forma consensuada entre gestores, abrangendo toda a região. Essa medida deveria ser capitaneada pela secretaria de saúde do Estado, que, formalmente, é quem responde pela gestão da média complexidade na região estudada. Além disso, o fortalecimento da governança regional, a ação regulatória da gestão, e a mobilização social, surgem como estratégias possíveis e também necessárias a este enfrentamento. É imperativo também destacar que a ideia de região de saúde, a partir de seu conceito teórico e ideológico, precisa ser construída, sobretudo nas comissões intergestoras.

Finalmente, conclui-se que a relação público-privado na região deve ser aperfeiçoada por meio de tecnologias de gestão e novas modalidades de contratação que possibilitem a integralidade das ações, a regulação, e a autonomia dos municípios perante os prestadores. Nesta perspectiva, a natureza jurídica (público ou privado) da instituição que oferece os serviços não é o item mais importante nesta discussão, mas sim, se ela atende aos interesses públicos contratualizados.

Problemas similares e características semelhantes à região estudada podem também ocorrer em outros municípios desse porte e/ou regiões do país, já que MPP representam quase 70% dos municípios brasileiros, e constituem 40% das regiões de saúde.

Portanto, quais seriam as saídas e estratégias para este modelo de gestão? Como garantir a efetiva aplicação de recursos públicos neste modelo assistencial? Existem experiências regulatórias de serviços privados bem sucedidos em diferentes arranjos de organização de saúde? Como a cultura organizacional e institucional brasileira adapta-se a estes modelos?

Talvez, as respostas aos problemas identificados na relação público-privado deste contexto estejam na compreensão dessas perguntas, as quais podem servir como norteadores para outras pesquisas dentro dessa temática.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D; MIRANDA, C. G; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, (supl.1), p.20-31, 2007.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ARRETCHE, M.; MARQUES E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.455-479, 2002.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, 2003, p. 331-345.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R.B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Organizadores), **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. England: Open University Press. 2007, p. 22–43.
- BASTOS, Francisco Avelar *et al.* Capital social e o sistema único de saúde (SUS) no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.177-188, 2009.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e da outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 545, de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.283/93**. Brasília, 1993b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8666 de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 2203, de 5 de novembro de 1996.** Norma Operacional Básica 01/96. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000.** Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 168 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1606, de 11 de setembro de 2001.** Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1101 de 12 de junho de 2002.** Parâmetros assistenciais do SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional De Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Brasília-DF, 2004, 175p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS.** Série Pactos pela Saúde. v.3. Brasília, 2006a, 40p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em desafio, em defesa do SUS e de gestão.** Série Pactos pela Saúde. v.1. Brasília, 2006b, 78p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Série Pactos pela Saúde, v.6, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4279, 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). Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1034, de 5 de maio de 2010.** Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. 223p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. 224p.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7508, 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*, Brasília, DF, 29 jun. 2011c.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011d. 132p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011e. 123p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011f. 132p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União nº 12, seção 1, p.59, 2012a.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de ocupação operacional geral.** v.1. 2012b. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf>. Acessado em: Dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Presidência da República. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis nº 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília-DF, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. Série Articulação Interfederativa - Volume 2. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.410 de 30 de Dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Projeto de Lei Orçamentária Anual, 2014**. Brasília, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de contabilidade aplicada ao setor público**. 6ª ed. Brasília: DF, 2014, 360 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 1ª ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 137p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde**. 1ª ed. Brasília, 2016b, 63p.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 95 de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2436 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 (SUS). Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3992 de 29 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BOBBIO, N. **Estado Governo e Sociedade: para uma teoria geral da política**. 14ª ed, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007.

BODGAN, R.C.; BIKLEN, S.K.; **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto Editora, 1994.

CAMPANTE, R.G. O patrimonialismo em Faoro e Weber e a sociologia brasileira. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.46, n.1, p. 153-193, 2003.

CAMPOS, G.W.S. O público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique Brasil**. 2008. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/o-publico-e-o-privado-na-saude-brasileira/>. Acessado em: junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Desafios para os prefeitos na área da saúde. **Le Monde Diplomatique Brasil**. 2016. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/desafios-para-os-prefeitos-na-area-da-saude/>. Acessado em: junho de 2017.

CAMPOS, G.W.S.; O público, o estatal e o particular nas políticas de saúde. In: HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L.C.; BARBOZA, R. (Org.) **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 57-82p.

