



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**REGIONALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS
DE CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS**

LONDRINA

2022

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**REGIONALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS
DE CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção ao título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho.

LONDRINA

2022

JOÃO FELIPE MARQUES DA SILVA

**REGIONALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS
DE CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção ao título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez
Carvalho

Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Adelyne Maria Mendes Pereira
Escola Nacional de Saúde Pública –
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Domenico Feliciello
Universidade Estadual de Campinas –
UNICAMP

Prof.^a Dr.^a Fernanda Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dr.^a Marília Cristina Prado Louvison
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 11 de março de 2022.

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

S586 Silva, João Felipe Marques da.
Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS / João Felipe Marques da Silva. - Londrina, 2022.
361 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Regionalização - Tese. 2. Contratualização - Tese. 3. Gestão em Saúde Tese. 4. Municípios - Tese. I. Gimenez Carvalho, Brígida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

O Tejo é mais belo que o rio que corre pela minha aldeia,
Mas o Tejo não é mais belo que o rio que corre pela minha aldeia
Porque o Tejo não é o rio que corre pela minha aldeia.

O Tejo tem grandes navios
E navega nele ainda,
Para aqueles que veem em tudo o que lá não está,
A memória das naus.

O Tejo desce de Espanha
E o Tejo entra no mar em Portugal.
Toda a gente sabe isso.
Mas poucos sabem qual é o rio da minha aldeia
E para onde ele vai
E donde ele vem.
E por isso, porque pertence a menos gente,
É mais livre e maior o rio da minha aldeia.

Pelo Tejo vai-se para o mundo.
Para além do Tejo há a América
E a fortuna daqueles que a encontram.
Ninguém nunca pensou no que há para além
Do rio da minha aldeia.

O rio da minha aldeia não faz pensar em nada.
Quem está ao pé dele está só ao pé dele.

Alberto Caeiro

SILVA, João Felipe Marques. Regionalização e Cooperação nas Estratégias de Contratualização no SUS. 2022. 361 fls. Tese de Doutorado. Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

A multiplicidade de modelos institucionais de gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil mostra-se como um importante aspecto do processo de regionalização do SUS, especialmente em municípios de pequeno porte. A etapa de contratualização desses modelos institucionais apresenta-se como estratégia para o acesso dos usuários à atenção especializada ambulatorial e hospitalar; constitui-se como fase obrigatória para a oferta de serviços de saúde; e, encontra-se envolvida por diferentes formas de cooperação entre os entes federados e desses com distintas modalidades de prestação de serviços. Cada uma delas revela uma série de elementos, com regras e formatações institucionais, além de critérios contratuais distintos a depender de sua natureza jurídica. Ainda, são produtos de um determinado contexto histórico, reflexo de reformas constitucionais e administrativas, consequência da implementação de políticas específicas, bem como de demais aspectos relacionados às relações público-privadas. Nesse contexto, os processos de regionalização e contratualização dos serviços de saúde são variáveis dependentes, condicionados por fatores diversos, entre eles, as desigualdades e iniquidades na oferta, e a diversidade de atores e prestadores públicos e privados com ou sem fins lucrativos disponíveis no território. Dessa forma, ao considerar que a região de saúde é o lócus principal de organização do SUS com vistas à garantia constitucional da integralidade da atenção, essa pesquisa apresenta como objetivo principal, compreender como as estratégias de contratualização das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços para a assistência à saúde relacionam-se com a cooperação e com o processo de regionalização do SUS em regiões formadas por municípios de pequeno porte. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de caráter qualitativo, desenvolvido entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2021 na macrorregião norte do Paraná (16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a regionais de saúde), por meio do levantamento de dados secundários e entrevistas, utilizando-se de roteiro semiestruturado. Os sujeitos da pesquisa foram: gestores municipais, prestadores de serviços, técnicos das regionais de saúde, gestor estadual, diretor do consórcio público, representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), e membro do controle social. As entrevistas foram submetidas à análise hermenêutica crítica, e os dados foram interpretados com apoio do referencial de análise de políticas. Os resultados foram organizados em seis capítulos, um fruto de revisão documental e outros cinco, representando os casos elencados para investigação: a) o caso da administração pública direta (HPP), b) o caso dos hospitais sem fins lucrativos, c) o caso dos hospitais com fins lucrativos, d) o caso da fundação estatal de direito privado (FEDP), e, e) o caso do consórcio público de saúde (CPS). O capítulo de revisão documental apresenta os antecedentes do processo de contratualização e regionalização de serviços no âmbito do SUS; propõe uma classificação a respeito das modalidades de contratos entre entes federados; e realiza um debate acerca da gestão do SUS e de estratégias de contratualização com vistas à regionalização e à direção única. Os demais capítulos apontam para diferentes formas de cooperação entre os entes

envolvidos, a depender do caso (cooperação técnica, interfederativa, contratual, lucrativa, entre outras), bem como as modalidades que favorecem ou não o processo de regionalização nas regiões de estudo. Observa-se também que as formas de contratualização das modalidades discutidas estão diretamente relacionadas ao fato de os municípios envolvidos deterem ou não a gestão do teto de média e alta complexidade (MAC). Além disso, destacam-se entre os casos analisados: forte empresariamento e benefícios jurídicos-legais relacionados às modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços; características mistas (*top-down* e *bottom-up*) de implantação da política de regionalização; concepções distintas entre os atores envolvidos a respeito da privatização e terceirização dos serviços de saúde; legislações e normativas capazes de formar grupos e arenas de interesse no financiamento público; provisão de profissionais de saúde por meio da terceirização e da precarização de vínculos; e, ainda, ausência na atualização e lacunas na legislação de políticas de contratualização. Conclui-se que não há como discutir o processo de regionalização sem relacioná-lo à contratualização dos serviços, e sobretudo, às políticas públicas que os envolvem. Nessa perspectiva, a regionalização e a contratualização são, mutuamente, variáveis dependentes. Portanto, para o fortalecimento desse processo, advoga-se a favor da construção de um instrumento contratual de cooperação, que permita, a partir do planejamento territorial, a contratualização de serviços de abrangência microrregional ou regional, com segurança jurídica, e alocação de recursos tripartite, com a participação e apoio de núcleos específicos nas universidades públicas. Advoga-se também, por políticas que minimizem as iniquidades de determinados modelos de gestão, por meio de critérios que fortaleçam, entre outros: a participação popular; as especificidades contratuais regionais; a integralidade da atenção; os mecanismos de regulação e governança; e os espaços de negociação e articulação gestora. Há ainda a necessidade de fortalecer a gestão pública a partir de arranjos e serviços voltados ao público e não ao mercado.

Palavras-Chaves: Regionalização, Serviços Contratados, Municípios, Gestão em Saúde, Política Pública.

SILVA, João Felipe Marques. Regional Health Planning and Cooperation in Contracting in Unified Health System. 2022. 361 fls. Tese de Doutorado. Department of Public Health – Universidade Estadual de Londrina.

ABSTRACT

The multiplicity of institutional models for the management and provision of health services in Brazil is an important aspect of the regional health planning in Unified Health System (SUS), especially in small municipalities. The contracting stage of these institutional models is presented as a strategy for users' access to specialized outpatient and hospital care; it constitutes a mandatory phase for the provision of health services; and is involved in different forms of cooperation between federated entities and those with different modalities of service provision. Each of them reveals a series of elements, with institutional rules and formats, in addition to different contractual criteria depending on their legal nature. Still, they are products of a certain historical context, a reflection of constitutional and administrative reforms, a consequence of the implementation of specific policies, as well as other aspects related to public-private relations. In this context, the processes of regional health planning and contracting of health services are dependent variables, conditioned by several factors, including inequalities and inequities in the supply, and the diversity of actors and public and private providers, whether for profit or not, available in the territory. Thus, considering that the health region is the main locus of organization of the SUS with a view to the constitutional guarantee of comprehensive care, this research has as its main objective, to understand how the contracting strategies of institutional modalities of management and provision of services for health care are related to cooperation and the regional health planning of the SUS in regions formed by small municipalities. This is a qualitative study of multiple cases, developed between the months of December 2019 and January 2021 in the northern region of Paraná (16th, 17th, 18th, 19th and 22nd health regions), through a survey secondary data and interviews, using a semi-structured script. The research subjects were municipal managers, service providers, regional health technicians, state manager, director of the public consortium, representatives of COSEMS, and member of social control. The interviews were subjected to critical hermeneutic analysis, and the data were interpreted with the support of the policy analysis framework. The results were organized into six chapters, one resulting from a document review and another five, representing the cases listed for investigation: a) the case of direct public administration, b) the case of non-profit hospitals, c) the case of for-profit hospitals, d) the case of the state foundation under private law (FEDP), and e) the case of the public health consortium (CPS). The document review chapter presents the background of the contracting and regional health planning of services within the SUS; proposes a classification regarding the modalities of contracts between federated entities; and conducts a debate on SUS management and contracting strategies with a view to regional health planning and single direction. The other chapters point to different forms of cooperation between the entities involved, depending on the case (technical, federal system, contractual, profitable cooperation, among others), as well as the modalities that favor or not the regionalization process

in the study regions. It is also observed that the forms of contracting of the discussed modalities are directly related to the fact that the municipalities involved hold or not the management of the medium and high complexity ceiling (MAC). In addition, among the cases analyzed, the following stand out: strong entrepreneurship and legal-legal benefits related to institutional modalities of management and provision of services; mixed characteristics (top-down and bottom-up) for the implementation of the regionalization policy; different conceptions among the actors involved regarding the privatization and outsourcing of health services; legislation and regulations capable of forming groups and arenas of interest in public funding; provision of health professionals through outsourcing and precarious bonds; and, still, lack of updating and gaps in the contracting policy legislation. It is concluded that there is no way to discuss the regionalization process without relating it to the contracting of services, and above all, to the public policies that involve them. From this perspective, regional health planning and contracting are mutually dependent variables. Therefore, to strengthen this process, it is advocated in favor of the construction of a contractual instrument of cooperation, which allows, based on territorial planning, the contracting of regional services, with legal security, and allocation of federated entities resources, with the participation and staff of specific groups in the public's universities. It is also advocated for policies that minimize the inequities of certain management models, through criteria that strengthen, with others: the popular participation; regional contractual specificities; integrality care; mechanics of regulation and governance; and spaces for negotiation and management articulation. There is still a need to strengthen public management through arrangements and services aimed at the public and not the market.

Keywords: Regional Health Planning, Contracts, Cities, Health Management, Public Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Atuação do Estado no Desenvolvimento Social e Econômico, 1995.	43
Figura 2 – Classificação das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços de acordo com sua natureza.....	46
Figura 3 – Um modelo para análise de políticas de saúde, 1994.....	83
Figura 4 – Tipos Básicos de Projetos para Estudos de Caso	90
Figura 5 – Campo de Estudo segundo o porte dos municípios, macrorregião norte do Paraná, 2021.....	92
Figura 6 – Distribuição das Regiões de Saúde, macrorregião norte do Paraná, 2021.	92
Figura 7 – O Círculo Hermenêutico.....	111
Figura 8 – As Entradas no Círculo Hermenêutico	112
Figura 9 – Distribuição Espacial dos Serviços Hospitalares e Consórcios Públicos, Macrorregião Norte do Paraná, 2020*	118
Figura 10 – Distribuição das regiões de saúde por níveis de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde, Macrorregião Norte do Paraná, 2016.	119
Figura 11 – Malha ou Tecido Relacional entre os participantes da pesquisa, com vistas à contratualização de serviços. Macro Norte do Paraná. 2021.....	136
Figura 12 – Linha do tempo do processo de regionalização e contratualização no âmbito do SUS, 2021.	141
Figura 13 – Classificação dos contratos, segundo a gestão municipal do teto MAC, o modelo de financiamento hospitalar e o instrumento contratual.....	151
Figura 14 – Representação da organização regional – município gestor do teto MAC:	153
Figura 15 – Representação da organização regional – municípios não possuem a gestão do teto MAC.....	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição populacional do estado do Paraná, segundo regionais de saúde e municípios pertencentes à macrorregião norte Londrina, 2019.....	91
Tabela 2 – Classificação de municípios por número de habitantes, Brasil, 2004a....	93
Tabela 3 – Distribuição dos Sujeitos de Pesquisa, 2021.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das modalidades de prestação de serviços, PDRAE, 1995.	45
Quadro 2 – Matriz de Análise	85
Quadro 3 – Distribuição dos serviços de saúde por natureza jurídica, Macrorregião de Saúde Norte do Paraná, 2018.....	93
Quadro 4 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 16ªRS, 2020.	95
Quadro 5 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 17ªRS, 2020.	96
Quadro 6 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 18ªRS, 2020.	97
Quadro 7 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 19ªRS, 2020.	98
Quadro 8 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 22ªRS, 2020, e total geral de estabelecimentos na macrorregião norte do Paraná. .	99
Quadro 9 – Distribuição dos documentos de primeira e segunda mão, selecionados para a pesquisa documental, 2021.	102
Quadro 10 – Principais documentos analisados para a pesquisa documental, segundo a natureza, título e fonte, 2021.	102
Quadro 11 – Percentual de cobertura da população coberta por plano de saúde, macrorregião norte do Paraná, 2013-2019.	121
Quadro 12 – Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.....	124
Quadro 13 – Razão de Mortalidade Materna/100.000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.....	125
Quadro 14 – Percentual de internações sensíveis à atenção básica, macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.....	126
Quadro 15 – Percentual de internações sensíveis à atenção básica, por município e região de saúde da macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.....	127
Quadro 16 – Taxa de Ocupação por leito SUS segundo o município e o estabelecimento hospitalar, macrorregião norte do Paraná, 2015-2019.	131
Quadro 17 - Matriz de análise de pesquisa.....	253

Quadro 18 – Aspectos das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços quanto à dimensões/variáveis elencadas:.....	256
Quadro 19 – Aspectos regulatórios e de governança regional apresentados nos contratos entre os casos analisados:	263
Quadro 20 – Vantagens e desvantagens quanto à contratualização/regionalização dos casos apresentados na análise:	268
Quadro 21 – Aspectos envolvidos na cooperação e na regionalização de acordo com os casos analisados na pesquisa, 2021.....	274

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde (Hospitais Especializados e Gerais) segundo a natureza jurídica, macrorregião norte do Paraná, 2020.....	117
Gráfico 2 – Cobertura da APS por região de saúde da macrorregião norte do estado do Paraná, 2010-2020.....	120
Gráfico 3 – Associação Privada, Paraná, 2012-2019.....	182
Gráfico 4 – Associação Privada, Regiões Brasileiras, 2012-2020.....	182

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACISPAR	Associação de Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMES	Ambulatório de Especialidades Médicas
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil
ANS	Agência Nacional de Saúde
APB	Administração Pública Burocrática
APMI	Associação de Proteção à Infância e à Maternidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CISNORP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COMSUS	Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CPPI	Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos
CPS	Consórcio Público de Saúde
CRE	Centro Regional de Especialidades
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eAP	Equipe de Atenção Primária
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
e-GESTOR	Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FEMIPA	Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNEAS	Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
HOSPSUS	Programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do sistema único de saúde do Estado do Paraná
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HRNP	Hospital Regional do Norte Pioneiro
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGH	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LC	Lei Complementar
LIMPE	Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP	Ministério Público
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPP	Municípios de Pequeno Porte
MPT	Ministério Público do Trabalho
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NGP	Nova Gestão Pública
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPM	New Public Management
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PASE	Ponto de Atenção à Saúde Especializada
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PO	Plano Operativo
PPA	Plano de Pronto Ação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROSUS	Programa de Fortalecimento das Instituições Filantrópicas
PSS	Programa de Seleção Simplificada
QUALICIS	Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIT	Sistema Integrado de Transferência
SSA	Serviço Social Autônomo
STN	Secretaria do Tesouro Nacional

SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WFO	World Family Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.....	21
1. INTRODUÇÃO	26
1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	34
1.2 A REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO	38
1.3 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	52
1.3.1 A Relação Público-Privada	52
1.3.2 O Processo de Descentralização e Regionalização das Políticas de Saúde.....	56
1.3.3 A Ação Coletiva.....	63
1.3.4 A Ação Regulatória e a Política Nacional de Regulação no SUS	66
2. COOPERAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	73
3. ANÁLISE DE POLÍTICAS	78
4. OBJETIVOS	88
4.1 OBJETIVO GERAL	88
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	88
5. CAMINHO METODOLÓGICO.....	89
5.1 CAMPO DE ESTUDO	91
5.2 SUJEITOS DA PESQUISA	93
5.3 COLETA DE DADOS	100
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	115
5.5 MATRIZ METODOLÓGICA	116
6. RESULTADOS	117
6.1. A REGIONALIZAÇÃO E A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA	139
6.2 O CASO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA – HPP	165
6.3 O CASO DOS HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS	180
6.3.1 Os Filantrópicos	180
6.3.2 A Organização Social (OS)	193
6.4 O CASO DOS HOSPITAIS COM FINS LUCRATIVOS	203
6.4.1 O Privado	203
6.4.2 A Terceirização	213
6.5 O CASO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO.....	225
6.6 O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE.....	235

6.7 PERSPECTIVAS ANALÍTICAS DAS MODALIDADES DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	253
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	274
REFERÊNCIAS.....	282
APÊNDICES	311
ANEXOS	320

CONSIDERAÇÕES INICIAIS E AGRADECIMENTOS

Meu nome é João Felipe Marques da Silva, sou pai de três filhos, enfermeiro de formação, professor e profissional do Sistema Único de Saúde. Minha trajetória no SUS, de cerca de 17 anos, e na docência são etapas coincidentes, e sempre caminharam juntas de alguma forma.

Me considero um militante de esquerda, no que tange aos meus ideais de uma sociedade mais igualitária e justa, e vejo, no sistema de saúde uma base importante de defesa para alcance dessas características. Também defendo as políticas públicas e sociais, voltadas à população, em especial aos menos favorecidos.

Encontrei na saúde pública, e no âmbito da gestão do SUS, espaço para essas lutas, por meio da minha atuação enquanto profissional e cidadão. Como profissional, atuei em diferentes espaços e níveis de atenção, da atenção básica ao nível terciário, e da assistência à gestão. Como docente, na formação de profissionais, no ensino técnico-profissionalizante, na graduação, na pós-graduação *lato sensu*, e com algumas participações na pós-graduação *stricto sensu*.

Na posição de cidadão e pai, carrego a responsabilidade de contribuir com a sociedade, e como exemplo aos meus filhos e alunos, buscando exercer minha atuação profissional de forma ética e justa, na esperança de que mais pessoas acreditem no potencial de mudança, e assumam o compromisso ético-social e político do SUS.

Atualmente atuo junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), na posição de apoiador regional, e na coordenação do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí (FATEC).

A conclusão desse trabalho é um momento de muita alegria para minha existência, primeiro porque não imaginava um dia ter a possibilidade de participar de um curso de doutoramento, e também, porque o resultado dessa trajetória não é apenas uma vitória minha, mas sim, a convergência de muitos fatores aos quais gostaria de destacar e agradecer.

Agradeço a oportunidade de viver e de ter sempre por perto a proteção de Deus. Agradeço a toda minha família, em especial, minha esposa Daiane, pelo apoio que diariamente me oferece, pela amizade, pelo companheirismo, pelo cuidado e

pelo carinho, mas principalmente por dividir os dias ao meu lado, e me permitir ser pai de três crianças maravilhosas – Malu, Felipe e Aninha, razões da minha vida e com toda certeza, os meus melhores feitos.

Agradeço à minha orientadora Brígida, pelo incentivo, por acreditar no meu desenvolvimento, por ser exemplo de pessoa e profissional, por colaborar com meu crescimento e possibilitar que o caminho tenha sido, ao mesmo tempo, de compromisso, produção e responsabilidade, mas com a leveza e a parceria, que só as relações de confiança e admiração conseguem produzir.

Agradeço por fazer parte de um grupo que conta com excelentes pesquisadores, professores e alunos, e que tem como propósito contribuir com o fortalecimento e com o aperfeiçoamento da gestão do SUS. A todos os integrantes do GestSUS, meu muito obrigado.

Agradeço também a todos os professores e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL. Gostaria de registrar que são referências para minha formação, e com toda certeza, para os demais pós-graduandos.

Ainda, agradeço aos meus amigos, alunos e parceiros de trabalho, gestores e trabalhadores do SUS. Muita gratidão ao COSEMS-PR, em especial à equipe técnica e aos companheiros apoiadores. Grato à FATEC pelo apoio contínuo e incentivo, e à Secretaria Municipal de Saúde de Ivaiporã, onde tudo começou.

Por fim, agradeço aos membros da banca, pela disponibilidade, pela generosidade, e por todas as contribuições realizadas para a qualificação do trabalho.

Espero, a partir dessa etapa, poder contribuir ainda mais com os serviços de saúde e nos espaços de minha atuação profissional. Convido a todos para a leitura dessa pesquisa, e com otimismo crítico e esperança, encerro essa apresentação parafraseando Ariano Suassuna, que traduz o que pode ser a chave para dias melhores: *“Não sou nem otimista, nem pessimista. Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos. Sou um realista esperançoso”*.

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Apresenta-se nas próximas páginas, um conjunto de resultados sistematizados de pesquisa que apontam para reflexões sobre o processo de regionalização em regiões formadas por pequenos municípios, especialmente no que tange à contratualização de serviços, e sua relação com as responsabilidades gestoras dos municípios envolvidos.

O tema regionalização vem sendo bastante discutido na academia por renomados pesquisadores e grupos de pesquisa. O acúmulo de conhecimento nessa área é vasto e cresceu na última década, principalmente na tentativa que considero exitosa de tratar o tema com a complexidade que merece, por meio de estudos de grande escala. Essas pesquisas propuseram compreender os inúmeros condicionantes e determinantes do processo de regionalização, bem como as relações e as contribuições de diversas áreas do conhecimento ao tema, fazendo com que o mesmo ocupe cada vez mais espaço no meio acadêmico, por meio de debates multi e interprofissionais, e interdisciplinares.

No entanto, na prática dos serviços, ainda percebe-se as inúmeras barreiras que devem ser transpostas para o fortalecimento e concretização de políticas e experiências que considerem a regionalização como um processo de organização do sistema de saúde. Uma delas, evidenciada nessa pesquisa, deve-se aos fatores legais e jurídicos que permeiam as contratualizações dos estabelecimentos de saúde em regiões de municípios pequenos no contexto das reformas da administração pública e da redução do Estado, da multiplicidade de atores e prestadores de serviços, e de um vazio normativo no que diz respeito às responsabilidades gestoras dos entes federados.

Nessa perspectiva, é necessário situar o leitor sobre algumas limitações dessa pesquisa. Esse trabalho não tem o objetivo primeiro de ser referência ou constituir-se como um manual de consulta para a contratualização de serviços, ou de apresentar-se como uma pesquisa focada no direito administrativo, apesar de tangenciá-lo; tampouco, de construir um comparativo entre a eficiência dos modelos de gestão discutidos, ou ainda, de apresentar algum modelo e/ou receita pronta e formatada para a contratualização dos serviços de saúde.

Nesse sentido o leitor pode questionar-se do porquê dessa análise. A resposta é simples. Os municípios de pequeno porte são altamente dependentes da

oferta de diferentes modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços, na atenção ambulatorial e hospitalar especializada, e que serão discutidas na pesquisa, organizados por arranjos contratuais, desde a esfera pública, estatal e não estatal, à esfera privada, com ou sem fins lucrativos.

Entende-se, nesse contexto, que cada modalidade institucional de prestação de serviço pode configurar-se de forma mais ou menos estratégica ao gestor público municipal. E, ainda, que esses arranjos contratuais produzem em certa medida distintas maneiras de cooperação (contratual, técnica, financeira, administrativa, estratégica, jurídica-legal, dentre outras), necessárias para o relacionamento entre os entes federados envolvidos e os prestadores de serviços.

Portanto, pretende-se com essa pesquisa, compreender como essas estratégias ou modalidades de contratualização de serviços relacionam-se com as diferentes formas de cooperação com vistas ao processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma região formada por municípios de pequeno porte.

Para tal, a pesquisa está organizada em sete seções que apresentam um conjunto de análises as quais compõem o corpo do trabalho. A primeira, a introdução, aborda os aspectos iniciais para a construção do objeto de pesquisa, discutindo a princípio, a importância da formação histórica da política pública de saúde e de elementos das reformas administrativas do Estado. Também destaca aspectos das relações público-privadas, do processo de descentralização e regionalização das políticas de saúde; dos conceitos da ação coletiva; e de elementos da política nacional de regulação.

As duas próximas seções, segunda e terceira, reconhecem e apontam para como a cooperação é tratada nas políticas de saúde; e apresentam o referencial teórico de análise de políticas adotado para análise dos resultados. A quarta seção traz os objetivos de pesquisa, e a quinta, o caminho metodológico utilizado.

A sexta seção aborda os resultados dos cinco casos analisados. Essa seção é iniciada por um conjunto de análises de dados secundários, referente à Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação com a Atenção Especializada (AE); apresenta um capítulo que trata das normativas que visam a contratualização de serviços de saúde e sua relação com o processo de regionalização; e é finalizada com perspectivas analíticas das modalidades de gestão e prestação de serviços de saúde, e suas relações com as políticas de contratualização e regionalização no

SUS. Por fim, a sétima e última seção, apresenta algumas considerações e limitações da presente pesquisa.