CAPISTRANO, D. Valores políticos e a construção de sistemas públicos de saúde no Brasil e nos Estados Unidos. **Sociedade e Cultura**, v.18, n.1, p.113-123, 2015.

CARVALHO, B.G. **Coordenação de unidade da atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. Tese (Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem). USP, 2012.

CARVALHO, B. G., *et. al.* Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE M.A. *et al* (Org.) **Bases de Saúde Coletiva**. Editora UEL, Londrina-PR, 2017.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001, p.113-126.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: [www.cnes.gov.br](http://www.cnes.gov.br). Acessado em: 01/02/2017.

DAMATTA, R.; **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro, 1997.

DOBASHI, B.F. Um novo pacto de gestão do SUS. **Revista Conasems**, Brasília, v.1, n.14, 2005, p. 47-48.

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. **Health-Care Systems: Lessons from the reform experience**. OECD, 2003.

DOMINGUEZ, B. Mercadão da saúde. **Revista Radis**. Planos populares: o barato que sai caro. n. 175, 2017, p.16-21.

ELIAS, P.E. O Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

FAORO, R. **Os donos do poder: a formação do patronato brasileiro**. 5ª ed. Biblioteca Azul, 2012.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J.; **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Rio de Janeiro, UFRJ, 1989.

FELICIELLO D., *et al.* **Contratualização de serviços de saúde: guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS**. NEPP. UNICAMP. Campinas, SP. 2016, 229p.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v.11, n.2-3, p. 74-83, 2012.

FLEURY, S.; FARIA, M. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS! In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. (Org.) **Judicialização da saúde no Brasil**. Editora Saberes, Campinas, 2014.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS J.; TURATO, E.R.; Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

GALDINI, R. Características patrimonialistas do Estado brasileiro: anotações para estudo de política educacional. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v.24, n.2, p.197-213, 2008.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. **GacSanit**.v.20, Supl. 3, p. 66-71, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas. 4ª ed. São Paulo, 2009.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOTTEMS, L. B. D *et al.* **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades** (Relatório Final da Pesquisa). Brasília, 2008.

GUIMARÃES, E.A. Credenciamento como hipótese de inexigibilidade de licitação. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011. Disponível em: <http://www.ambito->

[juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10573](http://juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10573).

Acesso em junho de 2017.

HALL, P.; TAYLOR, R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Lua Nova, n.58, p. 193-224, 2003.

HANDEM, P.C, *et al.* Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**.3 ed. Editora Yendis, 2009, p. 91-118.

HOLANDA, S.B. **Raízes do Brasil**. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 09/09/17.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1849-1856, 2012.

LIMA, L.D, *et al.* O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: Ugá MA, Sá MC, Martins M, Braga Neto F, organizadores. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 27-58.

\_\_\_\_\_. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde**. *Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. 2016. Disponível em: [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br). Acesso em 28 nov. 2017.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V; GERASSI, C.D. O neo-institucionalismo e análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R.; BATISTA, T.W.F.; Organizadores. **Caminhos para análises de políticas públicas**.Org: 1ª ed. Rede Unida: Porto Alegre, 2015.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.G.; PÉREZ, P.B.; VEGA, R.S. **Oferta, demanda e necessidades de médicos especialistas no Brasil: projeções para 2020**. 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>. Acessado em: 01/04/2017.

MACGNAN, I.P. *et al.* Análise do processo de democratização do Estado brasileiro. **X Salão de Iniciação Científica PUCRS**, 2009.

MARCH, J.G.; OLSEN, J.P. Neo-institucionalismo: fatores organizacionais na vida política. **Revista Sociologia e Política**, v. 16, n. 31, p. 121-142, 2008.

MARQUES, E.C. **Notas críticas à literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos**. Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. Government, politicalactorsandgovernance in urban policies in Braziland São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, São Paulo, v. 7, n. 3, p 8-35, 2013.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos didáticos**. Editora Centauro. São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos didáticos**. Editora Centauro. São Paulo, 2005.

MATOS, C.A.; POMPEU, J.C. Onde estão os contratos? Análise da relação dos prestadores privados e serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, 629-643p, 2003.

MATUS, C. **Teoria do jogo social**. Tradução Luís Felipe Rodriguez Del Riego; revisão técnica VanyaMundimSant'Ana. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MENDES, A. **O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS e não a forma de repasse desses recursos**. Entrevista Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>. Acessado em: abril de 2017.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. 19-91p.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os Sistemas de Serviços de saúde: o que os Gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Editora: Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, 2002.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. CONASS. Brasília: OPAS, 2011, 549p.

\_\_\_\_\_. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1ª ed. CONASS, 2015, 193p.

MENDONÇA, F.F.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A.; e col.. **Gestão interfederativa no SUS na organização de arranjos regionais para atenção de médica complexidade na macrorregião norte do Paraná**. Projeto de Pesquisa, UEL, 2016.

MENICUCCI, T.M.G.; **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política), UFMG, Belo Horizonte, 2003, p. 402.

\_\_\_\_\_. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p.180-197.

\_\_\_\_\_. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional.** CEPAL. Série Políticas Sociais. n.196, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed., São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed., São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2010

MOISÉS, J.A. **Democracia e confiança: por que os cidadãos desconfiam das instituições públicas?** São Paulo: Edusp, 2010.

MORAES, L.F.B; AGUIAR, S.M.B. Regulação da saúde suplementar no Brasil: do antigo ao novo patrimonialismo. **Revista Gestão Pública:** Práticas e Desafios, Recife, v.2, n.2, jun. 2011.

NETO, L.H.R. A formação do Estado brasileiro: patrimonialismo, burocracia e corrupção. **Revista do Mestrado em Direito,** UCB, 2008.

NICOLETTO, S.C.S. **Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a assistência médica especializada.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). UEL, 2002.

\_\_\_\_\_. **As comissões intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná, 2011 a 2013.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UEL, 2015.

NORMAN, A.H.; TRESSER, C.D. Prevenção quartenária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.25, n.9, 2009, p. 2012-2020.

NORTH, D.C. Institutions. **Journal of Economic Perspectives.** v. 5, n.1, 97-112p, 1991.

OLIVEIRA, E.M.; SANTANA, I.C.; ALVES, A. Radcliffe-Brown e o estrutural-funcionalismo: a questão da mudança na estrutura e no sistema social. **Revista Diálogos,** n.11, 2014.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** 2ª ed. Editora Vozes: Petrópolis, ABRASCO, 1989, 360p.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPAS; 2010.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

PAIM, J.; TRAVASSOS, CM; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011, maio, Saúde no Brasil. p.11-31.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do sistema único de saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(sup.), p.1819-1829, 2007.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Manual do Hopsus. Programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do sistema único de saúde do Paraná**. Curitiba, 2011.

\_\_\_\_\_. Departamento de Estradas de Rodagens. Disponível em: <http://www.der.pr.gov.br/>. Acessado em: Abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxpr.def>. Acessado em: Janeiro de 2017.

PASE, L.H.; MÜLLER, M.; MORAIS, J.A. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. **Pensamento Plural**, n.10, p. 181-199, 2012.

PELISSONI, A.M.S.; Objetivos educacionais e avaliação da aprendizagem. **Anuário da produção acadêmica docente**, v.3, n.5, p.129-139, 2009.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004, 80p.

PIERSON, P. **Politics in time: history, institutions, and social analysis**. Princeton: Princeton University Press; 2004.

PIMENTA, A. L. **Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS**. Jornal do Cremesp. Edição 215, 7/2005. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=531>. Acesso em: jun de 2017.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & saúde coletiva**. v.21, n.5, p.1511-1524, 2016.

PINAFO, E; *et al.* Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do paraná: perfil, fun es e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a saúde** (Revista de Saúde Pública do Paraná). v. 17, n. 1, p.130-137, 2016.

POMPEU, J.C.B. **A situa o contratual de rede hospitalar privada vinculada ao SUS: alguns elementos para reflexão**. Disserta o (Mestrado Profissional da ENSP). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004, 183p.

RIZZOTTO, M.L.F.; CAMPOS, G.W.S. O Banco Mundial e o Sistema  nico de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016.

REGIÃO E REDES. Caminhos para a Universaliza o da Saúde no Brasil. **Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2016**. Disponível em: <http://www.resbr.net.br>. Acesso em: fev de 2016.

ROMANO, C.M.C.; *et al.* Articula o público-privada na aten o ambulatorial de m dia e alta complexidade do SUS: atua o da secretaria de saúde do Mato Grosso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2015, 1095 - 1115p.