Cabe reforçar, a opção por analisar cinco casos distintos de contratualização de serviços de saúde, bem como os caminhos percorridos para a escolha dos casos, que estão detalhados no método. Outra escolha foi a de analisar casos que enfocam serviços tanto da atenção especializada hospitalar como ambulatorial.

Ainda que, a formação, a organização e a política da atenção hospitalar e ambulatorial sejam distintas e talvez não recomendadas para análises conjuntas, a compreensão das diferentes modalidades de prestação e gestão de serviços de saúde na região de pesquisa, justifica essa opção. Dessa forma, o objetivo desse trabalho visa analisar o todo, na perspectiva de que em regiões formadas por municípios pequenos, a contratualização permeia diferentes modalidades de prestação/gestão de serviços de saúde, e influencia a regionalização do sistema de saúde in loco.

Reconhece-se ainda, que a opção mencionada acima, pode causar a ausência da discussão de alguns elementos e/ou de seu aprofundamento. No entanto, entende-se que executá-la de outra forma, impediria um olhar mais ampliado, ocultando a compreensão acerca da complexidade do processo de contratualização e regionalização dos serviços de saúde nessa região, característica fundamental para o aprimoramento da gestão do SUS nesse território.

Reconhece-se também, que essa análise não é neutra. Apesar do rigor metodológico aplicado e do distanciamento necessário do autor para abordar os resultados como se apresentam, essa pesquisa carrega muitos elementos e perspectivas de quem a organiza, no sentido de abordar contradições e tensões provocadas pelas relações público-privadas e pelo processo de mercantilização implícito e explícito do setor saúde.

Nesse sentido, esse trabalho se destina aos profissionais, estudantes, pesquisadores, gestores, prestadores e usuários do SUS, comprometidos com um sistema de saúde integral, gratuito e público, como alternativa e/ou estratégia, para reflexões que apoiem decisões políticas e contribuam para o processo prático de construção da contratualização/regionalização da macrorregião pesquisada, especialmente no que tange aos municípios de pequeno porte.

1. INTRODUÇÃO

O processo de contratualização de serviços públicos de saúde no Brasil já percorreu uma longa trajetória, e nesse curso adquiriu várias configurações, inovações, formatos, exigências e aplicações, tornando-se um instrumento que deve estar integrado às várias atividades gestoras (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Segundo Lima e Riviera (2012) os arranjos contratuais têm sido cada vez mais utilizados em diversos países, entre autoridades governamentais de saúde e prestadores privados ou estatais, da atenção básica (AB) à hospitalar, com o intuito de melhorar o desempenho dos serviços e os resultados para usuários, financiadores e governos.

Donabediam (1990) afirma que o processo de contratualização deve promover o direcionamento das ações e aproximá-las das necessidades loco regionais, além de qualificar a gestão dos estabelecimentos contratados. Para o autor o direcionamento das ações possibilitado pelo contrato constitui-se em uma importante ferramenta de gestão, podendo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência.

A literatura internacional também destaca o processo de contratualização como uma forma do governo definir os serviços a serem prestados e seu padrão de qualidade desejado (ALCOFORADO, 2005; SKELCHER, 2005; RIVERA, 1997).

O termo contratualização é um neologismo do SUS, que não se encontra registrado nos dicionários formais da língua portuguesa. Compreende toda e qualquer forma de concertação que vise, dentre outras, estabelecer mecanismos de subordinação do processo de execução às diretrizes das políticas de saúde no âmbito do SUS (SALGADO, 2018; BRASIL, 2011a).

Embora se refiram a práticas muito semelhantes, os termos “contratar” e “contratualizar” são distintos segundo a literatura que trata do tema. Enquanto *contratar* sugere a aquisição junto a terceiros de determinado serviço ou bem, mediante pagamento baseado em preço, instituído em ambiente de mercado-competitivo, e tendo o lucro como resultado final; *contratualizar*, por sua vez, pressupõe cooperação, parceria, colaboração mútua, por meio de metas quali-quantitativas para o alcance de objetivos comuns (SALGADO, 2018).

De qualquer forma, uma relação contratual exige obrigatoriamente o envolvimento de duas partes, o ente contratante/financiador e o(s) ente(s)

contratado(s)/prestador(es), que ocorre pela formalização de acordos de interesses comuns, por meio de um instrumento, gerando direitos e obrigações recíprocas. De forma clássica pode-se definir a contratação como o processo de negociação para o estabelecimento de um instrumento contratual ou de pactuação para a prestação de serviços com a finalidade de disponibilizar ações, procedimentos e insumos, permitindo que qualquer interessado possa tomar conhecimento da relação estabelecida entre o gestor público (contratante) e o serviço (contratado) (FELICIELLO *et al.*, 2016, BRASIL, 2016a).

O processo de contratualização pode acontecer de forma interna (voltada aos órgãos da própria administração pública e aos setores que a compõe) ou externa (entre poder público e entidades de direito público, privado e da sociedade civil). A legislação brasileira impede a aquisição de serviços e bens com entidades internas e externas à administração pública sem o instrumento contratual correspondente. A Lei n.º 8.429/92 reforça que cabe aos gestores do SUS promover as regulares contratações, sob pena de incorrerem em ato de improbidade administrativa (BRASIL, 1992).

No âmbito do sistema público de saúde no Brasil a contratação de serviços de tem sua origem histórica no processo de organização do sistema previdenciário, especialmente a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) em 1930. Essas instituições, organizadas por empresas, e administradas e financiadas pelos empregados e empregadores, dependiam dos serviços contratados com a iniciativa privada para sua oferta (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Com o passar dos anos e de forma gradual e autoritária, o Estado passou a assumir a direção dos institutos previdenciários, especialmente para a gestão de seus recursos financeiros, mantendo a relação contratual com empresas privadas, e realizando os pagamentos por meio de sistemas e guias de internação¹, que continham os gastos discriminados quanto aos serviços prestados pelas instituições. Em 1974, esse sistema passa a ser administrado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e operado pela Empresa de

¹ O pagamento das internações aos hospitais contratados era feito através do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) utilizando a Guia de Internação Hospitalar (GIH), mais tarde pelo Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), cuja fonte de dados era o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (FELICIELLO, 2016).

Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV). No entanto, estes instrumentos permitiam ampla manipulação dos dados, levando a distorções e desvios dos procedimentos contratados (SANTOS, 2009).

Com o advento do SUS por meio da Constituição Federal de 1988 (CF 1988) e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), instituiu-se a permissão legal para que o setor público realize a contratualização do setor privado em caráter complementar. Concomitantemente, o INAMPS passa a ser incorporado ao Ministério da Saúde, e responsável pela edição de normas para o repasse de recursos financeiros aos estados e municípios. A incorporação do instituto ao Ministério universalizou o INAMPS e sua lógica de pagamento por produção, equiparando os entes federados aos serviços privados que o mesmo mantinha contrato, o que ocasionou consequências, como o fato de ter mantido essa lógica, ao processo de contratualização de serviços e à organização institucional do sistema de saúde brasileiro (FELICIELLO *et al.*, 2016).

Em 1993, a Norma Operacional Básica (NOB) n.º 01 destituiu o INAMPS, e o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM n.º 1.286/93, que instituiu cláusulas e regras para a contratualização a serem observadas pelos gestores públicos.

A portaria mencionada estabeleceu que os contratos públicos de saúde precisam ter clareza e precisão quanto às condições pactuadas para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e as responsabilidades de cada um dos contratantes, entre elas: a natureza do contrato, a quantidade de serviços contratados segundo procedimentos e tipos de serviços; previsão de pagamentos segundo a tabela nacional do SUS; possibilidade de contratação de profissional autônomo para atuação em determinado estabelecimento; e, a publicação de modelos de contratos para serviços hospitalares, serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) e, prestação de serviços profissionais.

Além desses aspectos, os contratos deveriam e devem considerar os princípios constitucionais do direito administrativo – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência; mencionados no artigo 37 da CF 1988, e regulamentados pela Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 – Lei dos contratos e/ou da licitação. Há ainda a necessidade de observar outros aspectos na realização contratual como a razoabilidade, a proporcionalidade, a isonomia, a moralidade administrativa, a supremacia do interesse público, o julgamento objetivo das

propostas na licitação, e a vinculação do instrumento convocatório ao edital (BRASIL, 1988, 1993b, 2016a).

Essas orientações ocorreram *pari passu* ao processo de descentralização administrativa e política do país. No setor saúde, a municipalização, vista como autárquica, devido entre outras questões, à ausência de coordenação e participação estadual, foi fortemente impulsionada pela edição da NOB n.º 01/96, que além de definir as categorias de gestão para os estados e municípios, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como instrumento para o planejamento e gestão. A NOB 96 também modificou algumas formas de repasse de recursos, como as transferências fundo a fundo aos entes federados, e a criação do Piso da Atenção Básica (PAB).

No entanto, as formas para a transferência e pagamentos dos prestadores, principalmente na média e alta complexidade, pelos estados e municípios continuavam ocorrendo por meio dos modelos de contratualização de serviços já existentes e desenvolvidos pelo INAMPS, com entidades públicas e privadas com e sem fins lucrativos (MATOS; POMPEU, 2004).

A perspectiva de que o município poderia ofertar todo o conjunto de serviços de saúde sem o apoio de escalas regionais, mostrou seus limites na prática, devido à incapacidade financeira, técnica e política desses entes, especialmente os de pequeno porte (cerca de 70% dos municípios brasileiros), somada à tímida atuação complementar dos demais níveis governamentais. Esta situação levou ao esgotamento do processo de descentralização, já no final da década de 1990, apontando para o fortalecimento da regionalização como alternativa para a implantação das diretrizes e princípios do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2019).

Ainda na mesma década, e em anos posteriores, a administração pública, introduziu novos modelos de gestão nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), por meio do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), e por meio do aperfeiçoamento legal de outras modalidades (Fundação Estatal e Consórcios), com o objetivo de realizar a descentralização das responsabilidades gestoras (BRASIL, 1995, 1998a, 1998b, 2005a).

Como ato conjunto ao PDRAE, ocorreu edição da EC n.º 19/1998, que além de incluir a “eficiência” como um dos princípios da administração pública, possibilitou

a formatação dos instrumentos de contratação de metas e resultados, bem como de critérios de avaliação de desempenho:

§ 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal (BRASIL, 1998a, art.3º § 8).

A partir desse cenário, os gestores municipais do SUS devem organizar a rede de assistência à saúde para o atendimento da população do território e população referenciada por meio dos outros instrumentos de planejamento trazidos pelo processo de regionalização, como a PPI. Além disso, a previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar nos Planos de Saúde (PS) de cada ente, e estar detalhada em sua respectiva Programação Anual de Saúde (PAS). Nesse processo são responsabilidades dos gestores (BRASIL, 2011a, 2012a):

- a) a previsão orçamentária quanto a transferência de recursos públicos para a complementariedade de ações e serviços de saúde;
- b) o estabelecimento de técnicas de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde no âmbito do SUS; e,
- c) a previsão de regulação, controle e avaliação da prestação dos serviços e ações de saúde.

Esse último aspecto, a regulação, pode ser compreendida em saúde, como a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor, além de outras questões que impactem em seus determinantes. No âmbito do SUS, organiza-se a partir de três dimensões: a regulação do sistema, da atenção e do acesso. A regulação da atenção à saúde consiste em uma série de medidas que visam à sua organização, entre elas, a formalização do instrumento contratual com todos os estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, além do monitoramento, avaliação, controle, auditoria e programação das ações e serviços de saúde contratualizados (BRASIL, 2008, 2016a).

Nessa perspectiva, os contratos podem ser compreendidos como mecanismos de coordenação dos sistemas públicos de saúde que separaram as funções de financiamento, compra e regulação, da função de prestação de serviços. No entanto, segundo Lima e Riviera (2012) ainda são poucos os municípios que realizam planejamento, acompanhamento e avaliação dos processos de contratualização.

Nesse contexto, os autores defendem que os arranjos contratuais são importantes alternativas para a administração pública tendo em vista a melhoria do desempenho e a prestação de contas entre os entes federados, e destes com as novas modalidades jurídico-administrativas, públicas ou privadas. O contrato nesse aspecto é um instrumento que vincula a administração direta ao prestador, e possibilita a oferta do serviço ao usuário.

Ocorre que a prática de contratualização no SUS ainda está fortemente vinculada à atenção especializada, devido entre outros aspectos, ao histórico de contratos do INAMPS e às políticas específicas de contratualização hospitalar propostas pelo Ministério da Saúde a partir dos anos 2000². No entanto, sua importância reside na necessidade de formação e organização da rede de atenção à saúde (RAS), e, sobretudo, para a garantia do acesso da população às ações e serviços públicos de saúde (ASPS), com o objetivo de cumprir a obrigação constitucional de assegurar assistência em saúde à população.

Transversalmente e paralelamente ao processo de contratualização observam-se esforços para a implementação de redes e serviços regionalizados. Este processo ocorre em um cenário marcado por grande desigualdade na distribuição da oferta de serviços; multiplicidade de atores; prestadores (públicos e privados com ou sem fins lucrativos); arranjos de governança (Lima *et al.* 2012, 2019); modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços – modificadas ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares (RAVIÓLI; DE SOÁREZ; SCHEFFER, 2018); e, aspectos relacionados à gestão da força de trabalho (SANTINI, 2018).

² Na década de 2000 impulsionados pela formação de redes e organização da assistência hospitalar, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte (Portaria MS/GM n.º 1044/2004), e no ano seguinte o Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS/GM n.º 1721/2005).

Segundo Barbosa e Vecina Neto (2016) os arranjos de prestação de serviços no SUS compõem um verdadeiro caleidoscópio complexo que admite três grandes grupos: um primeiro, de caráter público e estatal; um segundo, constituído no âmbito privado, mas executando funções de interesse público e definidos como entidades do terceiro setor; e o terceiro, também de domínio privado, mas operando com base em regras de mercado e podendo, em certas circunstâncias, prestar serviços ao sistema público.

A partir desses aspectos, considerando a coexistência de padrões heterogêneos de gestão para a oferta de serviços (RAVIÓLI; DE SOÁREZ; SCHEFFER, 2018), e tendo como campo de análise uma macrorregião de saúde formada majoritariamente por municípios de pequeno porte, questiona-se: em que medida as diferentes modalidades contratualizadas para a oferta de serviços públicos de saúde de uma região contribuem para o processo de regionalização do SUS?

Parte-se do pressuposto que diante do cenário de políticas neoliberais e de austeridade do Estado, o ente municipal, especialmente os pequenos, tem utilizado de diferentes estratégias³ de contratualização de serviços, seja por modalidades da administração pública direta ou indireta, seja por estratégias relacionadas à terceirização com entidades sem fins lucrativos, ou ainda pela complementariedade com prestadores privados e filantrópicos, para a assistência especializada de média complexidade (ambulatorial e hospitalar), tanto para a oferta de ações e serviços propriamente dita, quanto para a gestão de recursos humanos.

Entende-se que a assistência especializada se apresenta como um dos grandes desafios na conformação da rede de atenção e de serviços regionalizados, principalmente em regiões formadas por municípios pequenos. Considera-se que a rede de atores e instituições envolvidas nesse fenômeno pode resultar em configurações diversas que atendam ou não às necessidades de saúde da região. Considera-se também que a cooperação entre os entes e a lógica de organização

³ A palavra estratégia é polissêmica. No contexto dessa pesquisa é utilizada como um modo de indicar alguma coisa importante ou indispensável para alcançar um objetivo futuro e transcendente, ou seja, trata-se de uma exploração do futuro a longo prazo, indicando o que deve ser feito (MATUS, 1996). Para Matus (1996) essa é a concepção da grande estratégia, quer dizer, a ferramenta que dita os caminhos, os objetivos e metas, estabelece fronteiras e limites. A preocupação central, segundo o autor, é com os resultados, enquanto que “os meios só aparecem como grandes restrições que estabelecem a plausibilidade da exploração estratégica ou como desafios ideológicos, políticos, científicos, técnicos ou organizativos que devem ser superados” (MATUS, 1996, p. 28-29).

de serviços regionais são ferramentas indispensáveis ao alcance de resultados positivos. Portanto, pretendeu-se compreender em que medida estas ferramentas ganham ou não destaque nos serviços elencados para investigação, e dessa forma descrever e analisar aspectos envolvidos no processo de implementação da política de regionalização no SUS no contexto pesquisado.

1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

As concepções do SUS nascem do movimento popular e sanitário dos anos 1970, e sua implementação na década de 1990 é associada ao período de redemocratização do país, e por uma trajetória que envolve inúmeros atores, processos, jogos de poder, lutas, coalizões e vetos (VIANA; LIMA, 2011).

Apesar do cenário desfavorável à sua implementação, devido às reformas neoliberais do Estado, o SUS configura-se como a maior política de proteção social brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007). É uma política pública estruturada em níveis de complexidade crescentes e organizada de forma hierárquica, que legalmente preconiza a direção única em cada esfera de governo, permitida por meio da descentralização de serviços, e procura ser efetivada com a regionalização de redes de atenção à saúde (BRASIL, 1990a, 1990b, 2010a).

Para Viana (1996) políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais, e constituem-se em um processo dinâmico em que interage uma diversidade de atores e intenções, recursos financeiros, estruturas políticas e sociais, entre outros, não sendo apenas resultado de definições restritas ao campo político ou ao campo administrativo.

A política pública é antes uma política social (MENICUCCI; GOMES, 2018), pois está relacionada à viabilização, por intervenção do Estado, de direitos civis, políticos e sociais, na medida em que se expressa a cidadania de uma população, ou seja, a igualdade do *status* social entre os cidadãos, independente de classes ou de outras hierarquias sociais (MARSHAL, 1967).

A política social, por sua vez, pode ser definida com base nos seus objetivos finais, como a elevação de igualdade econômica, redução das desigualdades sociais, entre outros, e ainda por meio dos setores e áreas as quais farão assistência final: educação, habitação, saneamento, saúde (MENICUCCI; GOMES, 2018). Para Castro *et al.* (2012, p.4) a política social é:

composta por um conjunto de programas e ações do Estado que se manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação, com o objetivo de atender às necessidades e aos direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade.

As políticas sociais também podem ser classificadas de forma sintética em três grandes grupos, as políticas que têm por objetivo a proteção social (previdência, saúde, assistência social e seguro-desemprego), e as que visam à promoção social (educação, cultura, habitação, mobilidade urbana, entre outras), além de políticas que combinam proteção com promoção social, como políticas para igualdade de gênero, para jovens, e idosos (MENICUCCI; GOMES, 2018).

Ao sistema de políticas públicas sociais deu-se o nome de *Welfare State*⁴ ou Estado de bem-estar social. De forma clássica o *Welfare State* pode ser conceituado como a responsabilidade do Estado em garantir o bem-estar básico dos cidadãos. No entanto, este conceito não explica se a política produzida pelo Estado é emancipadora ou é regida de acordo com os interesses do mercado, por exemplo (ESPING-ANDERSON, 1990).

Neste sentido, as políticas sociais, ou os Estados de bem-estar social, dependerão, segundo Esping-Anderson (1990), da maneira com que o Estado responde as desigualdades sociais geradas pelo mercado, uma vez que, o Estado de bem-estar não reduz apenas as desigualdades, mas também é uma força ativa que produz estratificação social e atua no ordenamento das relações sociais, conforme o regime adotado. Neste sentido, o autor classifica o Estado de bem-estar em três modelos e/ou regimes: *i*) Regime Residual, quando o Estado tem mínima participação nas políticas-públicas, com restrição de financiamento, promovendo dualidade pública e de mercado para a oferta de serviços. Este regime é operado com base na concepção econômica liberal; *ii*) Regime Meritocrático ou Corporativista, neste modelo as concepções são conservadoras, o Estado age de acordo com os interesses da sociedade e para a manutenção do *status* e classes sociais; e, *iii*) Regime Social-Democrata: modelo que preza pela universalização dos direitos sociais como estratégia para o pleno emprego, redução das desigualdades sociais e de gênero, e menor participação do setor privado na economia.

⁴ O termo Estado de bem-estar foi usado pela primeira vez nos anos de 1930 pelo Estado Britânico. Em 1942 voltou a aparecer em um relatório inglês que mencionava os efeitos devastadores da segunda guerra mundial e o relacionava a ideias que visavam à construção de serviços públicos sociais e universalização de benefícios sociais no Reino Unido (KERSTENETZKY, 2012 apud MENICUCCI; GOMES, 2018). No pós-guerra o termo *Welfare State* referia-se ao conjunto de instituições públicas provedoras de serviços sociais de forma centralizada e coordenada, destinado a melhorar as condições de vida e a proporcionar igualdade de oportunidades aos cidadãos.

Atualmente são vários os fatores identificados para explicar o contexto das políticas sociais e do Estado de bem-estar, entre eles, a globalização, o pós-industrialismo, a revolução no formato das famílias, as relações de gênero, as mudanças demográficas, e o tímido crescimento econômico (MENICUCCI; GOMES, 2018).

Quanto à política pública de saúde, Viana e Baptista (2012) a consideram como parte integrante da política social, as quais comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por instituições públicas e privadas, que em cada país estão conformadas por sistemas de proteção social. Para Luz (1979) a política pública de saúde é uma forma histórica mais ou menos explícita de como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população. Ou seja, as políticas públicas são sempre opções políticas, que em um mesmo padrão de desenvolvimento, comportará diferentes compreensões de cidadania (MENICUCCI; GOMES, 2018).

Os ideais do Estado de bem-estar também podem ser observados no Brasil, principalmente com a Constituição Federal de 1988 que entre inúmeros avanços, institui uma política pública de saúde com caráter universal e integral, estruturada por um sistema único, em um país de extensa área territorial, marcado por fortes desigualdades regionais e locais.

Por tratar-se de uma política nacional em um país de proporções continentais, seu processo de organização no território, relacionado aos princípios e diretrizes constituintes de sua base legal é condicionado por fatores sociais, econômicos, políticos e demográficos. Em trinta anos de atividade acumula vitórias importantes, bem como inúmeros desafios para a garantia do direito à saúde dos cidadãos. Atualmente, corre riscos quanto à redução de seu escopo de atuação dentre as diversas áreas que o compete.

No entanto, é sabido que sua implantação deu-se também para satisfazer os interesses de grupos sobre o financiamento público, como a permissão legal de complementariedade de serviços de saúde aos prestadores privados e filantrópicos. Uma vez também que a capacidade instalada pública, especialmente para a assistência especializada era insuficiente para a demanda de usuários.

O SUS então nasce como uma política com aspecto social-democrata, devido ao seu caráter universal, mas ao mesmo tempo, mantém a lógica corporativista e dual de oferta de serviços, com fragmentação da clientela e estratificação social.

Nessa concepção, só foi possível a legalização da política pública de saúde, pois ela não alteraria a lógica de compra de serviços de saúde das décadas anteriores, como era com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

E não seria diferente, pois a assistência médica no Brasil sempre esteve condicionada à participação privada. Seu desenvolvimento, principalmente a partir da década de 1960, foi alinhado à construção de um complexo assistencial de saúde nacional fortemente financiado pelo Estado, centralizado na atenção hospitalar curativa e hegemônica. Atualmente a atuação do setor privado na saúde é densamente engessada pelas políticas anteriores e por práticas institucionais. Como consequência, as possibilidades de mudança deste sistema híbrido são pequenas e remotas (MENICUCCI, 2003).

Com princípios de uma política universal e integral, a materialização do SUS iniciou-se já com sérios problemas quanto ao financiamento⁵, obrigando a gestão pública a direcionar recursos para populações com níveis sociais mais baixos. Ao mesmo tempo, a pequena adesão de outras classes sociais (média e alta) na militância e defesa do sistema, ampliou a concepção de que o SUS está voltado apenas para as camadas sociais menos favorecidas, o que para alguns teóricos determinou a dualidade (pública e privada) de assistência de saúde no território, ainda, que a venda de planos privados já fosse uma realidade.

Além disso, inúmeras questões relacionadas à gestão de sistemas públicos incidiam e incidem sobre sua efetividade e eficiência, principalmente quando comparadas à gestão de serviço privados, particularmente, quanto aos engessamentos da administração e do direito público, discurso que de fato, ainda persiste na atualidade. Tais aspectos condicionaram ainda mais o contexto de implantação do sistema, como identificado na próxima seção.

⁵ O subfinanciamento no SUS está relacionado às Emendas Provisórias que desvinculam 30% dos recursos do sistema de seguridade social (previdência social, assistência social, e saúde pública), hora garantidos na CF 1988, para a utilização pelo governo em outros fins. Inicia-se em 1994 com o Fundo Social de Emergência (FSE), e após em 1996 recebe o nome de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e o que era provisório transforma-se em permanente, sendo sempre prorrogado. Desde 2000 é conhecido como Desvinculação das Receitas da União (DRU) com a justificativa de contribuir para o não crescimento das dívidas públicas e controle da inflação, entre outras finalidades. Atualmente está pautada na Emenda Constitucional (EC) n.º 93, de 8 de setembro de 2016, vigente até 2023 (BRASIL, 2016b).

1.2 A REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO

No Brasil, desde 1930 vêm-se implementando medidas que tratam da reorganização da Administração Pública. As medidas mais importantes que consubstanciam as reformas das últimas décadas são trazidas no Decreto-Lei n.º 200/1967, na Constituição Federal 1988, e no movimento de Reforma do Aparelho Estatal em 1995.

A Reforma do Estado de 1995 considera a evolução histórica da Administração Pública, que de forma sintética apresenta-se por meio de três modelos principais:

- a) Administração Pública Patrimonialista: no patrimonialismo, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração.
- b) Administração Pública Burocrática: surge na segunda metade do século XIX, na época do Estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade e o formalismo, características de controle e processos rígidos.
- c) Administração Pública Gerencial: emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. Busca eficiência, redução de custos, e qualidade na prestação de serviços públicos, por meio do desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações (BRASIL, 2011a).

Além disso, a administração pública baseia-se nos conceitos de centralização/descentralização e concentração/desconcentração de suas atividades. Ou seja, o Estado pode utilizar-se de prerrogativas constitucionais para a centralização de atividades em órgãos integrantes da administração pública direta, ou descentralizá-los. A descentralização ocorre por meio de três maneiras: a outorga

de serviços à administração indireta; por atos administrativos (concessões, permissões etc.); e, por meio da descentralização territorial (Art. 18, §2, CF 1988), que rege a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreendendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, como entes autônomos. Ainda, organiza-se concentrando atividades em unidades administrativas específicas, ou desconcentrando-as, distribuindo as atividades em Ministérios, Secretarias, Diretorias, entre outras.

A Reforma do Estado, também leva em consideração, o texto constitucional (CF 1988) que define as ações exclusivas e não exclusivas do Estado. Entende-se por ações ou atividades exclusivas aquelas que só o Estado pode realizar, ou seja, aquelas em que o Estado exerce o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar. As atividades exclusivas são aquelas pertencentes ao núcleo estratégico do Estado – o governo propriamente dito (poder legislativo, judiciário, ministério público, e o executivo), além de ações de fiscalização tributária e de relação de trabalho, arrecadação, finanças e controle, gestão pública, comércio exterior, áreas da segurança pública, diplomacia, regulação, política monetária e inteligência de Estado, planejamento e orçamento federal. Já os serviços não exclusivos são aqueles onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, incluindo neste rol de serviços, os de saúde.

Dessa forma, em 1995, o então Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) desenvolveu o PDRAE, apresentando alternativas e formatos jurídicos de atuação do Estado no desenvolvimento social e econômico. A Reforma do Estado é vista como um processo de diminuição do tamanho do Estado, pela delimitação de sua abrangência institucional e pela redefinição de seu papel (BRESSER-PEREIRA, 1997). Nessa definição, os serviços de saúde deveriam ser predominantemente financiados, mas não executados pelo Estado, o que caberia às organizações públicas não estatais (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Ferlie *et al.* (1999 apud Ibañez e Neto 2007) baseados no contexto internacional mencionam quatro modelos para o ambiente de reformas do Estado: *i)* modelo do impulso pela eficiência, caracterizado pela introdução de práticas de gestão do setor privado no setor público; *ii)* modelo de maior controle financeiro, pela introdução do sistema de custos e auditorias, monitoramento do desempenho e desregulamentação do mercado de trabalho; *iii)* modelo *downsizing* e descentralizado, com a separação entre o financiamento público e a dotação do

setor autônomo, além da mudança da gestão hierárquica para a gestão por contratos, redução da folha de pagamento público, entre outras; e, *iv*) modelo da busca pela excelência, com ênfase na cultura organizacional e com a inserção no setor público de aspectos administrativos qualitativos presentes no setor privado.

A onda de reorganização do Estado no Brasil foi inspirada no gerencialismo⁶ britânico, mas também recebeu influência dos princípios da *New Public Management* (NPM), principalmente em fazer a administração pública operar como uma empresa privada e, assim, adquirir eficiência, reduzir custos e obter maior eficácia na prestação de serviços (MOTTA, 2013). Sua implantação introduziu um novo padrão de gestão pública, também denominada de Reforma Gerencial de 1995 ou Reforma da Nova Gestão Pública (NGP) (MATIAS-PEREIRA, 2016; DASSO JUNIOR, 2014).

O *New Public Management* (NPM) foi considerado um novo modelo de gestão, voltado para uma visão empreendedora na Administração Pública para fazer frente à crise fiscal; às críticas e insatisfações com o modelo de gestão burocrática⁷; além da proteção do patrimônio público; da expansão das funções econômicas e sociais do Estado; do desenvolvimento tecnológico; e da globalização da economia mundial (MATIAS-PEREIRA, 2016; QUEIROZ, 2009).

Sua implementação se deu pela utilização de métodos de gestão do setor privado, tendo como pressupostos a descentralização das decisões e funções do Estado, autonomia na gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e pela ênfase na qualidade e na produtividade no serviço público (MATIAS-PEREIRA, 2016).

Dasso Junior (2014) compreende que as características da NGP têm por objetivo final adequar a Administração Pública ao Estado Ultraliberal, sendo estas: *i*) a lógica do privado deve ser referência a ser seguida; *ii*) o mercado é quem deve formular políticas públicas; *iii*) os serviços públicos devem abandonar as fórmulas burocráticas para assumir a modalidade da concorrência empresarial; *iv*) o cidadão deve converter-se em cliente; e, *v*) a gestão deve ser apartada da política. O próprio

⁶ Modelo de gestão que surgiu no século XX, sendo utilizado na década de 1970 no Reino Unido, por Margaret Thatcher, e nos Estados Unidos na década de 1980 no governo de Ronald Reagan. Refere-se à utilização de práticas gerenciais privadas no setor público, com descentralização, busca da qualidade e avaliação dos serviços (MATIAS-PEREIRA, 2016).

⁷ Administração Pública Burocrática é configurada por um conjunto de procedimentos administrativos baseados na legalidade dos atos, na impessoalidade das decisões, no profissionalismo dos agentes públicos e na previsibilidade da ação estatal (COELHO, 2009). O sociólogo Max Weber é o pioneiro nos estudos sobre a administração burocrática.

autor discute se as características apontadas são viáveis devido à lógica pública apresentar-se de maneira distinta da lógica privada.

No âmbito do PDRAE, foi proposto um pacote de medidas: *i*) para o núcleo estratégico do Estado, criação de carreiras típicas de Estado, com continuidade das características básicas da Administração Pública Burocrática (APB); *ii*) transformação de autarquias e fundações em agências executivas e reguladoras, com modelo gerencial (autonomia institucional, contratos de gestão, avaliação de desempenho, foco em resultados e satisfação do usuário); *iii*) criação de Organizações Sociais (OS) na prestação de serviços sociais e científicos como ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, preservação e proteção do meio ambiente, saúde e cultura (Lei n.º 9.637/1998); e, *iv*) privatização de bens e serviços destinados ao mercado (SANTINI, 2018; IPEA, 2010).

Neste novo modelo, o Estado confere maior descentralização administrativa para alguns formatos institucionais, ao possibilitar a organização de instituições públicas regidas a partir do direito privado, como as Fundações Públicas (Fundações Estatais), além de atividades de interesse público executadas em parceria ou contratação com organizações sem fins lucrativos, e/ou empresas privadas.

De maneira clássica, entende-se por direito público a execução e/ou a não execução de tudo aquilo que é previsto em lei (princípio da legalidade), e por direito privado a execução de tudo aquilo que a lei não proíbe (COELHO, 2009). Por exemplo, nas instituições regidas por direito público a aquisição de insumos, materiais e equipamentos, devem ser executadas mediante a Lei n.º 8.666⁸ de 21 de junho de 1993, conhecida como Lei das licitações (BRASIL, 1993b), com objetivo de garantir o princípio constitucional da isonomia à administração pública. No entanto, o que confere maior lisura ao gasto público também é elemento que causa morosidade ao processo de compra, devido às questões burocráticas que devem ser respeitadas nos diferentes atos licitatórios.

São diversos os autores que irão relacionar as burocracias estatais com a não qualidade e ineficiência dos serviços prestados. Como exemplo, Santos (2006) ao referir-se à instituição do PDRAE, especialmente quanto à área hospitalar, alega que

⁸ A Lei 8.666/1993 encontra-se em processo de transição para Lei 14.133/2021. O processo de transição durará dois anos (até 2023). Nesse período as duas leis permanecem vigentes. No âmbito dos serviços de saúde as principais mudanças estão relacionadas ao intervalo de dispensa emergencial e a realização do contrato; orientações mais claras quanto ao procedimento auxiliar de credenciamento; e aspectos voltados às sanções.

o Estado tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais, e ênfase na atuação dos processos e não nos resultados finais. Nesse contexto, as instituições regidas pelo direito privado irão possuir maior autonomia administrativa e menores amarras burocráticas, e aparecerão como estratégias para contrapor a rigidez e engessamento da administração pública.

Como medida conjunta à aprovação do PDRAE, e como parte do ajuste estrutural no Brasil proposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), foi promulgada a Lei Complementar (LC) n.º 101, de 04 de maio de 2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000), que estabelece normas financeiras voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, entre elas, o condicionamento dos gastos com salários e pensões ao desempenho fiscal nos três poderes de todos os níveis de governo. Após a publicação da LC n.º 101/2000 a despesa total com pessoal não pode exceder os percentuais da receita corrente líquida em 60% nos municípios, 60% nos estados e 50% na União.

Ao mesmo tempo que a LRF estabeleceu limites ao gasto com funcionários públicos, criou também outro problema ao inviabilizar políticas públicas, como saúde e educação que investem grande parte de seus orçamentos em recursos humanos (SOARES *et al.*, 2016).

Nesse sentido, os novos formatos jurídicos institucionais, como as OS, teriam maior autonomia financeira e administrativa, com a “publicização⁹” de serviços do Estado, vistos como não-exclusivos, e viabilizados por meio de contratos de gestão (BRASIL, 1995). Por serem regidos pelo direito privado, possuem maior flexibilidade para contratação de pessoal e aquisição de suprimentos, por exemplo (SOARES *et al.*, 2016). Como também sofreriam, em tese, maior controle social, uma vez que são compostos por conselhos administrativos, cabendo a estes prevenir a privatização e feudalização dessas entidades (BRASIL, 1995).

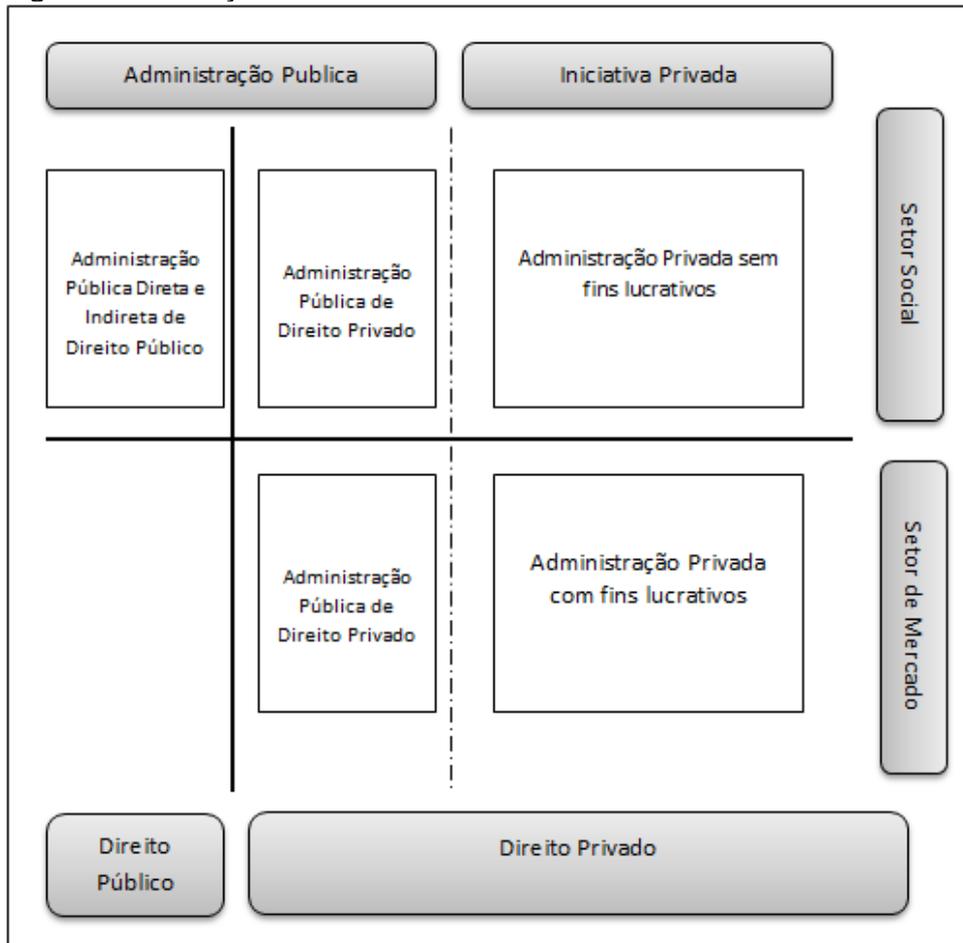
Mas se a OS é uma alternativa ao limite prudencial na gestão pública, a Portaria n.º 233 de 15 de abril de 2019 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) limita esta possibilidade ao ente federal, uma vez que solicitou que as despesas com

⁹ Segundo o sociólogo italiano Norberto Bobbio (2007), o termo “publicização” refere-se ao primado do público sobre o privado, ou da política sobre a economia. É quando existe maior intervenção do Estado no comportamento econômico, pautado em um processo de subordinação dos interesses do privado aos interesses da coletividade representada pelo Estado, que invade e engloba progressivamente a sociedade civil.

pessoal de atividades fim passem a ser contabilizadas no percentual total de gastos com recursos humanos (BRASIL, 2019a).

A figura 1 (um) apresenta de maneira sintética as modalidades e/ou formatos de atuação do Estado com vistas ao desenvolvimento social e econômico. A partir dela, pode-se destacar a seguinte classificação:

Figura 1 – Atuação do Estado no Desenvolvimento Social e Econômico, 1995.



Fonte: Adaptado de Valéria Salgado (2010).

- i) Administração Pública Direta (ou centralizada) que é composta por um conjunto de órgãos públicos que compõem a estrutura dos entes federativos (União, estados, Municípios, e Distrito Federal), dotadas de personalidade jurídica de direito público ou entes com personalidade jurídica própria;
- ii) Administração Pública Indireta (ou descentralizada) é composta por entidades que possuem personalidade jurídica própria (público ou privado), patrimônio próprio, capacidade de autoadministração, receita

própria, e responsáveis por atividades administrativas que necessitam ser desenvolvidas de forma descentralizada - Autarquias, Fundações Públicas, Consórcios, Sociedade de Economia Mista e Empresas Públicas¹⁰, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH);

- iii)* Terceiro Setor é marcado pela presença de entidades de natureza privada sem fins lucrativos e que exercem atividades de interesse social e coletiva, como exemplo, as OS, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, e os Serviços Sociais Autônomos¹¹ – SSA (Sistema S; e Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS - Lei n.º 13.958/2019); e, por fim,
- iv)* As Empresas Privadas (ou segundo setor), dotadas de personalidade jurídica de direito privado e com fins lucrativos, podendo ou não realizar atividades mediante contrato com o Estado.

O quadro 1 (um) apresenta algumas características, diferenças e semelhanças entre as instituições destacadas.

¹⁰ As empresas públicas e as sociedades de economia mista são instituições dotadas de personalidade jurídica de direito privado, com participação do poder público (empresas públicas) e de particulares (sociedade de economia mista) no seu capital e na administração, para realização de atividades econômicas ou serviços de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo estado (art. 170 da CF 1988).

¹¹ Serviço Social Autônomo é pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical (art. 240 da CF 1988). Não está obrigado à observância dos princípios constitucionais da Administração Pública. No conjunto dos SSAs destaca-se um subconjunto especial, cujas finalidades estatutárias não estão relacionadas com a prestação de serviços sociais direcionados a grupos sociais, mas à promoção do desenvolvimento de setores da economia (SALGADO, 2012).

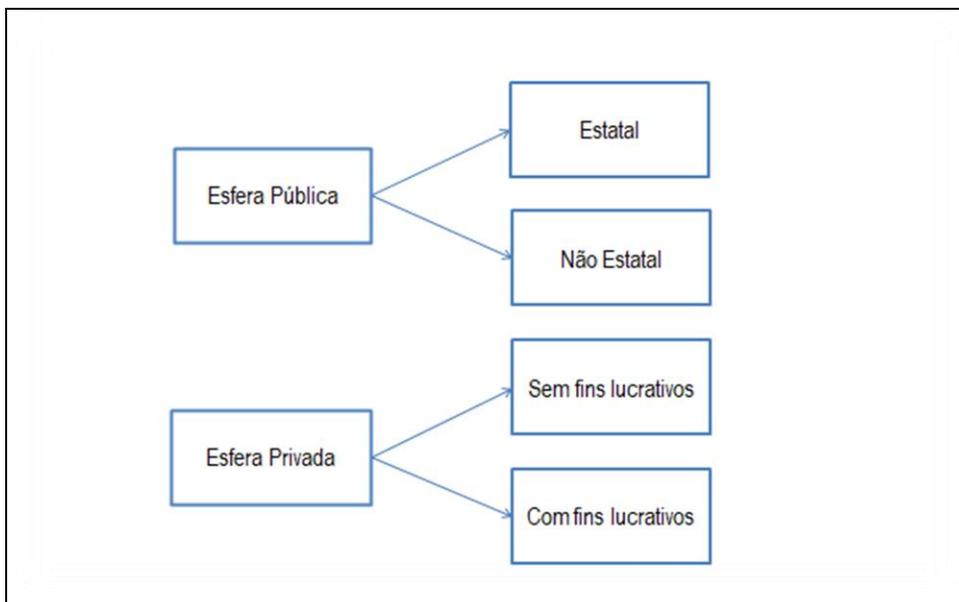
Quadro 1 – Características das modalidades de prestação de serviços, PDRAE, 1995.

Modalidades	Objetivo Social	Regimento Legal	Personalidade Jurídica	Administração Direta x Indireta	Fomento	Licitações	Regime de RH / Contratação
Administração Pública Direta	Órgão Público	CF 1988 Decreto Lei n.º 200/1967	Direito Público	Pública Direta	Público	Lei n.º 8.666/1993 e Lei n.º 14.133/2021	Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); Concurso Público.
Fundação Pública de Direito Público - Autarquias	Público/ sem fins lucrativos	Decreto Lei n.º 200/1967; Regime Contábil Lei n.º 4.320/64	Direito Público	Pública Indireta	Público	Lei n.º 8.666/1993 e Lei n.º 14.133/2021	Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); Concurso Público.
Fundação Pública de Direito Privado	Público/ sem fins lucrativos	Decreto Lei n.º 200/1967; Projeto de Lei Complementar n.º 92-A/2007; Regime Contábil Lei n.º 4.320/64.	Direito Privado	Pública Indireta	Público	Lei n.º 8.666/1993 e Lei n.º 14.133/2021	Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (sem estabilidade); não é regida pela LRF.
Consórcio Público de Direito Público	Parcerias entre dois ou mais entes da federação/ sem fins lucrativos	Lei n.º 11.107/2005; Decreto n.º 6.107/2007	Direito Público	Pública Indireta	Público	Lei n.º 8.666/1993 e Lei n.º 14.133/2021	Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); Concurso Público.
Organização Social (OS)	Sem fins lucrativos, executa serviços públicos sociais não exclusivos (3º Setor)	Lei n.º 9637/1998; Lei n.º 13.204/2015	Direito Privado	Entidade Privada	Público/ Privado	Tratamento especial com base no art. 24, XXIV, da Lei n.º 8.666/1993	CLT sem concurso público. Não observa LRF.
Empresa Privada	Complementar/ Prestação de Serviço	Lei n.º 8.666/1993 e Lei n.º 14.133/2021	Direito Privado	Entidade Privada	Público/ Privado	Não observa a Lei de Licitações.	CLT sem concurso público. Não observa LRF.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Outra forma de classificá-las (Figura 2), distribui as modalidades de acordo com a esfera de sua natureza (Pública ou Privada). A esfera pública compreende modelos relacionados: *i*) ao Estado ou *Estatat*, onde estão presentes os órgãos da administração direta; e, *ii*) o *Não Estatat*, ou seja, modelos vinculados ao Estado de forma indireta. Quanto à esfera privada, essa também distribui-se em duas categorias: *i*) *Sem fins lucrativos*, relacionada às modalidades que compõem o terceiro setor¹²; e, *ii*) *Com fins lucrativos*, relacionada ao setor privado lucrativo (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015).

Figura 2 – Classificação das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços de acordo com sua natureza.



Fonte: Viana, Miranda e Silva (2015)

Quanto à personalidade jurídica, de maneira geral, as de direito público são entidades que devem obedecer às normas e regras contábeis das finanças públicas (Lei n.º 4.320 de 17 de março de 1964), estão sujeitas também as regras de licitação e contratos (Leis n.º 8.666/93, Lei n.º 10.520/02 e Lei n.º 14.133/21), e possuem imunidade tributária¹³. Quanto ao regime de pessoal devem observar os limites

¹² O primeiro setor é o Estado, o segundo o mercado, e o terceiro setor deve ser entendido como aquele composto por entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos, e de finalidade pública (BRASIL, 2011).

¹³ Imunidade tributária ocorre quando a Constituição impede a incidência de obrigação tributária. Baseado no art. 150 da CF 1988 a administração pública goza de privilégios tributários, tal como a imunidade recíproca para impostos, além de prerrogativas processuais. Seus bens estão protegidos pelo regime público, são impenhoráveis, imprescritíveis e não podem ser objeto de oneração (MARINELA, 2014).

impostos pela LRF, com a recomendação de entrada de profissionais via concursos público, principalmente aos cargos de atividades essenciais e contínuas ao aparelho estatal.

Já as entidades com personalidade jurídica de direito privado possuem maior flexibilidade e tratamento especial nas regras para a compra de produtos e/ou serviços, e para a contratação de pessoal seguem a Consolidação de Leis do Trabalho (CLT), conforme o Decreto-Lei n.º 5.452 de 01 de maio de 1943, sem estabilidade do profissional.

Importante destacar que a CLT sofreu profundas mudanças com a Lei n.º 13.467/2017, conhecida como Lei da Reforma Trabalhista. Sob o pretexto da crise na economia brasileira e os altos índices de desemprego, o Governo Temer propôs o projeto de lei que abordou inúmeras questões na ordem de flexibilização das regras da antiga CLT, incluindo a terceirização de atividades-fim¹⁴, já anteriormente aprovada pelo congresso brasileiro em março do mesmo ano (Lei n.º 13.429/2017 – Lei das Terceirizações) (BRASIL, 2017a, 2017b).

De acordo com a Súmula n.º 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) até então era possível somente a terceirização de atividades-meio (serviços de vigilância, alimentação, conservação e limpeza) desde que não fossem atividades que correspondessem ao objetivo final de uma instituição, empresa ou indústria (BRASIL, 2017c).

A Lei da Reforma Trabalhista legitimou um precedente, ainda que não consensual, para que instituições públicas e privadas pudessem realizar contratação de pessoal por meio da licitação de empresas terceirizadas, ou ainda, pela modalidade de pessoa jurídica, fenômeno que é caracterizado pelo termo “pejotização¹⁵”.

¹⁴ Atividade-fim é aquela que compreende as atividades essenciais e normais para as quais a empresa se constituiu, ou seja, funções inerentes ao objetivo de seu ramo de atividade expresso em contrato social, e legalizada para contratações temporárias conforme o art. 9º §3º da Lei n.º 13.429, de 31 de março 2017: “O contrato de trabalho temporário pode versar sobre o desenvolvimento de atividades-meio e atividades-fim a serem executadas na empresa tomadora de serviços”.

¹⁵ A denominação “pejotização” tem sido utilizada para se referir à contratação de serviços pessoais, exercidos por pessoas físicas, de modo subordinado, não eventual e oneroso, realizada por meio de pessoa jurídica constituída especialmente para esse fim. Na prática o profissional corresponde a uma pessoa jurídica com a única finalidade de prestação de serviço. O contrato por pessoa jurídica não obedece aos critérios da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), portanto, o profissional não tem nenhum direito trabalhista, como férias, 13º salário, licença maternidade, entre outros.

Tal característica que já era comum para a contratação de profissionais médicos, principalmente em pequenos municípios, tem sido usada como alternativa para a contratação de outros profissionais da saúde, como das categorias de enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional (CFM, 2019).

Dados de instituições de análise sobre o crescimento econômico brasileiro indicam que as normas flexibilizadoras para as contratações de pessoal oriundas da reforma trabalhista não impactaram de forma positiva nas taxas de empregabilidade do país (IBGE, 2019), pelo contrário, estudos apontam para a precarização nas relações de trabalho e vínculo (GALVÃO *et al.*, 2019) quando deste tipo de contratação em diversos setores da sociedade, especialmente no de saúde.