SADER, E.S.; O público, o estatal e o privado. In: HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L.C.; BARBOZA, R. (Org.) **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 43-56p.

SANTOS, A.R. & CONCEI O, A.L. A política de descentraliza o da saúde e suas interfaces escalares. **Revista Scientia Plena**, Aracaju, v. 6, n.5, 2010.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde: regionalizando a descentraliza o**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, 2012. 288p.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A. Política, aten o primária e acesso a serviços de M dia e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 744-755, 2014.

SAUTER, A.M.W.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; KOPF, A.W. Política de regionaliza o da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.16, n.2, p. 265-274, 2012.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representa o política e interesses particulares na saúde: a participa o de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Relatório de pesquisa, 2015.

SILVA, C. R. **Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média complexidade**. Disserta o (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, 2016. 164p.

SILVA, J.F.M; CARVALHO, B.G. A vigilância em saúde no âmbito municipal: revisão integrativa. **Espaço para a Saúde** (Revista de Saúde Pública do Paraná), v.18, n.1, p. 184-195, 2017.

SIOPS. **Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde**. Relatório Anual de Gestão, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acessado em: abril de 2017.

SOARES, L.T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L.C.; BARBOZA, R. (Org.) **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 57-82p.

SOLLA, J.; CHIORO, A. A Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p.547-576.

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. da S., TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 953-972, 2010.

STEINMO, S.; The new institutionalism. In: CLARK, B.; FOWERAKER, J. (eds.) **The encyclopedia of democratic thought**. London: Routledge, 2001.

STEVANIN, L.F. Vozes da saúde no legislativo. **Revista Radis**. SUS: as ameaças que vem do congresso. n. 156, 2015, p.14-23.

STOKES, S.; et al. Brokers, voters and clientelism: the puzzle of distributive politics. New York: Cambridge University Press, 316p., 2013. Resenha de: ROCHA, M.M. O clientelismo revisitado: uma explicação focada nos mediadores. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 19, n. 45, p. 398-412, 2017.

THELEN, K.; STEINMO, S. **Structuring Politics**: historical institutionalism in comparative analysis. New York: Cambridge University Press, 1992. p. 57-89.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, v. 58, p. 225-255, 2003.

TREVISAN, L. M.; JUNQUEIRA L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, 2007, p.893-902.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ. **Estudo de viabilidade municipal, 2015**. Disponível em: <http://www1.tce.pr.gov.br/multimidia/2017/1/pdf/00308470.pdf>. Acessado em: junho de 2017.

UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E.M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

VIANA, A.L.D, *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v.22, n.1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Organizadores). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A.L.A.; FONSECA, A.M.M.; SILVA, H.P.S. Proteção social na América latina e caribe: mudanças, contradições e limites. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Supl. 2, 2017.

VIANA, A.L.A; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, n.15.2017. **Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br). Acessado em: jan de 2017.

VIEIRA, J.M.R.; GARNELO, L.; HORTALE, V.A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no programa saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**. v.19, n.4, 2010, p.852-865.

Yin, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

## Questionário

**Caracterização**

Iniciais:

Regional:

Município:

Cargo:

Instituição:

Escolaridade:

Idade:

Tempo no cargo:

Tipo de Gestão: ( )Plena ( )Básica

Experiência anterior em gestão:

- 1- Considera que a rede de serviços públicos e privados existentes na região é suficiente para a demanda?
- 2- No seu município (ou instituição) como ocorre a contratualização destes serviços (licitação, credenciamento, menor preço, etc)?
- 3- Como é definida a oferta de ações e serviços de média complexidade no município (ou instituição)? Há planejamento?
  - Definição de quantidade de procedimentos?
  - Programação na PAS/LOAS?
  - Definição de gastos/prestado?
  - Definição do valor a ser pago?
  - Rateio entre os municípios?
- 4- Saberá informar as fontes (recurso livre, bloco de MAC, etc) de financiamento (arrecadação) para os serviços de média complexidade?
- 5- Como se dá o processo de pactuação, avaliação, e fluxos de encaminhamento para as ações e serviços de média complexidade?
  - Que entidades participam e de que forma ocorre a participação?
  - Existem metas a serem cumpridas?
  - Avaliação do serviço prestado?
  - Satisfação dos usuários?
  - Em que espaços elas se realizam?