Todavia, a CF 1988 estabelece no art. 199 que:

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).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8080/1990 também reforça a prioridade de contratação com entidades filantrópicas em seu artigo 25. E a Lei n.º 8.212 de 24 de junho de 1991 possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios das entidades beneficentes com o poder público. Mas é a Lei n.º 8.742/1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que caracteriza a entidade beneficente de assistência social e os requisitos necessários para ser considerada filantrópica e obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), mais tarde assim denominado a partir da Medida Provisória n.º 2.129-6 de 23 de fevereiro 2001 (BRASIL, 2001a).

Atualmente, existem três possibilidades possíveis para a obtenção do CEBAS para a área hospitalar: *i*) aplicar entre 5% e 20% do faturamento bruto anual em gratuidade¹⁶ (Lei n.º 12.868, de 15 de outubro de 2013); *ii*) disponibilizar 60% do total de internações ao SUS; ou, *iii*) ser considerado hospital estratégico para o sistema de saúde (GERSCHMAN *et al.*, 2003). Este último para as entidades de

¹⁶ Quando a instituição disponibiliza menos de 60% dos serviços da entidade para ações sem fins lucrativos, esta deve aplicar um percentual de sua receita em ações de gratuidade conforme a Lei n.º 12.868, de 15 de outubro de 2013: 5% se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50%; 10% se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% e inferior a 50%; e, 20% quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30% (BRASIL, 2013a).

reconhecida excelência, por meio de certificação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) (BRASIL, 2011b).

No ano de 2011, o estado do Paraná instituiu um programa de apoio financeiro e de qualificação de hospitais públicos e filantrópicos (HOSPSUS), com repasses de acordo com metas quali-quantitativas e com atuação destes serviços na assistência às redes de atenção prioritárias do estado (PARANÁ, 2011a). A partir do incremento da política, o percentual de associações privadas sem fins lucrativos apresentou em oito anos, aumento de 20%¹⁷ quando comparadas aos anos iniciais (DATASUS, 2019).

Assim, apesar da reconhecida importância da filantropia para o SUS, Gerschman *et al.* (2003) observaram, principalmente em municípios de pequeno e médio porte, que o setor tornou-se mutante e sujeito às pressões de atores conflitantes. Dessa forma, questiona-se: será uma estratégia para a viabilidade de instituições hospitalares privadas em municípios pequenos a alteração de entidades “com” para “sem fins lucrativos”, com vistas à isenção de contribuição social e subsídio financeiro do Estado? De que maneira estes serviços têm se aproximado das reais necessidades locais e regionais? Em que medida essa e outras modalidades como as OS, que a propósito também podem ser contempladas com os benefícios do CEBAS, não mascaram a privatização dos serviços de saúde?

Ibañez e Neto (2007) acreditam na discussão de alternativas mais eficientes às organizações estatais. Pontuam que as contratualizações de novas modalidades precisam considerar quatro premissas: *i)* subordinação à política de saúde do nível de governo em que a organização se inserir; *ii)* legalidade; *iii)* eficiência gerencial; e, *iv)* capacidade de controle. E principalmente que estejam associadas às políticas de âmbito regional e assegurem a integração com a rede serviços (dimensões de acesso, continuidade do cuidado, inserção nas redes, mecanismos cooperativos e de complementaridade), bem como, articulem e equilibrem a rede em que está inserida (LIMA, 1996).

Os mesmos autores apontam outras importantes questões no ambiente da saúde e que devem ser destacadas no contexto das reformas neoliberais, como as

¹⁷ Busca realizada no DATASUS/SCNES (dezembro/2019): Estabelecimentos por Tipo (Paraná) - Quantidade por Macrorregião de Saúde e Ano/mês competência (junho 2012 a outubro de 2019) - Natureza Jurídica (Associação Privada).

mudanças provocadas pelos fenômenos de transição epidemiológica e demográfica; o aumento de custos com tecnologia em saúde; e as lutas corporativas travadas dentro do sistema.

Quanto à privatização e a relação público-privada existente no sistema de saúde brasileiro, Sestelo *et al.* (2017) consideram limitadas as abordagens teóricas do campo da saúde coletiva para explicação destes fenômenos, as quais relacionam a privatização dos serviços com a acumulação de capital na saúde; avanços na civilização industrial; e especialmente, sobre o direcionamento do Estado à um complexo econômico-industrial que daria respostas mais eficientes à integralidade da assistência à saúde do cidadão. Para os autores este processo deve ser visto de forma mais ampla, considerando outros determinantes, como o avanço da lucratividade de empresas (prestadoras, financiadoras, intermediadoras, produtoras de insumos e medicamentos, ou formadoras de profissionais) por meio de aquisições, fusões, investimentos, articulações com bancos, fundos de investimentos, articulações políticas, entre outras, que remetem ao fenômeno de *financeirização* da saúde global.

Viana, Fonseca e Silva (2017) consideram que a participação do setor privado na saúde parece ser indeclinável e vem ganhando força por meio da agenda neoliberal adotada na América Latina, devido às inúmeras formas de privatização de serviços com a apropriação dos valores, saberes e práticas da saúde coletiva.

Nesta discussão, a privatização do Estado revela três posições teóricas divergentes sobre os modelos de flexibilização, ou pluralismo institucional¹⁸ das políticas de saúde: *i*) o primeiro é representado por defensores do SUS público, contrários à administração indireta e privada de serviços públicos; *ii*) o segundo por defensores do SUS de gestão flexível, favoráveis a modelos variados de provisão de serviços públicos, incluindo os privados; e ainda, *iii*) os defensores do SUS efetivo, favoráveis à privatização dos serviços públicos baseados na compreensão que o setor privado teria melhores mecanismos de gestão quando comparados ao setor público (NOGUEIRA, 2011).

Na perspectiva neoliberal, o Estado deixa de ser o prestador dos serviços para atuar como organismo regulador (IBAÑEZ; NETO, 2007), apesar da literatura

¹⁸ Formatos de prestação de serviços que ocorrem por meio de descentralização, e de novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade, por meio de modelos variados de provisão de serviços públicos, incluindo privados (ABRUCIO, 2012).

apontar para sua incapacidade de efetuar mecanismos e estruturas regulatórias eficientes (FLEURY; OUVENEY, 2006).

Neste sentido, os modelos jurídicos de atuação do Estado nos serviços de saúde devem favorecer processos organizativos e de gerenciamento ágeis e participativos, implicando no uso criterioso dos poderes estatais, na ponderação entre interesses, valores e direitos, além de, permitir um espaço privilegiado ao controle social, além de visar pela igualdade, justiça social e desenvolvimento econômico sustentado (SALGADO, 2012).

Existem muitas críticas aos resultados do PDRAE alegando que os modelos propostos não têm conseguido superar a efetividade da organização da Gestão Pública tradicional e que inclusive o próprio idealizador da reforma, Bresser Pereira, reviu alguns conceitos da época de sua elaboração (ALCÂNTARA, 2017). Mesmo assim, o governo federal brasileiro anunciou a criação de uma nova entidade de natureza jurídica de direito privado sem fins lucrativos, a ADAPS, para a contratação de profissionais médicos ao programa “Mais Médicos para o Brasil” (BRASIL, 2019b).

Acredita-se que a ADAPS possa reforçar a tendência de privatização da gestão com a perspectiva de contratação de pessoal por meio de OS ou cooperativas de pessoas jurídicas (OCKÉ-REIS, 2020). Por outro lado, não há consenso sobre a afirmação de que existe maior efetividade dos serviços privados de saúde mediante os processos de privatização das políticas públicas.

Ainda assim, têm-se como pressuposto para esta pesquisa que os modelos para flexibilização dos serviços de saúde apontados neste contexto, vêm sendo capilarizados aos pequenos municípios e regiões de saúde, principalmente como estratégia para viabilidade de serviços já existentes. Especialmente pelo fato do município ser o ente federativo que atualmente apresenta o maior percentual de investimentos em saúde, ainda que dentro de um cenário de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Complementar de contingenciamento dos gastos públicos (EC 95/2016).

1.3 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.3.1 A Relação Público-Privada

Para a discussão dos modelos variados de participação do Estado no desenvolvimento social e econômico, especialmente no setor saúde, há a necessidade de discuti-los por meio de outras perspectivas, entre elas, os aspectos da relação público-privada e do movimento de descentralização e regionalização das políticas de saúde.

Quanto à relação público-privada é interessante destacar que a dicotomia presente no conceito entre o público e o privado é debatida por vários autores (BOBBIO, 2007; SADER, 2005). No entanto, para além de sua dicotomia, Campos (2005) chama atenção para as 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.

Segundo Campos (2005) 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 sem fins lucrativos. Já a propriedade estatal, ocorre mediante a administração direta e indireta 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 – o primado do público sobre o privado (Publicização), ou o primado do privado sobre o público (Privatização) (BOBBIO, 2007). Nessa perspectiva, entra um debate extenso, o qual não caberá esgotá-lo aqui, que diz respeito ao limite de atuação do Estado e do mercado nas políticas públicas e a formação de outro par de termos dicotômicos – publicização *versus* privatização.

Para Sader (2005) a publicização refere-se ao comando da política sobre a economia ou da política sobre as necessidades privadas. No entanto, a privatização

existe quando uma esfera privada é autônoma em relação ao Estado e amplia-se às custas da esfera pública, reduzindo a sua mínima expressão (BOBBIO, 2007).

No direito administrativo, a publicização pode ser entendida como forma do Estado assegurar a prestação do serviço, por meio da regulação, do financiamento e do compartilhamento da responsabilidade à outra instituição pela execução de uma atividade não exclusiva do Estado. Nesse contexto, a PDRAE propunha, como estratégia para descentralizar os serviços públicos, a responsabilidade fiscal e regulatória do Estado, por meio do fomento às organizações sem fins lucrativos, cuja finalidade consistiria em prestar serviços de interesse público com métodos de funcionamento do setor privado, submetidas ao controle estatal e social.

Entretanto, segundo Di Pietro (2003) a publicização é uma forma de privatização dos serviços de saúde pública, pois em sentido amplo, todas as medidas para redução do tamanho do Estado são formas de privatizar, uma vez que ocorre a transferência da gestão dos serviços, recursos e bens públicos. Além disso, menciona que a privatização também engloba as seguintes atividades:

- a) desregulação, quando há a diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico;
- b) desmonopolização de atividades econômicas;
- c) venda de ações de empresas estatais ao setor privado, o que segundo a autora pode ser considerado uma desnacionalização ou desestatização;
- d) concessão de serviços públicos, quando ocorre a devolução da qualidade de concessionário à empresa privada e não mais a empresas estatais;
- e) *contracting out*, que compreende as formas pelas quais a Administração Pública celebra acordos de variados tipos para buscar a colaboração do setor privado, podendo-se mencionar, como exemplos, os convênios e os contratos de obras e prestação de serviços.

Na perspectiva da publicização, o art. 4º da Lei n.º 8080/1990 menciona que o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. E que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar, quando as disponibilidades de serviço forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial

à população de uma determinada área, mediante a formalização de contrato ou convênio, observado as normas de direito público.

Cabe, portanto, compreender que a assistência médica privada sempre participou da organização da política de saúde brasileira, com influência progressiva na oferta e na estrutura dos serviços nacionais (Carvalho *et al.*, 2017). Esta participação teve diferentes impactos no modelo de saúde vigente no país, dentre eles, a complementariedade de serviços privados no SUS (BRASIL, 1990a).

Entretanto, algumas normativas ampliaram a participação privada nos serviços de saúde, entre elas destacam-se: a Lei n.º 9.653/1998 que regulamenta o sistema de saúde suplementar, atualmente constituído por empresas de planos de saúde, medicina de grupo, autogestão e grupos de seguros saúde – coincidentemente ou não, publicada à época do PDRAE; e a Lei n.º 13.097/2015 que permitiu a abertura de investimentos no setor saúde ao capital internacional (BRASIL, 1998b, 2015b).

Além disso, a legislação beneficia o setor privado por meio de ressarcimentos e renúncias fiscais, promove seu enriquecimento e a financeirização¹⁹, vincula-se a práticas clientelistas, pelo financiamento de campanhas eleitorais e pressão sobre grupos políticos, além do fenômeno da “porta giratória”²⁰.

Nesse contexto, o setor privado é responsável por quase metade dos gastos em saúde no país, para a assistência parcial de menos de um terço da população; fato que condiciona a equidade de serviços de saúde. A distribuição de planos de saúde, por exemplo, não é homogênea no país, gira em torno de 22% da população (BRASIL, 2020a), esse índice é particularmente menor nos municípios de pequeno porte (MPP), os quais podem apresentar maior desigualdade socioeconômica e menor receita de recursos.

Sabe-se também que cerca de 70% dos municípios brasileiros são considerados pequenos e apresentam sérios problemas na oferta de serviços próprios e complementares. Estudos empíricos demonstram que a complementariedade com serviços privados em pequenas regiões é caracterizada

¹⁹ Segundo Sestelo (2018) o termo financeirização refere-se à acumulação de capital e dominância financeira em determinados setores sociais e econômicos, com consequências no trabalho, renda e relações sociais.

²⁰ Segundo Scheffer *et al.* (2020) o fenômeno da porta-giratória refere-se ao grau de captura de profissionais do mercado para atuarem nas agências regulatórias do governo, ou seja, quando diretores deixam as agências reguladoras e passam a trabalhar no mercado por elas regulado. Essa troca pode resultar em decisões políticas que são enviesadas em favor dos interesses da indústria.

por: *i*) assimetrias de poder entre prestadores privados e gestores públicos, com evidentes interesses e benefícios permitidos pelos contratos executados; *ii*) fragilidades de instâncias colegiadas (arenas federativas regionais); *iii*) ausência de coordenação dessas instâncias que favoreçam a regionalização; bem como, *iv*) escassos debates sobre as relações público-privadas no âmbito regional (DOMINGOS; FERRAZ; CARVALHO, 2019; SILVA, 2018). Além disso, o conceito e a compreensão de região são incipientes, demonstrando ações de governança, cooperação, cogestão e de ação coletiva enfraquecidas (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018).

É importante destacar que os elementos e fragilidades apontadas acima são também resultados e consequências dos ciclos de políticas públicas de descentralização e regionalização do SUS a partir da década de 1990.

1.3.2 O Processo de Descentralização e Regionalização das Políticas de Saúde

O primeiro movimento, a descentralização, é vista como um processo de organização político-territorial do SUS que redefine e redistribui o poder decisório da gestão, de prestadores e de recursos financeiros aos entes subnacionais (LIMA; VIANA; MACHADO, 2013). Esse processo transferiu a gestão dos sistemas de saúde do território ao ente municipal, dotando o gestor da responsabilidade de administração dos serviços e ações de saúde e da condução do projeto técnico-político do SUS (SILVA; CARVALHO, 2017).

Apesar de inúmeros avanços proporcionados pela descentralização, as enormes diferenças e desigualdades regionais quanto ao acesso e organização dos serviços de saúde no território nacional constituem-se em desafios para a gestão descentralizada (BRASIL, 2006a), haja vista o esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde (CARVALHO *et al.*, 2019).

Na tentativa de superar estes obstáculos, o Ministério da Saúde direcionou no início da década de 2000 (NOAS 01/2001 e 01/2002), discussões e publicações para fomentar o processo de regionalização, uma vez que somente a descentralização das ações não evidenciaram resultados suficientes às diferentes necessidades de saúde da população (SILVA, 2018). Segundo Lima (2015) a regionalização deve ser entendida 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; OUVÉNEY, 2007).

O Pacto pela Saúde (2006) também definiu 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 Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da PPI (BRASIL, 2006b, 2006c).

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, 2001b).

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 incentivos 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.

Nesse sentido, 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, 2011c).

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, 2011c, 2011d).

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, 2011d).

As regiões de saúde podem estabelecer diferentes desenhos, desde que se mantenham adequados às diversidades locais e estejam organizados 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, 2011c, 2011d).

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) Cogestão: 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).

A regionalização pode ser também conceituada com um processo técnico-político de múltiplas dimensões e condicionada por fatores de natureza diversa, voltado para a configuração dos sistemas de saúde em bases regionais e que envolvem: *i*) a adoção do enfoque territorial no planejamento/formulação de políticas e na organização/integração de ações e serviços; e, *ii*) a criação e/ou o fortalecimento de autoridades sanitárias e estruturas de gestão regional. Tem como objetivos: *i*) expandir o acesso e integrar as ações e serviços de saúde; *ii*) atender as necessidades loco-regionais; e, *iii*) melhorar o desempenho e a gestão dos recursos (LIMA, 2015).

Devido à complexidade do processo de regionalização sua implementação está relacionada à quatro condicionantes principais segundo Lima *et al.* (2012, 2019), Lima (2015) e Albuquerque *et al.* (2017): *i*) o primeiro refere-se as desigualdades e diversidades territoriais do país, expressa por fluxos de concentração e desconcentração de ocupação humana em determinados territórios relacionados às heranças históricas, fatores econômicos, urbanização e movimentos migratórios. Esses fatores constituíram regiões caracterizadas por alta concentração populacional, concentração de atividades econômicas e serviços sociais *versus* regiões de rarefeita densidade demográfica e baixo dinamismo econômico; *ii*) o segundo condicionante aborda as abrangências e lógicas territoriais de atuação do Estado na saúde, devido ao alto grau de interdependência entre serviços, instituições e áreas da política pública e a existência de distintas formas de organização das ações e serviços, nos diferentes campos e setores de atuação; *iii*) o terceiro refere-se à multiplicidade de atores envolvidos no financiamento, gestão e prestação da atenção à saúde, caracterizado por arranjos híbridos públicos e privados para a prestação de serviços, diversidade de atores públicos, privados e corporativos envolvidos na condução da política de saúde, por meio de relações de dependência segundo a combinação de interesses diversos e que se expressam na grande diversidade de arranjos de governança; e, *iv*) por múltiplas configurações e escalas geográficas relacionadas à oferta, ao uso e à pactuação regional de

serviços, determinadas por interdependência entre municípios para oferta de serviços devido à concentração da assistência especializada, a rotatividade do profissional médico nas regiões de saúde e o fato das regiões apresentarem diferentes abrangências de atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcios.

Nessa perspectiva a regionalização pressupõe a construção de RAS. Viana *et al.* (2018, p. 1793) destacam que a compreensão de RAS deve transpor sua forma clássica de “rede de serviços” para o conceito de “sistemas”, definidos por:

[...] complexos adaptativos com capacidade autorregulatória em torno de um sentido ético da organização sistêmica: a centralidade nas necessidades sociais populacionais e individuais derivadas da integralidade dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiescalares e inter ou mesmo transeitoriais. Complexidade cuja compreensão e cujo planejamento devem exigir ferramentas inovadoras como análise de redes e modelamento matemático que integre expectativas de consumo e capacidade de produção com a exigência de resultados valoráveis pelos cidadãos.

Além disso, as autoras destacam quatro importantes questões a serem discutidas no processo de regionalização no âmbito da RAS:

- a) a necessidade de ações intersetoriais e multiprofissionais para o atendimento de demandas complexas, que integrem sistemas de saúde e determinantes sociais;
- b) a compreensão das formas de contratualização entre serviços públicos e entre serviços públicos e privados, perspectiva que essa pesquisa tem como foco;
- c) a necessidade do uso de novos dispositivos tecnológicos para a integração de plataformas de regulação e assistência; e por fim,
- d) novos contornos e fluxos para os mecanismos regulatórios (regulação do sistema, atenção e do acesso) que também contemplem a regulação do cuidado, da qualidade e da segurança da assistência.

Outra questão a ser destacada no processo de organização regional é a governança das RAS. Pesquisas recentes também procuram compreender como os níveis de governança e as formas como é organizada nas diferentes regiões de saúde do país influenciam no processo de regionalização (LIMA *et al.*, 2017; 2019). A literatura parte da constatação que as políticas são cada vez mais influenciadas por

um conjunto amplo de atores e instituições (públicas, privadas, incluindo OSs, assim como, convênios, concessões, contratos de gestão, atores supranacionais, entidades multilaterais e internacionais) e por ações localizadas em inúmeros lugares, reorientando as formas de relação entre Estado e sociedade, ou, entre governos e agentes privados e sociedade (MARQUES, 2013; 2019).

Lima *et al* (2019) reforçam que nas regiões de saúde os arranjos de governança no SUS apresentam-se muito diversos e desiguais, dada a heterogeneidade de atores e prestadores de serviços de saúde, especialmente na média e alta complexidade, constituindo arranjos de governança caracterizada por padrões multiníveis (federal, estadual e municipal), híbridos (público e privado) e polarizados (concentração regional).

Apesar da polissemia relacionada ao termo, Marques (2019, p.6) conceitua governança como:

padrões de conexão entre atores e instituições por diversos tipos de vínculo, formais e informais, legais e ilegais, na produção de políticas, em especial se estas redes associadas às políticas forem compreendidas como conformando o tecido relacional do Estado.

Como método, o tecido relacional se expressa por meio da investigação sobre os padrões dinâmicos de conectividade entre múltiplas entidades por diferentes tipos de relações, formas e informais, materiais ou imateriais, ou até mesmo redes pensadas e imaginadas. É uma perspectiva teórica que considera que os fenômenos sociais devem ser analisados considerando padrões de relação entre as entidades sociais envolvidas, voltadas para a identificação de ações, estratégias, constrangimentos, identidades e valores dos atores envolvidos na formulação ou implementação da política (MARQUES, 2019).

Considera-se que as estratégias para contratualização e a oferta de serviços utilizados entre os municípios analisados nessa pesquisa sofram a influência de diversos atores e instituições, tanto de âmbito local (micro contexto) quanto no macro contexto. Entre os aspectos envolvidos nessa discussão destacam-se também as políticas anteriores instituídas, suas trajetórias e produtos, nesse contexto, expressos pelas conformidades políticas e constrangimentos causados pela ênfase dada ao processo de descentralização ao ente municipal.

Conforme Pestana e Mendes (2004) o processo de municipalização do SUS nos anos 1990 ocorreu de maneira autárquica e desordenada, promoveu o individualismo da gestão municipal e incentivou uma relação predatória entre os

entes federados de uma mesma região de saúde (MENICUCCI; MARQUES, 2016), o que resultou a materialização da ação coletiva e da cooperação (OLSON, 2015) um processo complexo, nas práticas dos serviços de saúde.

Outro fato importante é que o federalismo no Brasil dotou o ente municipal de determinada autonomia e poder para a condução de políticas públicas, como o SUS e que em certa medida estes vivem o receio de transferi-lo a outro ente. Além disso, não há no espaço regional, um ente federativo que conduza o processo de regionalização, já que na organização político-administrativa da república federativa do Brasil, a região de saúde não é contemplada (BRASIL, 1988).

1.3.3 A Ação Coletiva

No entanto, relações coletivas e regionalizadas são mais eficazes e tendem a diminuir o custo global dos serviços de saúde (MENICUCCI; MARQUES, 2016); ampliar a constituição das redes de atenção à saúde (RAS); e aperfeiçoar tanto a relação entre o público e o privado (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018), como as relações federativas (ANDRADE, 2018).

A ação coletiva ou o conceito de coletividade nasce da interação entre o indivíduo com “grupos primários” (COOLEY, 1950 apud OLSON, 2015), principalmente, aqueles formados pelas famílias e parentescos em geral. Posteriormente, nas sociedades industriais modernas, novas interações entre indivíduos ganham caráter que iguala ou ultrapassa a interação com os familiares, as quais passam a ser formadas por estruturas como Estados, igrejas, empresas, universidades, associações profissionais e sindicatos (TALCOTT PARSONS, 1953 apud OLSON, 2015).

Ocorre que o processo de ação coletiva em sistemas de saúde formados por princípios igualitários, descentralizados e regionalizados, como o SUS, é necessariamente lento e negociado, uma vez que envolvem jogos de cooperação e negociação, acordos e vetos entre entes federados e entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de legitimidade e que por vezes, possuem projetos políticos distintos (VIANA, LIMA, 2011).

No campo da saúde, ações coletivas e regionalizadas entre gestores tendem a alcançar melhores resultados e menor custo aos serviços de saúde, pois permitem a otimização de recursos e sua utilização solidária entre municípios e a garantia de rentabilidade para os municípios com maior capacidade de atendimento (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

No entanto, a compreensão sobre a ação coletiva não é consenso entre os autores. Melucci (1989), por meio da Teoria dos Novos Movimentos Sociais, aponta que os atores envolvidos na ação coletiva não se motivam apenas por questões econômicas (custos e vantagens) ou por questões políticas, mas também buscam outros bens imensuráveis, como autorrealização, solidariedade e identidade. Para o autor, a ação coletiva possui uma motivação que não toma como base os interesses economicistas, apontados pelo padrão marxista em um cenário de negociações e

trocas, de forma que, os indivíduos orientados para a ação social superam a luta pelo poder ou por bens de consumo.

Em contribuição a esta discussão, Gohn (2000) aponta que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas requer um projeto coletivo, uma vez que se organiza através da comunicação entre grupos ou por meio de atuações de grande monta.

Neste sentido, o entendimento acerca da ação coletiva mostra que o processo de consolidação da regionalização será oportuno e poderá levar os gestores de saúde de uma região a um projeto coletivo, produzindo desenvolvimento regional por meio de atividades. Entretanto, estas atividades serão bem-sucedidas em sua intencionalidade, apenas se seus agentes se apresentarem imbuídos de solidariedade, com vistas à autorrealização e por meio da construção de uma identidade coletiva, uma demanda comum.

Na mesma linha teórica, Putnam (1993) orienta que ação coletiva será derivada da transferência do capital social individual de cada ator político ao coletivo. O autor compreende o capital social com um bem público, expresso por características da organização social que incluem normas de reciprocidade, redes de solidariedade e confiança entre as pessoas. Para Putnam (1993) ações de capital social, como confiança, normas e redes, tendem a ser auto reforçadoras e cumulativas e podem capacitar as pessoas a agirem coletivamente. Para ele o capital social aumenta os benefícios do investimento em capital físico e humano.

Por outro lado, Olson (2015) a partir de uma visão pessimista sobre a cooperação descreve em seu livro “A lógica da ação coletiva”, que somente indivíduos altruístas, irracionais, ou pertencentes a pequenos grupos podem agir em prol de interesses comuns de um grupo determinado. Para Olson (2015) os indivíduos sempre terão interesses envolvidos no processo de cooperação, além disso, a ação coletiva tem custos e esforços políticos, administrativos e financeiros a serem assumidos. Assim, para existir cooperação entre entes federados deve existir um responsável que coordene e incentive a ação coletiva.

Na perspectiva de aprofundar essa discussão e realizar uma revisão dos conteúdos das políticas de descentralização/regionalização em saúde e de aspectos normativos para a contratualização de serviços, bem como, da cooperação e ação coletiva, foi organizado um artigo de revisão de literatura a respeito dos temas mencionados, cujo objetivo foi analisar como a ação coletiva e a cooperação são

abordadas nos documentos oficiais de regulamentação e organização das políticas de saúde que tratam da regionalização no período de 30 anos de implantação do SUS no Brasil. O resultado dessa produção foi publicado na *Physis: Revista de Saúde Pública* (vol.30, n.º.3, 2020) com o título “*A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde*” e encontra-se em anexo ao fim desse trabalho ([Artigo 1](#)).

1.3.4 A Ação Regulatória e a Política Nacional de Regulação no SUS

O último aspecto introdutório discutido, mas não menos importante, é a ação regulatória no SUS. Nesse sentido, essa seção aborda esse tema, na perspectiva que é imprescindível de ser analisado no contexto apresentado.

Para Santos e Merhy (2003) o ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores sociais ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde.

Nesse contexto, as políticas de regulação em saúde, segundo D'Intignano e Ulman (2001) apud Magalhães Junior (2006) buscam um equilíbrio entre três objetivos: *i*) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; *ii*) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e *iii*) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Os antecedentes históricos do processo de regulação do sistema de saúde brasileiro convergem em certa medida com o processo de contratualização dos serviços de saúde, ambos provenientes do modelo de organização e coordenação desenvolvida pelos institutos de previdência e assistência médica social, em anos anteriores.

Esse modelo de regulação caracterizou-se pelo seu alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normalização centrais, além da utilização de métodos de planejamento normativo, administração paramétrica e de controle, avaliação contábil-financeira e de organização e avaliação dos serviços com base em programas verticais de saúde pública (MERHY, 1992).

De acordo com a corrente neoinstitucionalista, a descentralização das ações de regulação de saúde aos entes subnacionais, manteve nos estados e municípios, a lógica regulatória presente nos institutos previdenciários, reforçando os aspectos centralizadores e normatizadores da política. Sob a mesma ótica, os atores envolvidos nesse processo buscam regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procuram direcionar a produção da saúde para os seus macro objetivos. Os interesses e as disputas colocadas entre os atores

sociais²¹ se fazem dentro de dado contexto histórico e político e os atores regulados respondem a essa regulação de maneiras distintas (SANTOS; MERHY, 2006).

No Brasil, observam-se quatro diferentes tipos de regulação:

- I. a regulação privada, reconhecida quando há predominância das chamadas forças de mercado, as quais definem a configuração do sistema, por exemplo, quando a incapacidade e/ou incipiente ação reguladora dos gestores permite que os prestadores de serviço definam que serviço ofertar, não dentro das necessidades do sistema, mas segundo os princípios do mercado;
- II. a regulação tecnocrática, deriva do olhar estritamente tecnicista e burocrático de equipes técnicas, estabelecendo regras de funcionamento, geralmente feitas a partir de uma ótica distante da realidade, sem considerar as diversas forças e atores sociais envolvidos e o mundo real dos trabalhadores e usuários;
- III. a regulação corporativa é uma nebulosa força regulatória, permanentemente operante, principalmente quando as diversas corporações tendem a tensionar a gestão do sistema para obter situações no mínimo confortáveis para os seus pares; e por fim,
- IV. a regulação social de caráter público, a qual vem sendo o caminho teórico trilhado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), tentando dar sentido à premissa de saúde como direito e orientando a organização do sistema. Nesse modelo, o interesse público está baseado no atendimento das necessidades dos usuários, de acordo com a disponibilidade dos serviços e do enfrentando às iniquidades de oferta, por meio da lógica de priorização.

No SUS a ação regulatória abrange tanto o setor público quanto o privado. De forma geral, consiste em um macroprocesso da gestão, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população as ações e aos serviços de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

²¹ Segundo Matus (1987) o ator social pode ser entendido por uma personalidade, organização ou um agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades, e atuar produzindo fatos na situação.

A regulação em saúde é composta por um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Abrange tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções etc.) quanto às ações e técnicas que asseguram seu cumprimento (fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações) (LOUVISON, 2014). A regulação como ação social compreende as ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de um determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde (JAIME, [2014?]).

A regulação em saúde é um campo abrangente com diversas compreensões. Nos sistemas de saúde, a regulação se concretiza em mecanismos legais e normativos (normas técnicas e padrões) que regem a relação entre os componentes de saúde.

A complexidade cada vez maior dos sistemas de saúde, com crescimento dos custos, incorporação de novas tecnologias, diversificação profissional e concentração dos mercados, demanda regras que permitam a realização dos objetivos do sistema.

E ainda que os governos sejam os principais agentes de regulação, os mercados, os profissionais e os prestadores possuem também mecanismos regulatórios.

Nos sistemas públicos que contratam serviços privados, um dos elementos mais importantes e complexos da regulação é a contratualização dos serviços, ou seja, regras para inclusão dos prestadores, execução dos serviços, desempenho e avaliação. Esse tipo de regulação envolve custos altos, porque os contratos são de difícil elaboração, implementação e acompanhamento (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Nessa perspectiva, sistemas nos quais o setor privado predomina, como no SUS, a necessidade de regulação torna-se fundamental. Na ausência de forte regulação com sanções correspondentes, os usuários podem ter o acesso restrito ou podem sofrer intervenções desnecessárias. A existência de um amplo setor privado, sem a relação regulatória com o setor público, gera conflitos na prestação de serviços e no seu financiamento.

Na atual Política Nacional de Regulação (PNR), publicada pela Portaria GM/MS nº 1.559 de 2008, e incorporada no anexo XXVI da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, a Regulação em Saúde

compreende a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor saúde, além de outras questões que impactem em seus determinantes (BRASIL, 2017d). Em certa medida, impulsionada pela publicação de normativas referentes ao Pacto pela Saúde, especialmente do Pacto de Gestão, que previa entre outras responsabilidades, a regionalização, a regulação, o controle, a avaliação e auditoria pelos entes federados.

No âmbito do SUS as ações de regulação em saúde estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso.

A regulação de sistemas contempla as macro diretrizes regulatórias e envolve os atos de regulamentação, planejamento, atuação do controle social, ouvidoria, vigilâncias em saúde, controle e diretrizes para a saúde suplementar, protocolos de incorporação de tecnologias e auditoria em saúde. A regulação da atenção está contida na regulação de sistemas e tem como enfoque os serviços e ações em saúde, contemplando desde o cadastro de serviços, processos de habilitação da rede de atenção, programação e contratualização dos serviços, pactuação e ações de controle e monitoramento da oferta e da produção de serviços em saúde. E por fim, a regulação do acesso, a partir da qual são construídos protocolos, fluxos de acesso, a qualificação das demandas, depuração de necessidades e ordenamento da oferta de serviços em saúde.

I. Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipal, estadual e nacional de saúde e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e das diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas, como:

- Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- Planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde;
- Participação da comunidade e ouvidoria em saúde;
- Vigilância sanitária e epidemiológica;
- Regulação da saúde suplementar;
- Auditoria assistencial ou clínica;
- Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.

II. Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme as responsabilidades gestoras de cada ente; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a regulação do acesso à assistência e controle da atenção à saúde, também denominada de regulação assistencial e controle da oferta de serviços. Executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. Entra as ações da regulação da atenção, destacam-se:

- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde;
- Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais;
- Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS);
- Avaliação analítica da produção;
- Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS);
- Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde;
- Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do

SUS e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Essa dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

- Regulação do acesso a partir da AB;
- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- Garantia do acesso aos serviços, por meio da classificação de risco e critérios de atendimento;
- Estabelece critérios por meio da equidade e integralidade, e diante das necessidades e capacidades do território loco-regional;
- Qualifica a informação e o cuidado em saúde;
- Viabiliza a rede de referências e aprimora a tomada de decisão das equipes de saúde;
- Qualifica o processo de trabalho e capacita/atualiza equipes por meio de estratégias de educação permanente;
- Subsidiava ações de controle, avaliação, processamento, pactuação, referências e fluxos;
- Estabelece referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

Conforme discutido, a função regulatória é de responsabilidade de todos os níveis de gestão do SUS, devendo ser implementada de acordo com as características dos serviços disponíveis em cada território, na perspectiva da organização em rede de atenção à saúde (RAS).

Exige a compreensão por parte dos profissionais e gestores, que ainda que instituídos fluxos e regras, não raro, usuários realizam itinerários próprios para

alcançar determinado serviço. Da mesma forma, prestadores e serviços de saúde podem, em certa medida, desconsiderar ou ainda ignorar os aspectos determinados pela ação regulatória estatal, característica que evidencia o grau de complexidade desse tema. Além do fato desse campo permanecer constantemente tensionado por fatores diversos, dentre eles, aspectos que envolvem o financiamento e a oferta de serviços, atitudes contrárias e distintas de determinados prestadores quanto ao interesse público e social, ações corporativistas e diferentes graus de relações de poder entre os sujeitos envolvidos.

2. COOPERAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O termo cooperação pode ser definido como o ato ou efeito de cooperar; associação entre duas espécies que traz vantagens para ambas; colaboração. No entanto, nas normativas das políticas de saúde e no direito administrativo esse conceito possui diferentes conotações.

Considerando essa polissemia, listam-se abaixo distintas interpretações a respeito da cooperação no âmbito das políticas de saúde, em especial da regionalização e contratualização de serviços:

- A primeira concepção da palavra “cooperação” refere-se à sua utilização como **elemento central de políticas públicas** implementadas em contextos federativos do tipo cooperativo, como no caso brasileiro, especialmente no que se refere à relação entre entes federados.

A Constituição Federal de 1988 trata a cooperação no artigo 23, reafirmando o seu caráter constitucional de autonomia entre os entes da federação (SOUZA, 2019), ao afirmar que “*Leis complementares fixarão normas para a **cooperação** entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional*”.

Dessa forma, quanto ao significado da cooperação nos documentos oficiais que tratam das políticas públicas de saúde, observa-se que, dentre as normas, muitas vezes esse termo é substituído por outros vocábulos, como “solidariedade” (no sentido de solidário, apoio – técnico, financeiro e científico, parceria); e “cogestão” (SILVA *et al.*, 2020):

- a) A solidariedade é um princípio do sistema de saúde baseado na colaboração, apoio e parceria entre entes federados, na perspectiva da saúde como bem público e, portanto, responsabilidade de qualquer gestor. Na esfera jurídica, impõe as mesmas responsabilidades em relação ao direito à saúde a todos os entes federados, não importando seu tamanho e/ou renda (SANTOS, 2011);
- b) A cogestão se refere aos esforços permanentes, políticos e técnicos, para o planejamento, articulação e pactuação das ações e estratégias dos serviços regionais ou não, materializados por meio dos colegiados de gestão regional (CGR), atualmente denominadas de Comissão

Intergestores Regional (CIR) e se expressa por arranjos institucionais que permitem desenvolver de forma solidária e cooperativa tais funções (BRASIL, 2006a).

- Um segundo aspecto considera a “cooperação” como um **resultado de um conjunto de comportamentos individuais** que se manifestam individualmente e socialmente, extrapolando assim, a característica exclusivamente técnica-política desse conceito. Essas duas primeiras concepções são tratadas de forma mais ampla no artigo “*A cooperação e ação coletiva no SUS*”, comentado na seção anterior e apresentado em anexo a esse trabalho;

- Um terceiro sentido ao termo está relacionado às modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços que integram o terceiro setor, designadas no direito administrativo como **entes de cooperação**:
 Os entes de cooperação são formados pelas pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviços públicos não exclusivos do Estado, viabilizando seu desenvolvimento, mas não integram a administração indireta (MARINELA, 2014). São denominados entes paraestatais, são eles:
 - a) Entidades de Apoio: como as fundações privadas sem fins lucrativos, que exercem atividades de relacionadas à ciência, pesquisa, saúde e educação, atuando em cooperação ao Estado junto a hospitais públicos e universidades públicas (Lei 8.958/1994). Um exemplo de entidade de apoio no Estado do Paraná é a Fundação Araucária;
 - b) Serviço Social Autônomo: é um rótulo atribuído às pessoas jurídicas de direito privado, integrantes da iniciativa privada; não prestam serviços públicos delegados pelo Estado, mas exercem atividade privada de interesse público; podem ser constituídas por meio de fundações, sociedades civis ou associações, previstas em lei específica. Exemplos: Sistema S, Rede Sarah, ADAPS;
 - c) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP): instituídas pela Lei n.º 9.790/1999, e regulamentadas pelo Decreto Federal n.º 3.100/1999 e n.º 7.568/11 é conceituada como pessoa jurídica de direito privado, instituída por particulares, sem fins lucrativos para a prestação de

serviços sociais não exclusivos (serviços socialmente úteis) sob incentivo do Estado. O vínculo jurídico se dá por meio do Termo de Parceria (BRASIL, 1999a, 1999b).

- d) Organizações Sociais (OS): instituída e definida pela Lei n.º 9.637/1998, como pessoa jurídica de direito privado, não integra a administração pública, e não possui fins lucrativos. É criada por particulares para execução, por meio de parcerias, de serviços públicos não exclusivos do Estado, previstos em lei. O vínculo jurídico ocorre por meio de Contratos de Gestão, no entanto, alguns críticos, entendem que o instrumento ideal às OS seria o convênio (BRASIL, 1998b).
- Na perspectiva **da cooperação federativa** à administração pública é compreendida por meio das relações (verticais e horizontais) entre os entes federados, por vezes propiciada pela descentralização de serviços por meio de instituições que integram administração pública indireta de direito público e/ou privado sem fins lucrativos, como as Empresas Públicas, Consórcios, Autarquias e Fundações Estatais;
 - Também pode relacionar-se com a **cooperação técnica e financeira** promovida por meio de convênios com instituições nacionais e organismos multilaterais e entre entes federados, especialmente da União aos estados e municípios por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, bem como, a cooperação técnica e financeiramente dos estados com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos aos prestadores de serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS (BRASIL, 2011e);
 - E ainda, por meio da **cooperação técnica** estabelecida entre instituições, com intuito de promover suporte técnico ao desenvolvimento de políticas públicas e programas prioritários, utilizando-se de um instrumento jurídico contratual chamado – Acordo de Cooperação. O Acordo de Cooperação é formalizado entre órgãos e entidades da administração pública ou entre estes e entidades privadas sem fins lucrativos com o objetivo de firmar interesse de mútua cooperação técnica visando à execução de programas de trabalho,

projetos/atividade ou evento de interesse recíproco, da qual não decorra obrigação de repasse de recursos entre os partícipes. Por força do artigo 116 da Lei 8.666/1993, a mesma se aplica a esta modalidade de instrumento jurídico (BRASIL, 1993b).

A cooperação ou ajuda mútua como prática social é histórica e nos remete às relações entre Estado-Igreja na Idade Média, na qual organizações fundaram com base na filantropia ou no voluntariado, hospitais, orfanatos e asilos patrocinados por fundos patrimoniais. Mais tarde, no âmbito dos serviços de saúde, esse espaço foi ocupado pelas Santas Casas, tanto nos países europeus, como no Brasil (GRAEF; SALGADO, 2012).

Atualmente, o Estado brasileiro, baseado em sua Constituição Federal (1988) é o responsável por políticas públicas e de proteção social. Assim, para atingi-las, estabelece relações de cooperação na esfera pública e privada. A esfera pública compreende o nível de cooperação estabelecida para dentro da administração pública direta (estatal) e/ou indireta (não-estatal); a esfera privada, por sua vez, ocorre na relação do Estado com a sociedade, por meio da cooperação e parceria com instituições com ou sem fins lucrativos (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015).

O SUS possui uma engenharia institucional que propicia as relações de cooperação e ação coletiva entre entes federados, desde sua concepção, principalmente nas instâncias de decisão, devido aos colegiados de gestão tripartite (CIT) e bipartite (CIB), instituídos pela Portaria MS/GM n.º 1.180/91 (BRASIL, 1991b) e NOB n.º 01/1993 (BRASIL, 1993a), respectivamente, bem como pela representatividade de instituições ora instituídas pelos entes municipais e estaduais, por meio dos Conselhos Estaduais e Nacional de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e CONASEMS, e ainda, pelo Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS. Posteriormente, por meio do Decreto n.º 7.508/2011 ocorre a instituição do arranjo de ação coletiva de abrangência regional, a CIR (BRASIL, 2011d). Essas instituições representativas dos entes da federação e suas instâncias de pactuação foram devidamente regulamentadas pela Lei n.º 12.466/2011, que acrescenta redação complementar ao artigo 14 da Lei n.º 8080/1990 (BRASIL, 2011f).

De toda forma, a cooperação só é possível de configurar-se, seja entre entes federados, ou as realizadas com os distintos modelos de gestão sob a égide do direito administrativo, por meio de uma forma contemporânea de organização do Estado – o federalismo.

O federalismo nasce do equilíbrio dialético entre a centralização e descentralização do poder político e de relações verticais e horizontais entre os entes federados e seus níveis de governo (executivo, legislativo e judiciário). De maneira sintética, o federalismo se constitui por meio das negociações diretas entre os governos locais – a cooperação horizontal e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais; alicerça-se também, além da característica cooperativa, na coordenação (DOURADO; ELIAS, 2011). Grosso modo, o federalismo é caracterizado por uma forma de organização do Estado para a descentralização do poder.

O SUS reproduz e legitima as características do federalismo trazidos pela constituição de 1988, como a autonomia entre os entes federados e inaugura o federalismo cooperativo do tipo sanitário.

Nessa perspectiva, e considerando que a implementação do processo de regionalização, objeto dessa pesquisa, busca pela garantia do direito à saúde da população, bem como configura-se por meio de uma estratégia de organização dos serviços para atingir a integralidade da assistência, entende-se, que esse processo só é possível devido aos arranjos institucionais estabelecidos entre os entes federados. Portanto, pode-se afirmar que o processo de regionalização é condicionado e dependente das relações governamentais de cooperação e coordenação federativa.

3. ANÁLISE DE POLÍTICAS

Esse trabalho utiliza-se do referencial teórico da análise de política – *policy analysis*. A análise de política aborda estudos sobre a organização de políticas e de seus componentes, como o financiamento e a gestão do sistema de saúde (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017). Como corrente teórica surge nos Estados Unidos da América na década 1960 e no Brasil os primeiros estudos marcam a década de 1990; assume o poder como categoria de análise central; é considerada uma subárea da ciência política; requer recursos teóricos e metodológicos variados, procedentes de várias tradições disciplinares e linhas teóricas, uma vez que, por abordar fenômenos fundamentalmente centrados na ação e no que provoca a ação dos governos, suas análises transbordam os limites estatais e de governo, recaindo sobre as relações entre o Estado e sociedade (Sociologia Política), especialmente sobre o campo das políticas públicas de forma mais ampla (CORTES; LIMA, 2012).

A análise política como campo teórico merece destaque, pois permite compreender a conformação das políticas públicas e a complexidade que lhe é intrínseca, em diferentes espaços de gestão (federal, estadual e/ou municipal), além de permitir foco no comportamento dos atores sociais que participam do jogo político, seus valores, interesses, a arquitetura do poder, a tomada de decisão, os conflitos e negociações (SERAFIM; DIAS, 2012; ESPERIDIÃO, 2018). A análise de políticas públicas tem como objetivo o conteúdo e o curso da ação proposta por um ator ou grupo de atores e seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (HAM; HILL, 1993; SOUZA, 2006).

Baseados nas contribuições de Dye (1984) e Parsons (2007), Serafim e Dias (2012) conceituam a análise de políticas por meio da compreensão de “*como os governos fazem*” ou, como se desdobram os processos políticos que conformam as políticas públicas e o próprio Estado. Ainda segundo os autores:

A Análise de Política pode ser entendida como um conjunto de observações, de caráter descritivo, explicativo e normativo, acerca das políticas públicas, que corresponde, respectivamente, às perguntas a respeito de “o que/como é?”, “por que é assim?” e “como deveria ser” (SERAFIM; DIAS, 2012, p.7).

Harold Lasswell na década de 1950 foi pioneiro na sistematização do processo de análise política, caracterizado por um processo de modelização da

política, conhecido como ciclo da política – *policy cycle*, apresentado à princípio em sete etapas. Nos anos de 1990, Howlett e Ramesh (1995) condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas: *i*) entrada na agenda, ou fase de reconhecimento da política; *ii*) formulação da política e definição de propostas de solução; *iii*) tomada de decisão e escolhas de soluções; *iv*) implementação, ou momento de colocar a política em andamento; e, *v*) avaliação, ou monitoramento dos resultados (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Estas etapas foram definidas para fins didáticos e como forma de ampliar a possibilidade de análise das políticas públicas. No entanto elas podem ocorrer simultaneamente ou em ordens diferentes das apresentadas. Outro fator importante a ser destacado é que reside em cada uma delas uma amplitude de discussões que envolvem, sem a intenção de esgotá-las, um processo complexo de disputas, de atores, valores, grupos de pressão e interesses individuais, econômicos, administrativos e ideológicos.

Mediante esse contexto, essa pesquisa tem ênfase na análise de implementação da política de regionalização do SUS e em certa medida, na agenda de formulações e de estratégias políticas para a sua materialização.

Três enfoques principais destacam-se na análise de implementação de políticas: *i*) o primeiro enfoque *top-down* considera a política com uma “propriedade” dos formuladores, parte da definição que as ações dos atores públicos e privados são dirigidas ao cumprimento dos objetivos da política. Neste enfoque a política pública seria despolitizada, marcada apenas pela atividade técnica, operacional e de natureza executiva e não deliberativa; *ii*) o segundo modelo *bottom-up* é quando a implementação da política pública depende em grande medida dos atores do nível de implementação, ou da burocracia do nível de rua²². É entendida como resultado das redes de decisões que se formam no nível concreto em que os atores se enfrentam para a implementação; e, *iii*) o terceiro enfoque são modelos que sintetizam e combinam os dois primeiros, resultando em análises multicausais (VIANA; BAPTISTA, 2012).

²² Michael Lipsky introduziu o conceito de “*street level bureaucrats*” (burocratas de nível de rua) no ensaio “*Toward a theory of street-level bureaucracy*” em 1969, para se referir-se ao papel e influência dos profissionais de primeira linha, intermediários entre os cidadãos e os serviços preconizados pelo Estado, recaindo sobre os mesmos os bônus ou ônus do serviço público. Neste sentido, estes profissionais possuem determinada autonomia e discricionariedade em relação à implementação de uma política, mas também, um alto grau de variabilidade e imprevisibilidade no trabalho (ALBUQUERQUE, 2017).

Existem, portanto, diversas linhas teóricas para a análise de políticas públicas, sejam pelas etapas e ramificações de estudos do ciclo de políticas, ou ainda por outras abordagens e contribuições de diferentes áreas do conhecimento, devido à tamanha complexidade das relações entre Estado e sociedade e entre o Estado e as políticas públicas propriamente ditas.

Outro importante referencial que vem ganhando destaque na análise de políticas é a análise de redes (*policy networks*), uma corrente teórica que auxilia na constituição de relações entre atores dentro do fenômeno estudado e que foi mencionado anteriormente.

A rede de políticas é conceituada por Marques (2019) como uma perspectiva teórica que considera que um fenômeno social deve ser analisado considerando os padrões de relação entre as entidades sociais envolvidas. Parte da premissa que o mundo é formado por vários tipos de relações sociais que se apresentam em constante renovação, sejam elas relações e/ou conexões formais ou informais. Segundo o autor esse referencial ganha maior potencial quando são integradas na análise, as categorias de “governança” e do “tecido relacional do Estado” à corrente de redes.