- 6- Quando existem conflitos de interesses entre os atores envolvidos nas discussões (ou contratos), quais são os mecanismos utilizados para eliminá-los ou reduzi-los?
- 7- Como se estabelece a relação entre o município (ou instituição) e os prestadores (ou município) de ações e serviços de média complexidade?
- 8- Como você avalia sua participação nesse processo? Consegue ser ouvido quando precisa apresentar/trazer as necessidades de sua população ou de suas equipes?

## APÊNDICE B

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TITULO DO PROJETO:** Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná, com ênfase na relação público-privado**” a ser realizada na região centro-norte do Paraná. O objetivo da pesquisa é “Compreender o processo de gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná”. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio da aplicação de uma entrevista.

Esclareço que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclareço, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do Parecer nº 1.700.851/2016, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclareço ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação.

Os benefícios esperados são de compreender como a relação público-privado para ações de assistência à saúde na média complexidade nos municípios da região centro-norte do Estado do Paraná, pode resultar em garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Quanto aos riscos, informo que a presente pesquisa não apresenta risco aos envolvidos sendo que todas as informações obtidas através de questionários e registros impressos serão tratadas com confidencialidade e sigilo.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contactar o pesquisador João Felipe Marques da Silva, Av. Tancredo Neves, 3323, Centro – Ivaiporã/PR, pelo telefone (43) 98409-1988, ou e-mail [jmfliper@hotmail.com](mailto:jmfliper@hotmail.com) e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por telefone (43) 3371-5455, ou por e-mail [cep268@uel.com.br](mailto:cep268@uel.com.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

-----  
João Felipe Marques da Silva  
Pesquisador

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

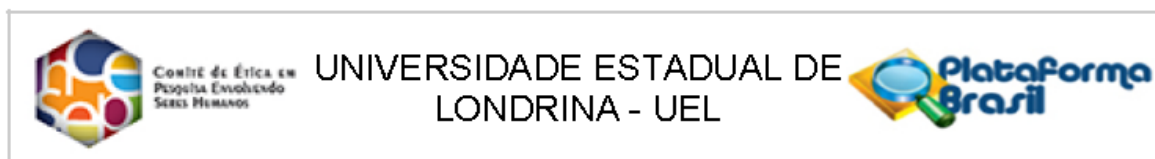
Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

## **ANEXOS**

ANEXO A  
Parecer Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná.

**Pesquisador:** Fernanda de Freitas Mendonça

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56868416.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Fundação Araucária

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.700.851

**Apresentação do Projeto:**

O acesso aos serviços da Média Complexidade (MC) torna-se um desafio para os gestores do SUS pois, além da diversidade de características de estados, regiões ou municípios, o setor privado é o que prioritariamente realiza os procedimentos mais complexos em relação a exames e procedimentos diagnósticos, ficando o Sistema de Saúde na dependência da iniciativa privada, que atua como fonte suplementar de serviços. Diante disso, o objetivo desse estudo é compreender o processo de gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná. Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa realizada em dois momentos. O primeiro terá um caráter exploratório com banco de dados e sistemas de informação. Já o segundo será um estudo de caso por meio de análise de documentos e entrevistas com gestores. O estudo será realizado na macrorregião norte do Paraná. Com os possíveis resultados, espera-se produzir o mapeamento do acesso às ações e serviços de média complexidade; a identificação da participação das esferas de governo no financiamento das ações e serviços de média complexidade; a produção de elementos que subsidiem o aprimoramento da Gestão interfederativa das ações e serviços de média complexidade; a ampliação do conhecimento sobre a Gestão Interfederativa, suas potencialidades e limites na macrorregião norte do Paraná; e ofertar subsídios para a elaboração de estratégias que auxiliem

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

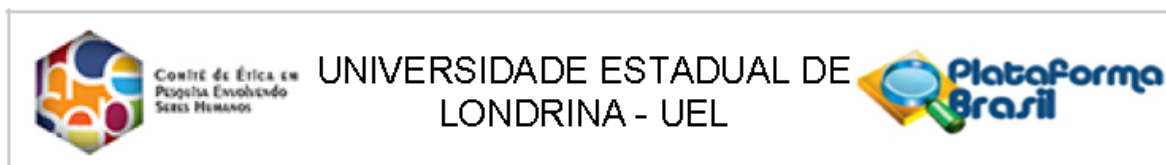
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.700.851

na superação dos desafios relacionados ao sistema de governança dos serviços de média complexidade.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: Compreender o processo de gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na Macrorregião Norte do Paraná.