Os primeiros modelos da análise de redes datam da década de 1940 e 1950 e eram centrados na atuação de atores singulares ou de entidades constituintes do triângulo de ferro, composto por parlamentares, burocratas e eleitores. A partir da década de 1980 as pesquisas em análise de redes ampliaram o conjunto de atores – estatais, não estatais e institucionais – presentes nas políticas públicas. Atualmente as análises de redes são realizadas em ambientes marcados por características institucionais, padrões de relação pré-existentes e por recursos de poder (MARQUES, 2019). Ademais, compreende que as interações sociais entre atores, estruturam a sociedade em termos relacionais gerais e influenciam as escolhas individuais e organizacionais no âmbito das políticas públicas.

Além da perspectiva de redes de políticas, os modelos analíticos neoinstitucionalistas são provavelmente a referência teórica mais importante para o estudo de políticas públicas na atualidade (CORTES; LIMA, 2012).

O neoinstitucionalismo 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-funcionalista²³ e à análise behaviorista (comportamental) hegemônica para o entendimento das instituições na década de 1970. As instituições na perspectiva neoinstitucionalista são vistas de maneira ampla, a qual integra: *i*) regras formais, como leis, normas, regimentos; *ii*) regras informais: códigos de conduta, hábitos e convenções gerais; *iii*) os próprios atores, os quais definem e defendem interesses; bem como, *iv*) a distribuição de poder entre eles (STEINMO, 2001; MARQUES, 1996; NORTH, 1991).

A análise neoinstitucionalista 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 e de maneira geral 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 corrente histórica parte do princípio que a história importa para os fenômenos sociais. Neoinstitucionalistas 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 neoinstitucional histórica estas preferências são exógenas, ou seja, estimuladas pela organização institucional (STEINMO, 2001).

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).

²³ Modelo teórico e analítico da antropologia e da sociologia, herdada do pensamento funcionalista de Durkheim, possui como adeptos Radcliffe-Brown (1881—1955) e Talcott Parsons (1902—1979) e buscava explicar como um fenômeno social funcionava na completude de um sistema social, e compreender as estruturas como consequências das relações sociais estabelecidas em sociedade.

Para explicar a teoria histórica os autores neoinstitucionalistas utilizam a metáfora do jogo. Nessa metáfora, “o jogo” é entendido como a corrente neoinstitucional 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 neoinstitucionalistas históricos pretendem entender “Quem ganha?”, “Quem perde?” e “Por quê?” (STEINMO, 2001), “Onde?”, “Como?” e “Para que?” (PIERSON, 2004).

Esse modelo de análise de políticas considera dois conceitos principais: *i*) o primeiro – a dependência da trajetória (*path dependence*) orienta que as políticas e escolhas anteriores exibem reforços positivos e geram padrões ramificados de desenvolvimento histórico; e *ii*) o segundo, os retornos crescentes (feedbacks positivos) compreendem que outras ações alimentam a trajetória institucional inicial da política reforçando suas consequências e criando determinada rigidez às instituições (PIERSON, 2004).

Ou seja, 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, assim, aumentam as chances de sua continuidade e reduzem as possibilidades de alterações de rumo radicais (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015).

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 relacionado a retornos crescentes (feedback positivo), ou seja, fortalecimentos em que as políticas institucionalizadas, ou normas estabelecidas anteriormente, podem receber com o

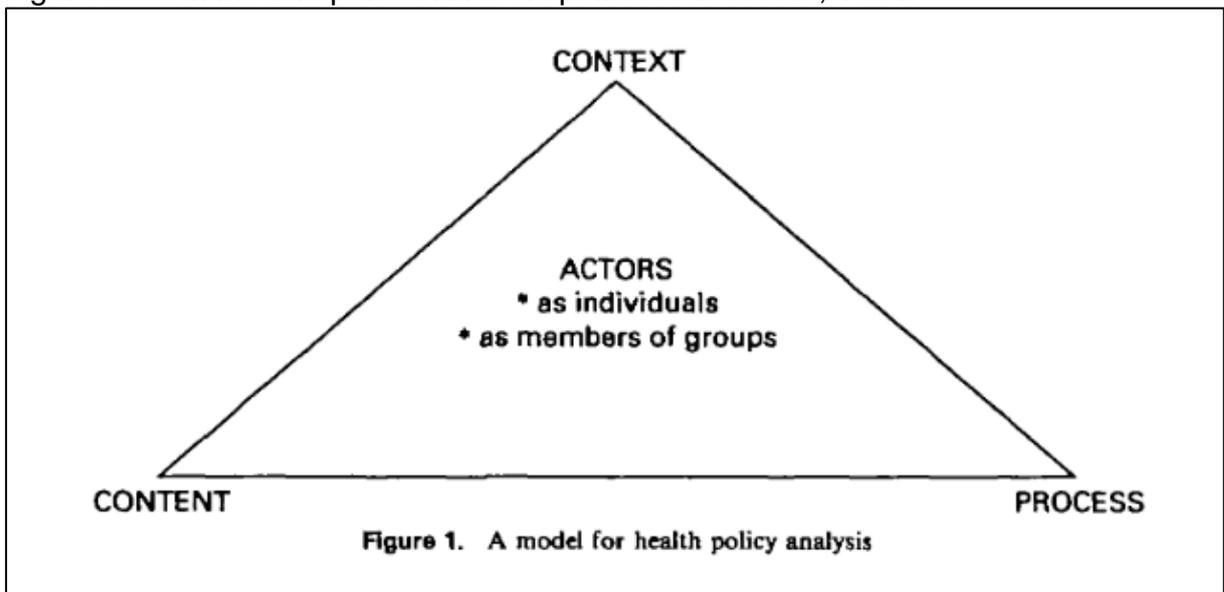
passar do tempo. Os feedbacks positivos alimentam a trajetória inicial, reforçando as consequências políticas e institucionais iniciais e criando determinada rigidez às instituições. Neste contexto, a realimentação positiva revela que o custo de mudança de uma alternativa para outra, irá aumentar ao longo do tempo (PIERSON, 2004).

Assim, a escolha de uma matriz teórica dentro dos variados modelos disponíveis de análise de políticas ganha grande destaque para o processo de análise de uma pesquisa (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006). Viana (1996) considera que os métodos adotados na escolha do referencial devem considerar a multiplicidade de fatores, atores e elementos que integram e caracterizam a política pública analisada.

Neste sentido, optou-se como auxílio para a compreensão dos objetivos desta pesquisa, adotar o modelo de análise de políticas proposta por Walt e Gilson (1994) e Pereira (2014), já que estes possibilitam envolver e sistematizar em categorias de análise os aspectos descritos a respeito do fenômeno estudado, ainda que o modelo proposto tenha ênfase na macro política.

O modelo de análise de Walt e Gilson (1994) é formado por quatro categorias principais: contexto, conteúdo, processo e atores.

Figura 3 – Um modelo para análise de políticas de saúde, 1994.



Fonte: WALT; GILSON (1994)

A primeira categoria analisa o contexto sócio-histórico, político e ideológico no qual a política está inserida. Caracteriza também aspectos do macro contexto na

esfera política, como mudanças e regimes políticos, ideologias dominantes e influência internacional; na esfera econômica, as políticas econômicas e financeiras em execução e os gastos públicos existentes; e, na esfera social, indicadores demográficos e socioeconômicos. No micro contexto podem ser analisados: a política setorial, identificando rede de interesses, jogos de poder, as políticas públicas implementadas e a relação público-privada; as finanças do setor também podem ser descritas, analisando gastos orçamentários, políticas e mecanismos de financiamento, assim como as fontes de recursos; e ainda, os problemas sociais e os serviços existentes: considerando mudanças epidemiológicas, os principais problemas de saúde existentes, os recursos humanos disponíveis e a rede de serviços estruturada (ARAÚJO JUNIOR; MACIEL, 2001; SAMPAIO; ARAÚJO JUNIOR, 2006).

A segunda categoria aborda o conteúdo da política e se expressa por meio da compreensão de programas, projetos e ações desenvolvidas no âmbito da política, os resultados esperados, a coerência entre os objetivos e metas propostos, assim como, análise da perspectiva sociocultural relacionada à política. A terceira categoria visa à análise do processo político, parte da compreensão que as políticas públicas são processuais, dinâmicas e dialéticas, portanto, sua separação em fases do ciclo de políticas deve-se apenas para fins didáticos. Ganham destaque para análise do processo político as fases de formulação e implementação da política (ARAÚJO JUNIOR; MACIEL, 2001; SAMPAIO; ARAÚJO JUNIOR, 2006).

A quarta e última categoria deste modelo de análise refere-se à compreensão dos atores envolvidos, estatais e/ou não estatais, públicos e/ou de mercado, e instituições, bem como, suas relações, jogos de poder e interesses (ARAÚJO JUNIOR; MACIEL, 2001; SAMPAIO; ARAÚJO JUNIOR, 2006).

Dessa forma, considera-se, que a atuação dos atores estatais e não estatais (ou atores públicos e de mercado) que participam direta ou indiretamente da conformação da política de regionalização do SUS, é influenciada por aspectos institucionais ligados à condução das políticas públicas, bem como, por uma possível relação entre os atores envolvidos. Considera-se também que o fenômeno pesquisado é composto por outras questões que o influenciam.

Nessa perspectiva, Pereira (2014) traz também contribuições importantes para a análise de política públicas, sob enfoque do neoinstitucionalismo histórico. Para autora, três aspectos possuem grande importância na análise:

- 1) a trajetória histórica das instituições e das políticas, com destaque para as ideias de temporalidade e sequência, bem como para a análise de continuidades e mudanças;
- 2) o papel das instituições, considerando suas características formais e informais; e,
- 3) o papel dos atores, reconhecendo que sua atuação influencia e recebe influência do contexto institucional, marcado por interesses diversos que se apresentam na disputa entre diferentes ideias/imagens acerca do objeto da política (PEREIRA, 2014, p. 159).

Assim, baseado nos referenciais teóricos apresentados foi construída uma matriz metodológica (Quadro 2), a qual contempla as características mais gerais para análise comparada das diferentes modalidades de prestação e gestão de serviços de saúde junto à região pesquisada. Procurou-se categorizar os elementos analisados em três dimensões: histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural.

Quadro 2 – Matriz de Análise

Dimensões		Análises
Histórico-estrutural	Elementos do macro e micro contexto que influenciam a articulação entre regionalização e contratualização em cada um dos casos analisados.	Macro e micro contexto (político, econômico e social) a respeito do processo de regionalização/contratualização com vistas à assistência à saúde.
Político-institucional	Atores , relações de poder e malha relacional que influenciam a relação entre contratualização e regionalização na região de pesquisa. O conteúdo e o processo de implementação das políticas públicas e elementos que influenciam os arranjos de contratualização estabelecidos em cada região - grupos ou partidos políticos, movimentos sociais,	Atores públicos e de mercado, instituições e organizações sociais que atuam direta e/ou indiretamente com a política e participam da oferta de serviços na região de pesquisa. O conteúdo da política de descentralização/regionalização em saúde e de aspectos normativos para a contratualização de serviços, bem como, da cooperação. E o processo de implementação da política de contratualização e regionalização, diante

	atores de mercado e demais instituições.	das diferentes modalidades jurídicas de prestação de serviços.
Conjuntural	Fatos e/ou elementos centrais que pertencem ao quadro conjuntural de análise.	Características que influenciam e determinam direta ou indiretamente o processo de regionalização/contratualização em cada uma das modalidades de gestão e prestação de serviço.

Fonte: Adaptado Pereira (2014).

A primeira dimensão histórico-estrutural pretende verificar as características dos **contextos** macro e micro (político, econômico e social) nos quais a política de regionalização está inserida.

A segunda, a dimensão político-institucional visa analisar o **conteúdo**, os **atores** e os **processos** da política de regionalização/contratualização. Para análise do conteúdo da política considera-se: *i)* o plano de reformas do Estado e as modalidades de gestão e prestação de serviços em saúde; *ii)* aspectos da relação público-privada; *iii)* aspectos institucionais; *iv)* características dos ciclos de descentralização e regionalização do SUS e seus resultados; *v)* aspectos normativos que regem a contratualização e a cooperação de serviços de saúde; e, *vi)* perspectivas ideológicas e sócio-históricas nas quais a política é formulada.

Nessa dimensão também analisam-se os atores públicos e de mercado (estatais e não estatais), instituições e organizações sociais que atuam direta e/ou indiretamente na política de regionalização e participam da oferta de serviços na região de pesquisa, por meio da análise de relações de poder, traços ideológicos e relações sociais. E o processo de implementação política, que identifica elementos que influenciam os arranjos de contratualização e regionalização frente às estratégias e formatos das modalidades jurídicas utilizadas para a assistência à saúde.

E por fim, a dimensão **conjuntural**, que identifica fatos e/ou elementos centrais que pertencem à conjuntura de análise e que estão relacionados e/ou determinam, de certa forma, às modalidades de gestão e prestação de serviços elencadas para a pesquisa.

A matriz auxilia na compreensão do objeto de estudo dessa pesquisa, o qual compreende e analisa em que medida as diversas modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços, vistas nesse contexto como estratégias de assistência à saúde, especialmente no âmbito da atenção especializada (média complexidade ambulatorial e hospitalar), relaciona-se com aspectos voltados à cooperação entre e com, os entes municipais de uma mesma região, bem como, às prováveis potencialidades para o fortalecimento do processo de regionalização em territórios formados por municípios pequenos.

Sabe-se das diferenças existentes entre a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, no entanto, com intuito de compreender de forma mais abrangente o processo de contratualização/regionalização, casos dos dois níveis de atenção compuseram a pesquisam, além disso, determinadas instituições hospitalares também são prestadoras de serviços na atenção ambulatorial na região pesquisada.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como as estratégias de contratualização das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços para a assistência à saúde relacionam-se com a cooperação e com o processo de regionalização do SUS em regiões formadas por municípios de pequeno porte.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar as normativas regulamentadoras do processo de contratualização no SUS;
- Identificar e descrever as modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços em pequenos municípios;
- Analisar as diferentes estratégias existentes e elementos das relações de cooperação em uma região de saúde, com vistas ao processo de implementação da política de regionalização.

5. CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “*Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde*”. Trata-se de um estudo de casos múltiplos de cunho exploratório, descritivo e com caráter qualitativo.

Optou-se pelo estudo de caso, pois esse método “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 esse método 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.

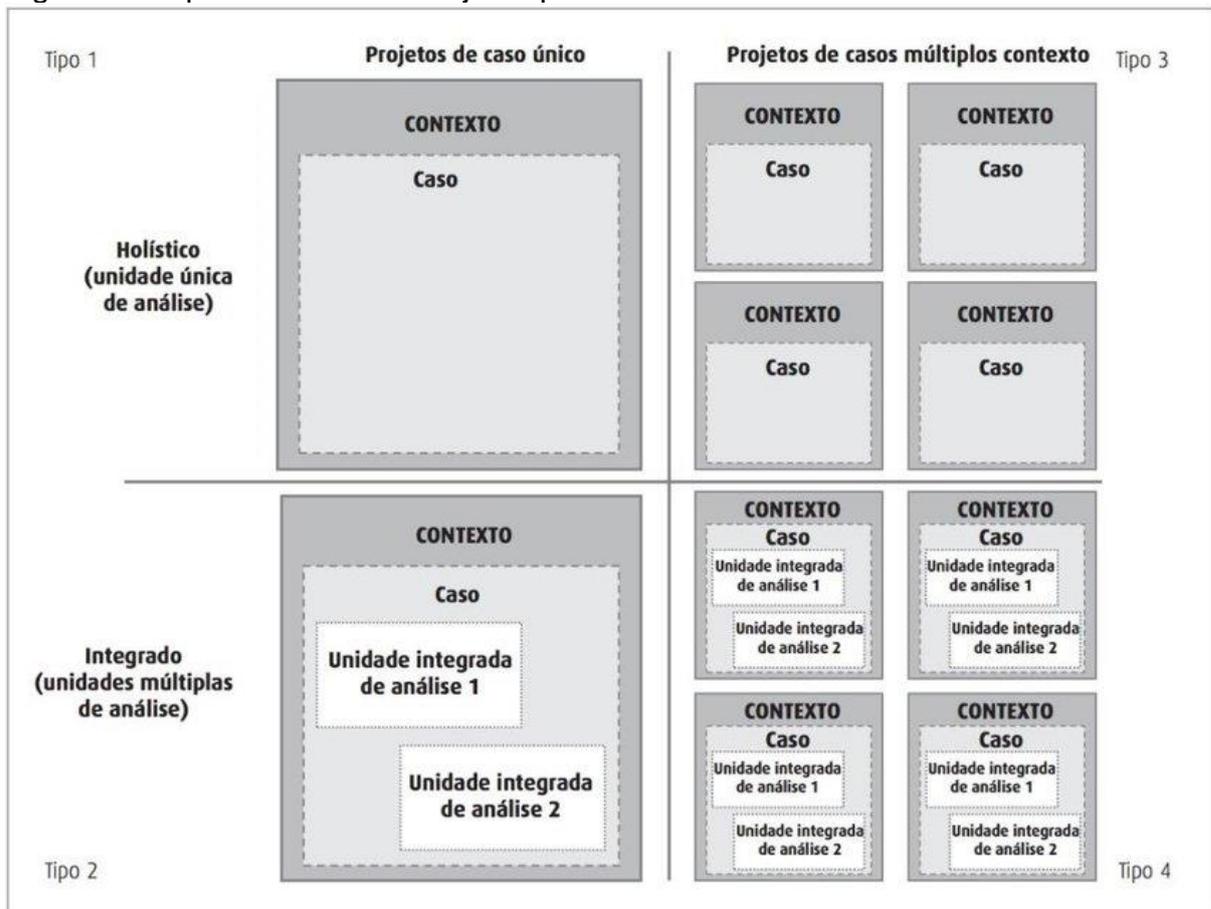
Permite ainda construir um diagnóstico situacional e identificar a organização dos serviços relacionados ao objeto de pesquisa, uma vez que, o diagnóstico situacional é um processo que auxilia na análise de uma realidade e suas necessidades, com vistas à orientação de medidas para organização de determinado território (BRASIL, 2016a).

Segundo Yin (2010) um estudo de caso pode constituir-se de um caso único ou pode ser formado por casos múltiplos, mas ambos os processos metodológicos, segundo esse autor, são considerados da mesma variante metodológica, sendo assim, não existe uma diferença ampla entre o estudo de caso clássico (único) e estudos de casos múltiplos, os dois devem ser encarados como um estudo completo em si mesmo. A escolha, portanto, deve ser baseada no objetivo e pergunta da pesquisa. Estudos de caso único ou múltiplos podem ter uma única unidade de análise – o estudo de caso *holístico*; ou podem ter múltiplas unidades de análise – o estudo de caso *integrado*.

Nessa perspectiva, essa pesquisa se encaixa no tipo de projeto de estudo de casos múltiplos integrados, conforme a figura 4, uma vez que analisou distintos modelos de gestão, considerando os casos da pesquisa e privilegiando um modelo por região de saúde que compõem a macrorregião de pesquisa. No entanto, cada

um dos casos está inserido em contextos diferentes, embora com os mesmos objetivos finais. Dessa forma, a pesquisa envolveu unidades integradas de análise derivadas do próprio caso, bem como dos resultados da coleta de dados dos demais.

Figura 4 – Tipos Básicos de Projetos para Estudos de Caso



Fonte: Yin (2010).

Optou-se também pela realização da abordagem qualitativa, uma vez que o objetivo final não foi de mensurar por dados quantificáveis o melhor ou pior modelo de gestão a ser seguido, mas sim de identificar variáveis técnicas, jurídicas, contratuais e subjetivas, em suas múltiplas relações com o objeto de pesquisa, por meio da coleta de dados.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, voltada para a realidade, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006).

Privilegia a compreensão por meio 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 (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Questiona a generalização de princípios explicativos sobre algo estudado. Não busca a generalização, mas a compreensão particular daquilo que estuda, com foco no entendimento dos fenômenos, almejando a sua compreensão e não somente sua explicação (MARTINS; BICUDO, 2003).

5.1 CAMPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se como campo de estudo, municípios de pequeno porte (até 50.000 habitantes) do Paraná, com ênfase aos situados na macrorregião norte do estado. A macrorregião norte (Londrina) é formada por cinco (05) regionais de saúde com população total aproximada de dois milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios (IBGE, 2019), dos quais 92 (94,8%) são considerados pequenos (até 50 mil habitantes) (BRASIL, 2004a).

Para Viana e Iozzi (2019, p. 4):

[...] analisar uma região inclui examinar os recortes mais adequados para captar as diferenciações no espaço. Para explicar a região e os processos que a constituem, é preciso selecionar os espaços na escala em que os fenômenos são percebidos e mais bem observados, isto é, examiná-los de acordo com as escalas que representem a apreensão de suas realidades.

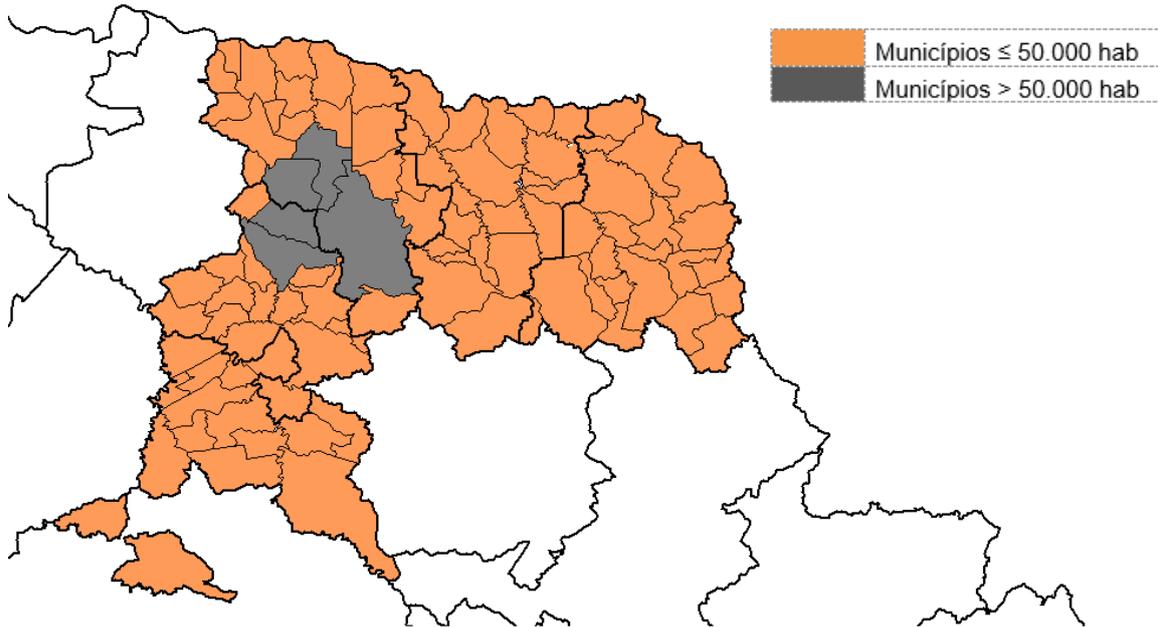
A seguir a tabela 1 apresenta o número de habitantes das regiões de saúde inseridas na pesquisa. A figura 5 traz a representação geográfica do campo de estudo por meio da distribuição espacial dos municípios e a figura 6 os limites territoriais das regiões de saúde.

Tabela 1 – Distribuição populacional do estado do Paraná, segundo regionais de saúde e municípios pertencentes à macrorregião norte Londrina, 2019.

Região	Município Sede	N.º de municípios	População
16ªRS	Apucarana	17	384.198
17ªRS	Londrina	21	964.251
18ªRS	Cornélio Procópio	21	222.583
19ªRS	Jacarezinho	22	289.020
22ªRS	Ivaiporã	16	128.450
Total		97	1.988.697

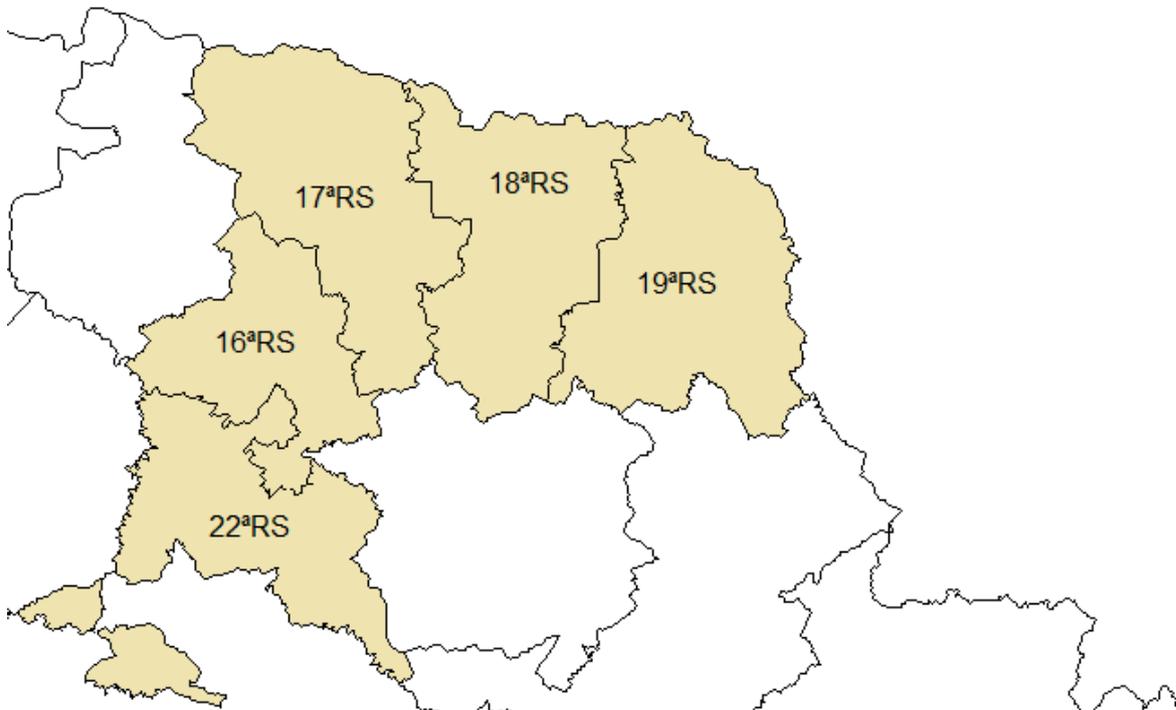
Fonte: IBGE (2019)

Figura 5 – Campo de Estudo segundo o porte dos municípios, macrorregião norte do Paraná, 2021.



Fonte: TABWIN (2020), BRASIL (2004a).

Figura 6 – Distribuição das Regiões de Saúde, macrorregião norte do Paraná, 2021.



Fonte: TABWIN (2020)

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

Tabela 2 – Classificação de municípios por número de habitantes, Brasil, 2004a.

Classificação	Número de Habitantes	Número de Municípios
Pequenos I	Até 20.000 habitantes	86
Pequenos II	De 20.001 a 50.000 habitantes	06
Médios	De 50.001 a 100.000 habitantes	02
Grandes	De 100.001 a 900.000 habitantes	03
Metrópoles	Mais de 900.000 habitantes	00
		97

Fonte: BRASIL (2004a), IBGE (2019).

5.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Para seleção dos participantes da pesquisa, a princípio, realizou-se busca de dados secundários no sistema do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) objetivando identificar as principais modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços na macrorregião de Londrina, sendo estes: *i)* Consórcio Público de Direito Público; *ii)* Administração Direta Municipal; *iii)* Fundação Estadual Pública de Direito Privado; *iv)* Empresas Privadas; e, *v)* Entidades sem fins lucrativos.

Quadro 3 – Distribuição dos serviços de saúde por natureza jurídica, Macrorregião de Saúde Norte do Paraná, 2018.

Macrorregião de Saúde: 4102 Norte Período: Dez/2018		
Natureza Jurídica	4102 Norte	Total
1. Administração Pública	894	894
101-5 Órgão Público do Poder Executivo Federal	2	2
102-3 Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	18	18
103-1 Órgão Público do Poder Executivo Municipal	7	7
111-2 Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	5	5
112-0 Autarquia Municipal	2	2
121-0 Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)	8	8
122-8 Consórcio Público de Direito Privado	1	1
124-4 Município	850	850
126-0 Fundação Pública de Direito Privado Estadual ou do Distrito Federal	1	1
2. Entidades Empresariais	1363	1363
205-4 Sociedade Anônima Fechada	8	8
206-2 Sociedade Empresária Limitada	725	725

213-5 Empresário (Individual)	151	151
214-3 Cooperativa	13	13
223-2 Sociedade Simples Pura	8	8
224-0 Sociedade Simples Limitada	368	368
230-5 Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)	81	81
231-3 Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Simples)	9	9
3. Entidades sem Fins Lucrativos	193	193
306-9 Fundação Privada	2	2
307-7 Serviço Social Autônomo	11	11
313-1 Entidade Sindical	14	14
322-0 Organização Religiosa	1	1
399-9 Associação Privada	165	165
4. Pessoas Físicas	1785	1785
Total	4235	4235

Fonte: DATASUS (2018)

A partir dessa busca foi selecionado de forma intencional um serviço de cada modalidade destacada acima como ponto de partida para investigação. O critério para a seleção dos primeiros serviços a serem investigados foi o de pertencer a uma das modalidades elencadas e apresentar-se como estratégia local ou regional para a assistência especializada (ambulatorial ou hospitalar). Posteriormente, utilizou-se do método do informante-chave, implícito ou explícito em cada entrevista, a fim de desvelar atores e instituições pertencentes a esta rede. Portanto, apesar da delimitação do campo de estudo (macrorregião norte), outros sujeitos e serviços revelaram-se durante a pesquisa de campo, extrapolando os limites territoriais da região, entre eles, o estabelecimento hospitalar e as entrevistas que compuseram o capítulo 6.3.2.

Para auxiliar na seleção dos serviços elencados para análise, foi necessário seu detalhamento por região e por município, a fim de especificar a quantidade de estabelecimentos na região e sua natureza jurídica, especialmente das instituições hospitalares.

Quadro 4 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 16ªRS, 2020.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (SEDE)	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO					PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR URGENCIA EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE
							PRIVADO (Sociedade Empresarial Simples ou LTDA; Cooperativa)	SEM FINS LUCRATIVOS (Associação Privada)	PÚBLICO MUNICIPAL	PÚBLICO ESTADUAL OU FEDERAL	FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO				
APUCARANA*	0	1	2	1	0	2	0	2	0	0	0	1	0	6	0
ARAPONGAS*	0	0	0		0	3	1	2	0	0	0	5	0	3	0
BOM SUCESSO	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
BORRAZOPOLIS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
CALIFORNIA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAMBIRA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FAXINAL	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
GRANDES RIOS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
JANDAIA DO SUL	0	0	0		1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0
KALORE	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
MARILANDIA DO SUL	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MARUMBI	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
MAUA DA SERRA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVO ITACOLOMI	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIO BOM	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SABAUDIA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SAO PEDRO DO IVAI	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
16ª RS APUCARANA	0	1	2	1	1	13	1	7	6	0	0	9	0	11	0

Fonte: SCNES/2020

* Municípios com população acima de 50.000 habitantes

Hospital Privado que não atende SUS

Quadro 5 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 17ªRS, 2020.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (SEDE)	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO					PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR URGENCIA EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	
							PRIVADO (Sociedade Empresarial Simples ou LTDA; Cooperativa)	SEM FINS LUCRATIVOS (Associação Privada)	PÚBLICO MUNICIPAL	PÚBLICO ESTADUAL OU FEDERAL	FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO					
ALVORADA DO SUL	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
ASSAI	0	0	0		0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
BELA VISTA DO PARAISO	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
CAFEARA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAMBE*	0	0	0		0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0
CENTENARIO DO SUL	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
FLORESTOPOLIS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
GUARACI	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IBIPORA	0	0	0		0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
JAGUAPITA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
JATAIZINHO	0	0	0		0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LONDRINA*	1	1	2	1	6	17	12	7	1	3	0	6	0	0	11	0
LUPIONOPOLIS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MIRASELVA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PITANGUEIRAS	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORECATU	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PRADO FERREIRA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PRIMEIRO DE MAIO	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ROLANDIA*	0	0	0		1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0
SERTANOPOLIS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
TAMARANA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
17ª RS LONDRINA	1	1	2	1	7	35	15	11	13	3	0	10	0	0	22	0

Fonte: SCNES/2020

* Municípios com população acima de 50.000 habitantes

	Hospitais Privados que não atendem SUS
	Hospital Privado que atende SUS
	Hospital Filantrópico que não atende SUS – (1)

Quadro 6 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 18ªRS, 2020.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (SEDE)	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO					PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR URGENCIA EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	
							PRIVADO (Sociedade Empresarial Simples ou LTDA; Cooperativa)	SEM FINS LUCRATIVOS (Associação Privada)	PÚBLICO MUNICIPAL	PÚBLICO ESTADUAL OU FEDERAL	FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO					
ABATIA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
ANDIRA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
BANDEIRANTES	0	0	0		0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
CONGONHINHAS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
CORNELIO PROCOPIO	0	1	1	1	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0
ITAMBARACA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
LEOPOLIS	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVA AMERICA DA COLINA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVA FATIMA	0	0	0		0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVA SANTA BARBARA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RANCHO ALEGRE	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIBEIRAO DO PINHAL	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
SANTA AMELIA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA CECILIA DO PAVAO	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SANTA MARIANA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SANTO ANTONIO DO PARAISO	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAO JERONIMO DA SERRA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
SAO SEBASTIAO DA AMOREIRA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
SAOPEMA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
SERTANEJA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
URAI	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
18ª RS CORNÉLIO PROCÓPIO	0	1	1	1	0	17	3	9	5	0	0	0	0	0	10	0

Fonte: SCNES/2020

	Hospital Privado que não atende SUS
	Hospital Privado que atende SUS

Quadro 7 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 19ªRS, 2020.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLOGICA	CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (SEDE)	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO					PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR URGENCIA EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE
							PRIVADO (Sociedade Empresarial Simples ou LTDA; Cooperativa)	SEM FINS LUCRATIVOS (Associação Privada)	PÚBLICO MUNICIPAL	PÚBLICO ESTADUAL OU FEDERAL	FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO				
BARRA DO JACARE	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAMBARA	0	0	0		0	2	0	1	1	0	0	0	1	1	0
CARLOPOLIS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
CONSELHEIRO MAIRINCK	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
FIGUEIRA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
GUAPIRAMA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
IBAITI	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0
JABOTI	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
JACAREZINHO	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
JAPIRA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JOAQUIM TAVORA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
JUNDIAI DO SUL	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PINHALAO	0	0	0		0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
QUATIGUA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RIBEIRAO CLARO	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SALTO DO ITARARE	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SANTANA DO ITARARE	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SANTO ANTONIO DA PLATINA	0	0	0		0	2	0	1	0	0	1	0	1	1	1
SAO JOSE DA BOA VISTA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SIQUEIRA CAMPOS	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
TOMAZINA	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
WENCESLAU BRAZ	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
19ª RS JACAREZINHO	0	0	1	1	0	21	1	8	11	0	1	1	2	7	1

Fonte: SCNES/2020

Hospital Privado que atende SUS

Quadro 8 – Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por município – 22ªRS, 2020, e total geral de estabelecimentos na macrorregião norte do Paraná.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLOGICA	CONSÓRCIO PÚBLICO DE DIREITO PÚBLICO (SEDE)	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO					PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR URGENCIA EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE
							PRIVADO (Sociedade Empresarial Simples ou LTDA; Cooperativa)	SEM FINS LUCRATIVOS (Associação Privada)	PÚBLICO MUNICIPAL	PÚBLICO ESTADUAL OU FEDERAL	FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO				
ARAPUA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARIRANHA DO IVAI	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANDIDO DE ABREU	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
CRUZMALTINA	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GODOY MOREIRA	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
IVAIPORA	0	0	1	1	0	4	0	2	1	1	0	0	0	2	0
JARDIM ALEGRE	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
LIDIANOPOLIS	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUNARDELLI	0	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MANOEL RIBAS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
MATO RICO	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOVA TEBAS	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RIO BRANCO DO IVAI	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROSARIO DO IVAI	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SANTA MARIA DO OESTE	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SAO JOAO DO IVAI	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
22ª RS IVAIPORÃ	0	0	1	1	0	13	0	3	9	1	0	0	0	4	0
TOTAL GERAL	1	3	7	5	8	99	20	38	44	4	1	20	2	54	1

Fonte: SCNES/2020

Entre os sujeitos participantes na pesquisa encontram-se gestores ou membros das equipes gestoras municipais, prestadores de serviços, gestores estaduais, membros do controle social externo (ministério público), membros do conselho de secretarias municipais de saúde (COSEMS), gestores das regionais de saúde e membros dos consórcios intermunicipais de saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos Sujeitos de Pesquisa, 2021.

Sujeitos	N
Prestadores de Serviço	07
Gestores Municipais	06
Técnicos das Regionais de Saúde	03
Representantes do COSEMS	03
Gestor Estadual	01
Controle Social	01
Consórcio	01
Total	22

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3 COLETA DE DADOS

Utilizou-se como instrumentos de coletas de dados entrevista com apoio de um roteiro semiestruturado (Apêndice 01), as quais foram gravadas e transcritas. No entanto, apesar do roteiro servir de base para as entrevistas, considerou-se que o universo de entrevistados foi amplo, assim, as entrevistas foram direcionadas para cada modalidade de contratualização, conforme indicado anteriormente. Dessa forma, o autor precisou apropriar-se de questões jurídicas e organizacionais de cada modalidade/estratégia como passo anterior ao ato da entrevista. Utilizou-se também de dados secundários, como normas oficiais, dados de sistemas de informação, entre outros, como detalhado na descrição das fases de pesquisa.

1ª FASE

Para análise dos dados secundários e documentais foi utilizado roteiro de análise de informações proposto por Gil (2009), por meio das seguintes etapas: *i)* delineamento dos objetivos da pesquisa documental; *ii)* elaboração de um plano de trabalho identificando variáveis e questões a serem desenvolvidas; *iii)* identificação

das fontes de primeira e segunda mão; *iv*) localização das fontes e obtenção do material; *v*) tratamento dos dados; e, *vi*) redação dos resultados.

Quanto ao delineamento da pesquisa documental, procurou-se, por meio da busca da legislação e portarias regulamentadoras, elencar os antecedentes históricos do processo de contratualização no SUS, bem como das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços discutidas nessa pesquisa e suas interfaces com a política de regionalização dos serviços de saúde. Para tal buscou-se em normativas pré-constitucionais, constitucionais e infraconstitucionais, marcos relevantes ao objeto da pesquisa e principalmente aos aspectos relacionados às modalidades institucionais de gestão.

Para a localização dos documentos regulamentadores realizou-se levantamento das normas, a partir da busca na literatura e em sistemas oficiais da união, *Portal da Legislação e Saúde Legis*; no site da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) na busca de resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Portal da Transparência do governo do estado e dos municípios, entre outros meios de busca. Além disso, utilizou-se de outros dados secundários, por meio de busca em sistemas de informações, como o SCNES, IBGE, Tabwin, Tabnet, e-Gestor, SIM/SINASC e SIH.

Após o levantamento documental, pode-se também distinguir os documentos localizados, conforme orienta Gil (2009) em documentos de primeira e segunda mão (Quadro 9). Segundo o autor os documentos que ainda não sofreram nenhum tratamento analítico são considerados de primeira mão, ao passo que, os documentos que de alguma forma já foram analisados, são considerados de segunda mão.

Quadro 9 – Distribuição dos documentos de primeira e segunda mão, selecionados para a pesquisa documental, 2021.

Documentos de primeira mão	Documentos de segunda mão
Normativas: Emendas Constitucionais, Leis, Decretos, Portarias e Resoluções; DATASUS: SCNES, Tabnet, Tabwin, SIM/SINASC, SIH; e-Gestor; IBGE.	Região e Redes; Notas técnicas; Manuais.

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

Esse levantamento possibilitou a organização de um eixo de normativas principais, apresentadas no quadro 10 e outros seis desdobramentos desse mesmo eixo, as quais compõem as demais seções dos resultados, estruturadas a partir de normativas complementares relacionadas à cada modalidade de gestão discutidas nos resultados de pesquisa.

A seguir apresenta-se os principais documentos analisados para a pesquisa documental, a partir de sua natureza (primeira ou segunda mão), título e fonte (Quadro 10).

Quadro 10 – Principais documentos analisados para a pesquisa documental, segundo a natureza, título e fonte, 2021.

Natureza	Título	Fonte
Primeira Mão	Decreto Lei n.º 200/67 - Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	CF 1988 - Constituição da República Federativa do Brasil.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 8080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 8142/90 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 8666/1993 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 2203/1996 – Norma Operacional Básica 01/96.	Saúde Legis
Primeira Mão	Lei n.º 9653/98 – Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 9637/98 - Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional	Portal da Legislação

	de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.	
Primeira Mão	Lei n.º 9648/98 - Dispensa a licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Decreto n.º 2536/98 - Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	LC n.º 101/00 - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 1606/2001 - Tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 373/2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1044/04 - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1006/04 - Contratualização de Hospitais de Ensino.	Saúde Legis
Primeira Mão	Lei n.º 11.107/05 - Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Deliberação CIB n.º 12/2005 - Aprova a adesão do Estado do Paraná à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; e a relação de estabelecimentos selecionados para participarem da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte.	SESA/PR
Primeira Mão	Portaria n.º 3277/06 - Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Decreto n.º 6017/07 - Regulamenta a Lei n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 1721/05 - Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1559/08 - Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Lei n.º 12.101/09 - Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 4279/10 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 161/2010 - Dispõe sobre o art. 3º da Portaria n.º 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1034/10 - Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Decreto n.º 7508/11 - Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 936/11 - Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação	Saúde Legis

	de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).	
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 01/11- Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.	Saúde Legis
Primeira Mão	LC n.º 141/12 - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1580/12 - Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias.	Saúde Legis
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 03/12 - Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 04/12 - Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 929/2012 - Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Lei n.º 12873/13 – Art. 23 - Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 3390/13 - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 3410/13 - Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 142/2014 - Institui, no âmbito do SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria n.º 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 1631/15 - Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.	Saúde Legis

Primeira Mão	Lei n.º 13097/15 – Cap. XVII - Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Lei n.º 13204/15 - Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 2567/16 - Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 23/17 - Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria n.º 2925/17 - Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria de Consolidação n.º 01/17 - Anexo I - Orientações para elaboração do protocolo de cooperação entre entes públicos.	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria de Consolidação n.º 02/17 – Anexo XXIII - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria de Consolidação n.º 02/17 – Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013).	Saúde Legis
Primeira Mão	Portaria de Consolidação n.º 06/17- Financiamento serviços de média e alta complexidade.	Saúde Legis
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 37/18 - Processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.	Saúde Legis
Primeira Mão	Lei n.º 13650/18 - Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009 e 8.429, de 2 de junho de 1992.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Decreto n.º 9380/18 - Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão, mediante pactuação regional, remanejar entre si parcelas de recursos financeiros, por meio de transferência fundo a fundo	Portal da Legislação
Primeira Mão	Resolução CIT n.º 44/19 - Define que o acordo de colaboração entre os entes federados é resultado do Planejamento Regional Integrado.	Portal da Legislação
Primeira Mão	Portaria n.º 1812/20 - Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS.	Saúde Legis
Primeira Mão	Contrato n.º 2220-125/2020	Portal da Transparência SESA/PR
Primeira Mão	Lei n.º 14113/2021 - Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.	Portal da Legislação
Primeira	Distribuição Quantitativa de Estabelecimentos de Saúde, por	SCNES

Mão	município e região.	
Primeira Mão	Distribuição dos estabelecimentos de saúde (Hospitais Especializados e Gerais) segundo a natureza jurídica, macrorregião norte do Paraná.	SCNES
Primeira Mão	Associação Privada, Paraná, 2012-2019.	SCNES
Primeira Mão	Associação Privada, Regiões Brasileiras, 2012-2020.	SCNES
Primeira Mão	Profissionais que atendem SUS com vínculo autônomo, tipo pessoa jurídica, Macrorregião Norte e Estado do Paraná, 2015 e 2020.	SCNES
Primeira Mão	Profissionais que atendem SUS com vínculo autônomo, tipo pessoa jurídica, Regiões de Saúde da Macrorregião Norte do Paraná, 2015 e 2020.	SCNES
Primeira Mão	Profissionais que atendem SUS com vínculo empregatício (estatutário, emprego público e celetista), Macrorregião Norte e Estado do Paraná, 2015 e 2020.	SCNES
Primeira Mão	Cobertura da APS por região de saúde da macrorregião norte do estado do Paraná, 2010-2020.	e-Gestor
Primeira Mão	Percentual de cobertura da população coberta por plano de saúde, macrorregião norte do Paraná, 2013-2019.	Tabnet
Primeira Mão	Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.	SIM/SINASC
Primeira Mão	Razão de Mortalidade Materna/100.000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.	SIM/SINASC
Primeira Mão	Percentual de internações sensíveis à AB, macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.	Tabwin
Primeira Mão	Percentual de internações sensíveis à AB, por município e região de saúde da macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.	Tabwin
Primeira Mão	Taxa de Ocupação por leito SUS segundo o município e o estabelecimento hospitalar, macrorregião norte do Paraná, 2015-2019.	SIH
Primeira Mão	Distribuição populacional do estado do Paraná, segundo regionais de saúde e municípios pertencentes à macrorregião norte Londrina, 2019.	IBGE
Primeira Mão	Classificação de municípios por número de habitantes, Brasil.	IBGE
Primeira Mão	Contrato 1 - Administração Pública – HPP	Cedido pela instituição
Primeira Mão	Contrato 2 - Privado sem fins lucrativos	Cedido pela instituição
Primeira Mão	Contrato 3 - Organização Social	Portal da Transparência Municipal
Primeira Mão	Contrato 4 - Privado com fins lucrativos	Cedido pela instituição
Primeira Mão	Contrato 5 - Fundação Estatal de Direito Privado	Cedido pela regional
Primeira Mão	Contrato 6 - Consórcio Público de Saúde	Cedido pela instituição
Segunda Mão	Distribuição das regiões de saúde por níveis de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde, Macrorregião Norte do Paraná, 2016.	Região e Redes
Segunda	Análise da Seguridade Social 2015.	ANFIP

Mão		
Segunda Mão	Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil.	Banco Mundial
Segunda Mão	Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula.	MPOG
Segunda Mão	Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS.	MS
Segunda Mão	Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em desafio, em defesa do SUS e de gestão.	MS
Segunda Mão	Nota Técnica n.º 12. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Diretrizes para a reorganização dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP.	CONASS
Segunda Mão	Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS: Aspectos Básicos.	SGEP
Segunda Mão	Manual de Planejamento no SUS.	MS
Segunda Mão	Nota Informativa. Contratualização.	SAS
Segunda Mão	Manual de orientações para contratação de serviços de saúde.	MS

Fonte: Elaborado pelo autor

A apresentação dos resultados dessa etapa, particularmente, ocupa as duas primeiras seções dos resultados de análise (capítulos 6.0 e 6.1), no entanto, vários documentos também foram utilizados para a discussão do referencial teórico, bem como para as demais seções da pesquisa.

2ª FASE

Quanto à análise do conteúdo das entrevistas, foi utilizada a abordagem qualitativa crítica-hermenêutica em virtude da complexidade dos fatores em que o tema de estudo está inserido e da influência destes fatores nos valores e na compreensão do objeto pelos atores envolvidos.

A escolha deste método é também justificada devido ao objeto referir-se à interação e relação entre atores, além de outros significados presentes na análise qualitativa, como, motivações, crenças, aspirações, valores e atitudes individuais e/ou coletivas. Assim, sua representação não deve estar reduzida a simples variáveis, mas retratada em sua totalidade dentro do contexto vivenciado (FLICK, 2009; MINAYO, 2002).

Para Gadamer (1999), filósofo alemão, a hermenêutica refere-se à compreensão e à explicação dos fenômenos do mundo-da-vida. Baseia-se na linguagem, no sentido das palavras, no contexto histórico, cultural e social e na

dialética dos jogos (“jogo da vida²⁴” e no “jogo de si mesmo”) em que o homem está inserido. Para Gadamer não é possível fora do contexto de um fenômeno a compreensão dele. Compreender é o principal verbo para a pesquisa qualitativa e aplica-se quando o entrevistador se coloca no lugar do entrevistado (MINAYO, 2012; GADAMER, 1999) em busca da interpretação do que foi experienciado.

Considerando que os sujeitos expressam a experiência a respeito de um fenômeno que vivencia por meio da linguagem e que a linguagem se constitui de acordo com as características do coletivo em que o sujeito vive e sob as condições em que ela ocorre (MINAYO, 2012), é possível afirmar que todo discurso é fruto da interação social e ideológica do sujeito (ORLANDI, 2009) e da dialética da vida. Assim, para compreensão de um fenômeno:

[...] é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012, p. 4).

Nesta perspectiva, Gadamer (1999) complementa que, realidade, linguagem e comunidade são elementos dinâmicos, podendo sempre existir mais de uma verdade, pois quem narra e quem interpreta, parte de determinado contexto histórico e social. Além disso, entre o narrado e o vivido há uma grande lacuna. Assim, Gadamer aponta como estratégia para ampliar a compreensão – o diálogo. O diálogo fornece, na visão do autor, uma fusão de horizontes e de perspectivas diversas, aplicando-se como uma importante ferramenta para a compreensão de um fenômeno.