Objetivos secundários: Identificar as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares disponibilizados no âmbito da atenção de média complexidade em saúde; Analisar a relação público-privado para atenção à saúde de média complexidade quanto à programação, formas de vinculação e pagamento, mecanismos de regulação e resultados produzidos; Analisar a constituição e atuação de Consórcios Intermunicipais de Saúde para a atenção de média complexidade; Caracterizar o sistema de governança da atenção de média complexidade; Analisar a gestão dos recursos aplicados em saúde na média complexidade e a participação dos três entes federados no seu financiamento.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o pesquisador, os riscos são mínimos e se referem aos dados que serão fornecidos. Contudo serão tomados os devidos cuidados com o sigilo das informações que serão recolhidas. Os benefícios apontados são: mapeamento do acesso às ações e serviços de média complexidade; identificação da participação das esferas de governo no financiamento das ações e serviços de média complexidade; produção de elementos que subsidiem o aprimoramento da Gestão interfederativa das ações e serviços de média complexidade; ampliação do conhecimento sobre a Gestão Interfederativa, suas potencialidades e limites na macrorregião norte do Paraná; Subsídio para a elaboração de estratégias que auxiliem na superação dos desafios relacionados ao sistema de governança dos serviços de média complexidade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considerando que várias pesquisas apontam que atualmente um dos grandes problemas de acesso da população aos serviços de saúde encontra-se na MC e que essa dificuldade de acesso representa um entrave para garantir a integralidade da atenção, é fundamental a realização de uma investigação científica que explore a gestão interfederativa do SUS na organização de ações e serviços de média complexidade. Sendo assim, este CEPESH reconhece a importância do referido projeto.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou folha de rosto devidamente assinada; Termo de Consentimento Livre Esclarecido com

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

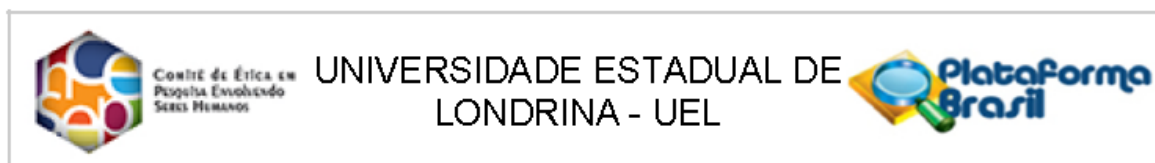
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.700.851

conteúdo adequado; cronograma e orçamento adequados; termo de sigilo assinado pela pesquisadora responsável; roteiro das entrevistas; declarações de instituições co-participantes devidamente assinadas.

#### Recomendações:

Recomenda-se que no TCLE seja revisto a ortografia da palavra interfederativa. Além disso, recomenda-se também que o pesquisador traduza a sigla CIR, lembrando que toda sigla deve ser esclarecida.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_725670.pdf	16/08/2016 16:33:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/07/2016 10:47:54	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	declaracao_uenp.jpg	08/07/2016 10:37:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SISCT_MEDIA_COMPLEXIDADE.doc	31/05/2016 15:33:32	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	oficio_18RS.pdf	31/05/2016 15:33:10	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_22RS.pdf	30/05/2016 15:13:05	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_19RS.pdf	30/05/2016 15:12:44	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Oficio_17RS.pdf	30/05/2016 15:12:25	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

**Endereço:** LABESC - Sala 14

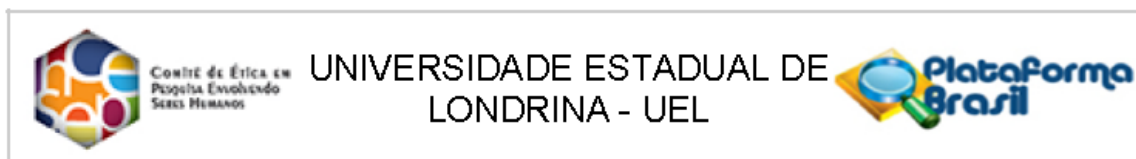
**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR **Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.700.851

Outros	oficio_16RS.pdf	30/05/2016 15:11:49	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	TERMO_SIGILO.pdf	30/05/2016 15:09:53	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/05/2016 15:07:37	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 29 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
**(Coordenador)**