A fusão de horizontes (*horizontverschmelzung*) parte do princípio em que há uma interação entre quem interpreta e o texto a ser interpretado, ou entre o intérprete e a tradição, como é conceituado sob a perspectiva hermenêutica filosófica gadameriana. Isso quer dizer que “o intérprete e o texto possuem cada

²⁴ Gadamer dedica um capítulo do livro “Verdade e Método”, como um modelo de explicação ontológica, e compara a realidade da verdade com um “jogo”. Neste jogo muitas pessoas e elementos se juntam e seguem certas regras que moldam o “jogo em si”, um complexo compartilhado que tem vida própria. Cada um dos jogadores se torna o “jogo do jogo”. Eles não perdem sua individualidade, mas contribuem com sua individualidade em um novo e dinâmico jogo para uma nova realidade. Ou seja, o homem não é apenas um indivíduo que vê o mundo, ele é uma parte de uma dialética complexa, que é o jogo do mundo em si. Dessa forma, Gadamer vê o homem dentro de sua linguagem, de sua comunidade, de sua cultura, e dentro de si mesmo como jogadores, inseridos em um jogo maior.

qual seu próprio 'horizonte' e todo compreender representa uma fusão desses horizontes" (GADAMER, 2002, p.132).

Nesse sentido, segundo Gadamer (1976) e Ricoeur (2011), para a análise hermenêutica devem ser considerados os seguintes fatores:

- i) os horizontes são sempre temporais e estão em constante movimento, isso significa que não existe horizonte fechado e que a compreensão de algo tende a ser sempre parcial;
- ii) o intérprete deve adotar na análise, determinada sensibilidade sob a alteridade presente em cada texto (aqui a palavra texto refere-se ao aspecto amplo do conteúdo a ser analisado);
- iii) considerar a alteridade do texto não pressupõe neutralidade por parte do intérprete, mas sim implica na tomada de consciência e reflexão sobre seus pré-conceitos e pré-julgamentos a respeito do conteúdo analisado;
- iv) não apenas o texto escrito é fonte de informação, uma vez que manifestações humanas possuem distintos significados; e,
- v) para análise deve-se considerar também o não dito, ou os aspectos que não podem ser atingidos pela linguagem (CAMPOS; RODRIGUES; MORETTI-PIRES, 2012; LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Por sua vez, Habermas (2009) contribui para a abordagem hermenêutica ao levantar que toda a interpretação da linguagem é contextual e por consequência dinâmica e modulada por forças de poder e interesses sociais, políticos e econômicos. Nesse sentido, introduzir o pensamento crítico ou dialético sobre a abordagem hermenêutica de interpretação do texto é essencial para ampliar a compreensão do fenômeno investigado.

Minayo (2012) compreende que apesar de linhas filosóficas distintas, a hermenêutica e a dialética fundam-se e completam-se enquanto método, ao passo que, o pressuposto do método dialético é o método hermenêutico.

Paul Ricoeur (1973) em sua publicação intitulada "*The Model of the Text: Meaningful Action Considered as a Text*" propõe um material teórico e metodológico por meio de aspectos que devem ser considerados na análise hermenêutica dialética crítica do discurso. Como mencionado, o discurso é sempre realizado como um fenômeno temporal, tanto a escrita como a leitura ocorrem em determinado momento histórico e social, além disso, o autor considera que o discurso se refere a

um mundo que afirma descrever, expressar ou representar, ou seja, uma forma de subjetividade; e é um ato comunicativo onde todas as mensagens são trocadas. Nesse sentido, o discurso por si só não tem apenas um mundo, mas uma outra pessoa, um interlocutor a quem é dirigido.

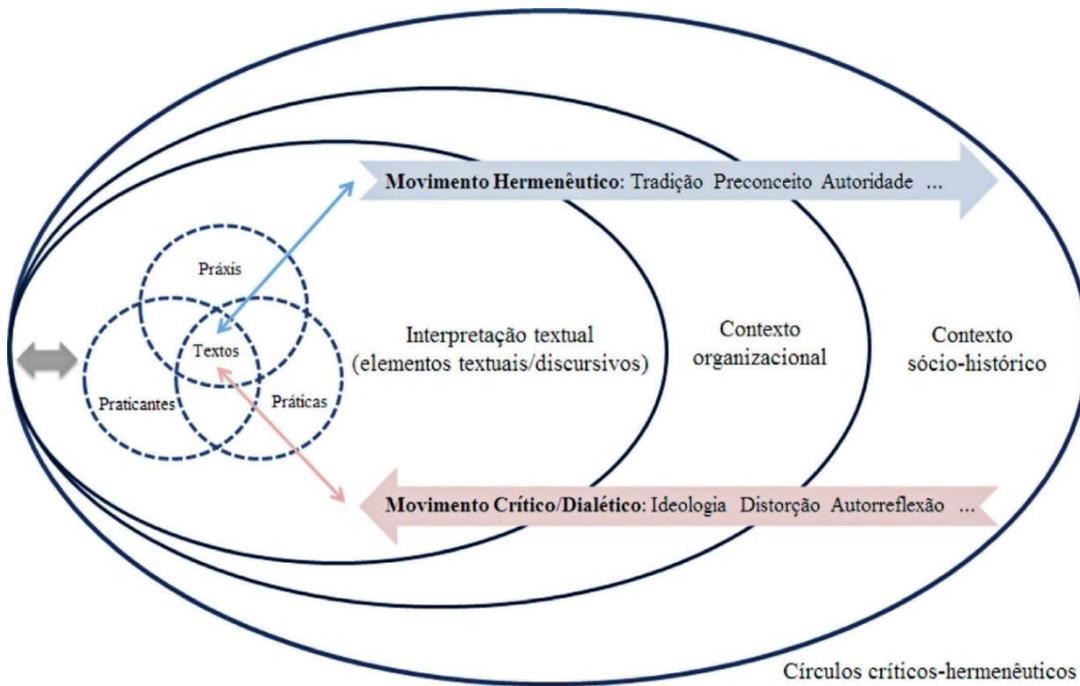
Afirma também, baseado na obra de Austin e Searle, que o ato de falar é constituído por uma hierarquia de atos distribuídos em três níveis:

- i) o nível do ato locucionário ou proposicional: o ato de dizer propriamente dito, ou seja, a mensagem transferida entre o falante a plateia;
- ii) o nível do ato ilocucionário ou força, aquilo que fazemos ao dizer, nossas ações em si; e,
- iii) o nível do ato perlocucionário, o efeito da ação intencional da fala causada sobre o ouvinte.

O autor relata também que enquanto a fala é restrita às interpretações do ambiente em que é realizada, devido em parte ao controle do autor; a escrita é mais poderosa, sua duração é maior e sua compreensão é diferente, pois na compreensão da escrita, o autor perde o controle, é o leitor quem determina o significado do texto e da ação e/ou atividades humanas promovidos por ele, sendo esta última característica, a principal justificativa para utilizar a hermenêutica como método para as ciências sociais.

Diante desses aspectos, Ricoeur apresenta como utilizar a hermenêutica, enquanto a compreensão dos processos sociais, culturais ou políticos. Para ele a hermenêutica tem sua natureza por meio da dialética da explicação (*Erklärung*) e da compreensão (*Verständnis*), não como uma relação meramente de causa e efeito, mas sim por meio de um movimento circular – o Círculo Hermenêutico (Figura 7), que caminha do todo para a parte e da parte para o todo.

Figura 7 – O Círculo Hermenêutico



Fonte: Alcântara, Paiva, Brito (2018).

A entrada no círculo hermenêutico, segundo Ricoeur pode ser realizada a partir de dois movimentos principais, da compreensão para a explicação, ou da explicação para a compreensão:

- a) O primeiro deles (da compreensão para a explicação) ocorre por meio de palpites que tendem a ser validados ou não, conforme o autor vai os interpretando e os compreendendo dentro do campo de análise do objeto. Neste contexto, cada vez que um palpite é refutado, o autor amplia sua capacidade de análise, até conseguir validá-lo por meio de sua consistência e probabilidade lógica;

Figura 8 – As Entradas no Círculo Hermenêutico



Fonte: Guba e Lincoln (1989) adaptado por Wetzell (2005).

- b) A segunda forma (da explicação para a compreensão) baseia-se na abordagem estruturalista que examina os fenômenos sociais e suas estruturas internas (semióticas) por meio do discurso, que depois de emergidas e analisadas criam uma forma de compreensão subjetiva do objeto, o qual somente terá resultados concretos quando são colocados dentro de uma estrutura de análise maior, compatível com diferentes entendimentos, interpretações e concepções sociais e ideológicas, daquilo que está em análise.

Neste contexto, o produto discursivo da ação humana, seja ele documental ou não, pode ser produto de análise por meio da hermenêutica-crítica. Considera-se, portanto, coerente a opção do método crítico hermenêutico diante da complexidade do objeto de pesquisa e devido à multiplicidade de variáveis que influenciam uma política pública, representada nas dimensões da linguagem, dos processos, das dinâmicas de poder, dos jogos de influência e decisão e dos padrões institucionais e ideológicos dos atores envolvidos.

Assim, diante das contribuições apresentadas, a escolha do tema, a pergunta e o recorte de pesquisa, bem como os referenciais trazidos para análise deste

trabalho, estão intimamente relacionados com o contexto social e político-ideológico do autor, pois, baseando-se na abordagem hermenêutica, as concepções e discursos do sujeito são produzidas pelo contexto cultural em que o mesmo está inserido. Dessa forma, alega Ricouer (2011) que é tarefa do pesquisador buscar passos e rigor metodológico para interpretação e interação com o texto, a fim de apresentar análises que contemplem avaliações distintas do fenômeno, de forma que os resultados sejam examinados em suas próprias pretensões de validade (CARVALHO, 2012).

Com a preocupação de manter-se fortemente fiel ao sentido próprio do texto, sem que ocorram deturpações em sua interpretação, algumas balizas necessitam ser adotadas para tal, como procura de respeito aos discursos; não cometer por parte do intérprete desvios de sentido, como também, não buscar por uma verdade essencialista e/ou absoluta; e especialmente, manter determinado distanciamento crítico em relação ao conteúdo a ser interpretado (CARVALHO, 2012).

Etapas de pesquisa e análise das entrevistas

- a) Como mencionado, após a seleção das principais modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços de saúde da macrorregião norte, foram identificadas e elencadas por meio do levantamento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) uma modalidade por regional de saúde;
- b) Após essa definição, o questionário semiestruturado de coleta de dados foi adequado a cada uma das modalidades a serem investigadas, trazendo questões específicas daquele modelo de gestão, bem como questões gerais ao objeto da pesquisa;
- c) Em seguida foi realizado contato com os entrevistados. A coleta de dados iniciou-se ainda em modo presencial no mês de dezembro de 2019. Apenas um terço das entrevistas pôde ser realizado nesse formato. Em função da pandemia da covid-19, as demais entrevistas foram realizadas em formato virtual;
- d) O contato inicial com os entrevistados deu-se por e-mail e por telefone. Para os entrevistados que aceitavam participar da pesquisa, foi agendada a data

da entrevista e encaminhado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), bem como o endereço da sala de reunião virtual, no e-mail do entrevistado e por meio de aplicativo de mensagens. Todas as entrevistas foram gravadas. O contato com os entrevistados foi uma etapa morosa, devido ao momento desgastante que os gestores estavam vivendo nos serviços de saúde, em razão da pandemia. Nesse sentido, nem todos os contatos, definidos à primeira vista como potenciais entrevistados retornaram resposta, ou aceitaram prontamente a participação na pesquisa. Sendo esse um dos principais problemas da etapa de coleta de dados;

- e) Outro problema observado nessa fase, foi o fato de alguns representantes dos serviços de saúde, não mostrarem-se à vontade em discutir sobre a contratualização do serviço e de sua modalidade de gestão, conteúdo e objeto de análise dessa pesquisa, mesmo após sucessivos contatos. Diante desse fato pode-se inferir que o resultado da contratualização de serviços na prática ainda é envolto por muitas questões políticas e amaranhados técnicos operacionais, dos quais os gestores não sentem segurança em discuti-los de maneira presencial e/ou em áudio/vídeo síncronos. Dessa forma, dois entrevistados só concordaram em contribuir com a pesquisa de forma escrita, a partir do envio prévio das perguntas norteadoras do questionário. Assim, o mesmo foi adaptado a essa possibilidade e enviado aos entrevistados mencionados em formato de formulário *online*;
- f) Quanto à fase de análise, as gravações das entrevistas foram submetidas à transcrição automática e linear por meio do programa *Microsoft Office*[®]. Em sequência, cada um dos arquivos de transcrição, recebeu pelo pesquisador, tratamento de forma e organização, com a correção e revisão da transcrição automática, utilizando-se do áudio original das entrevistas;
- g) Ao final da etapa de transcrição, todos os arquivos das entrevistas passaram por uma primeira leitura acompanhada do áudio do respectivo entrevistado. Cada uma das transcrições também recebeu uma segunda leitura de forma vertical, na íntegra, o que possibilitou o destaque de aspectos relacionados ao objeto de pesquisa. As entrevistas cujas contribuições dos entrevistados apresentaram dados mais completos, também foi possível a realização de resenhas com os principais elementos trazidos na discussão;

- h) A etapa seguinte foi a análise de enxertos e aspectos e/ou unidades gerais e específicas trazidas por cada transcrição. As unidades gerais foram analisadas e a partir delas construiu-se as unidades de significado. Ao serem identificadas, as unidades de significado foram numeradas e agrupadas, conforme sua repetição ou reaparecimento e em momentos em que determinado trecho de análise trazia uma complementação à ideia principal da unidade;
- i) Também foi realizada análise das divergências, convergências e idiossincrasias entre os agrupamentos das unidades de significado e a formação de unidades de significação;
- j) Após a leitura vertical das entrevistas, foi realizada a leitura transversal de todas elas. Essa etapa teve como propósito identificar considerações e elementos trazidos nos textos, que extrapolavam a modalidade que o entrevistado representou e que se relacionava com as demais modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços em discussão nessa pesquisa;
- k) Por fim, buscou-se a entrada no círculo hermenêutico, por meio da compreensão para a explicação, bem como de seu processo inverso, considerando os movimentos: hermenêutico e crítico-dialético, ou os movimentos da parte para o todo e do todo para a parte;
- l) E ainda, em proteção às contribuições dos entrevistados e por tratar-se de opiniões relacionadas às modalidades institucionais de gestão pertencentes à macrorregião de saúde, na descrição dos casos foram omitidas informações como o nome do município ou do estabelecimento. Além disso, as falas e/ou enxertos trazidos na discussão dos casos foram identificados apenas pela letra (E) seguida de um número em ordem crescente e aleatório (E1 ao E22), de acordo com as entrevistas realizadas, com intuito de evitar a exposição dos participantes.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto às questões éticas, a pesquisa respeitou as normas relativas as pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012b) 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) n.º 04165518.2.0000.5231. A pesquisa foi inicialmente aprovada em 14 de janeiro de 2019, através do parecer n.º 3.120.681 (Anexo 1) e posteriormente, foi reapresentado novo parecer ao CEP n.º 4.074.080 (Anexo 2) com solicitação de emenda ao primeiro, com vistas à realização de entrevistas síncronas, em função da pandemia de Covid-19, utilizando-se de ferramentas virtuais *online*.

Por meio do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (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.

5.5 MATRIZ METODOLÓGICA

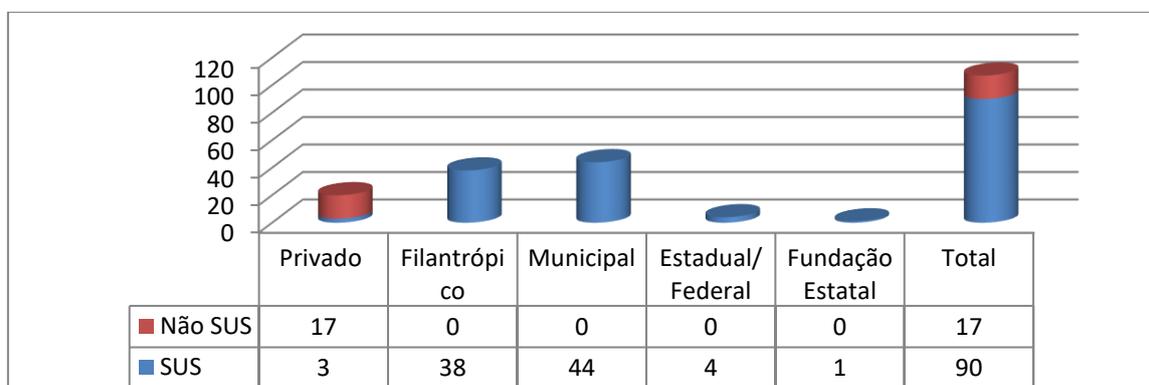
Conforme apresentado no capítulo 3, foi construída uma matriz metodológica (Quadro 2) baseada no referencial teórico de análise de políticas e do neoinstitucionalismo. Essa matriz categoriza os elementos analisados em três dimensões: histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural e serão discutidos de forma mais detalhada no capítulo 6.7.

6. RESULTADOS

Quanto ao levantamento dos serviços hospitalares foi possível analisar que a macrorregião possui 107 estabelecimentos, 19% (20) são privados, mas a minoria (3) atende SUS; 36% (38) são filantrópicos; 41% (44) encontram-se sob gestão direta municipal; 4% (4) sob gestão direta estadual e/ou federal; e, 1% (1) sob gestão indireta por meio de uma Fundação Estatal.

Os dados permitem inferir que a administração pública municipal e o setor privado sem fins lucrativos são os estabelecimentos com a maior participação na oferta de serviços para a atenção especializada hospitalar na região. Outro aspecto importante é a menor proporção de estabelecimentos privados quando comparados aos estabelecimentos públicos, demonstrando que a relação público-privada hospitalar tem ganhado novas configurações (SCNES, 2020). Ainda assim, o setor privado com ou sem fins lucrativos concentra cerca de 72% dos leitos hospitalares na região (SCNES, 2021).

Gráfico 1 – Distribuição dos estabelecimentos de saúde (Hospitais Especializados e Gerais) segundo a natureza jurídica, macrorregião norte do Paraná, 2020.

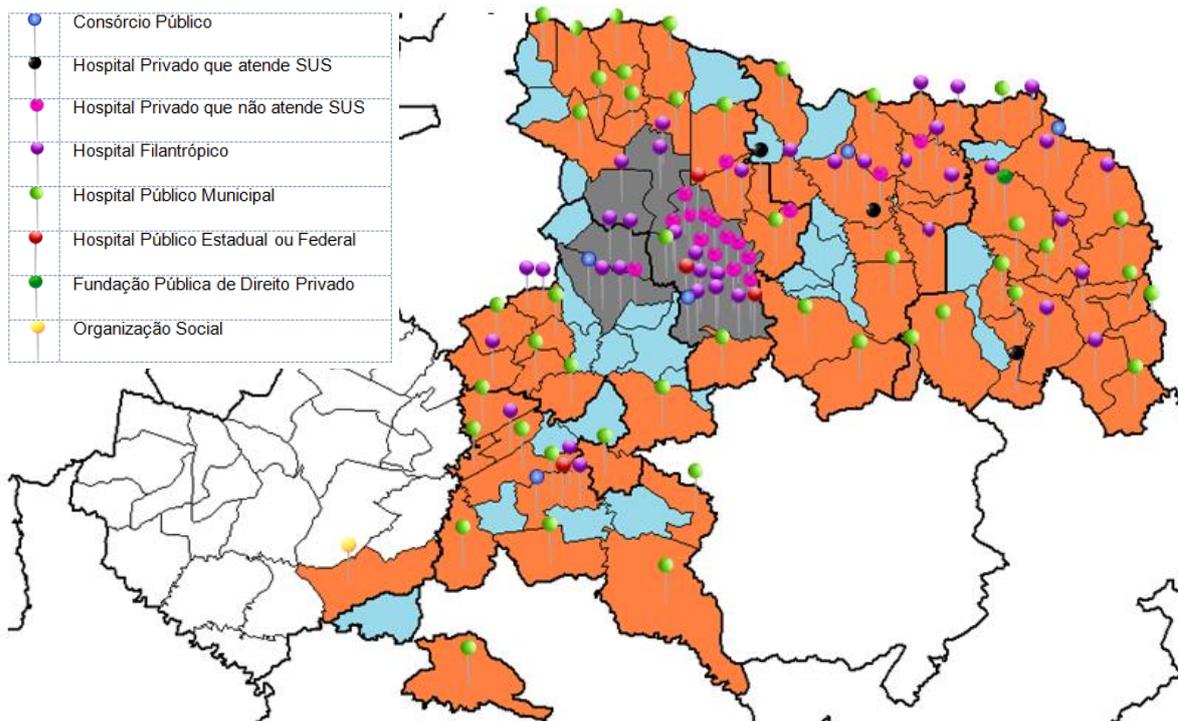


Fonte: SCNES/2020 *Hospitais Especializados e Gerais

A distribuição espacial dos serviços hospitalares (figura 9) demonstra a multiplicidade de serviços e configurações na região de pesquisa. Observa-se concentração de estabelecimentos privados sem fins lucrativos (filantrópicos) e privados lucrativos (mas que não atendem demanda SUS), nos municípios de porte médio e grande. Dos 92 municípios considerados pequenos (porte I e II), cerca de 70% (64) possuem pelo menos um estabelecimento hospitalar,

distribuídos em diferentes formas de gestão, com maior frequência de instituições da administração pública direta municipal, e sem fins lucrativos, e com menor frequência de estabelecimentos privados que atendem demanda SUS, sendo essa uma característica dos MPP.

Figura 9 – Distribuição Espacial dos Serviços Hospitalares e Consórcios Públicos, Macrorregião Norte do Paraná, 2020*.



Fonte: SCNES (2020). * Inserido também o município de Roncador (11ªRS).

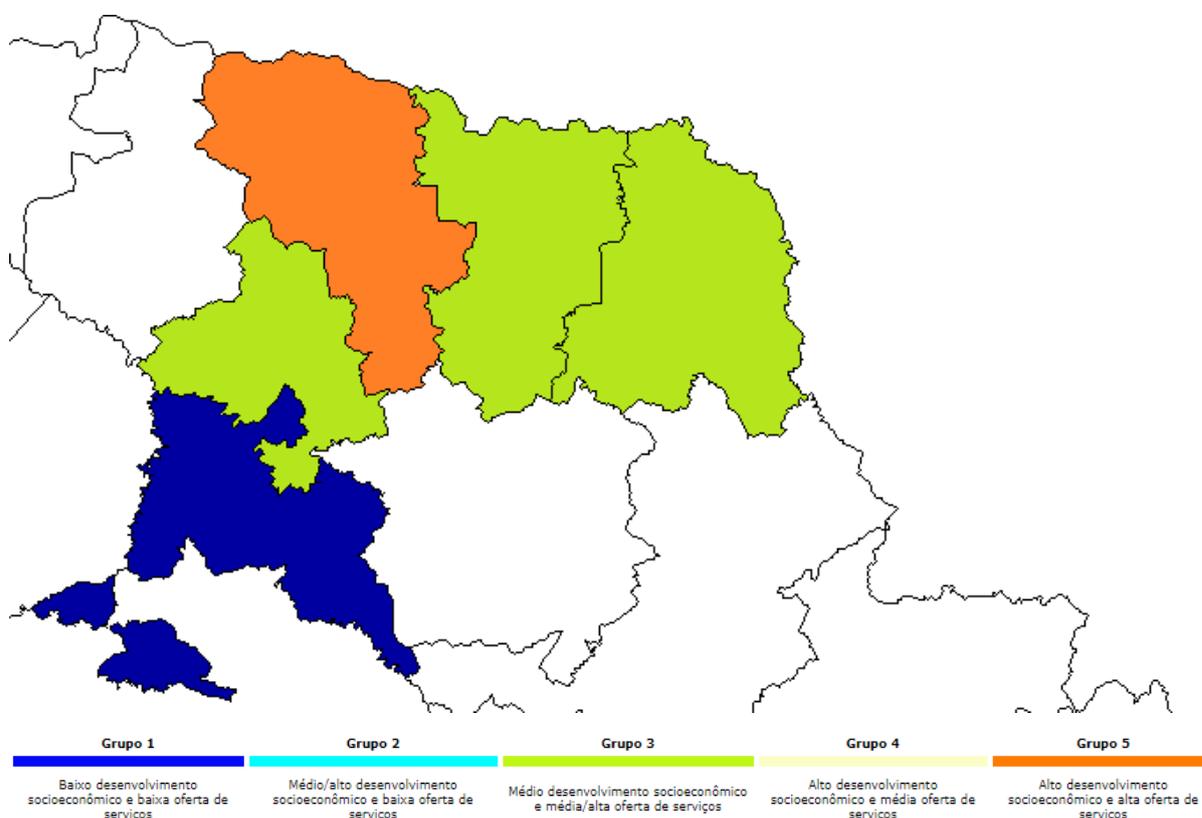
Observa-se também maior concentração de hospitais públicos geridos pela administração direta municipal, em torno dos municípios de maior porte e nos municípios localizados ao leste do mapa. O pequeno número de estabelecimentos privados com fins lucrativos que atendem SUS pode estar relacionado à estratégia de alteração no CNPJ dessas instituições para associação (fundação ou instituto) privada, movimento que tem sido observado no estado, devido à possibilidade de isenção tributária e previdenciária permitida para os estabelecimentos que possuem a Certificação de Entidade Beneficente (CEBAS).

Outro dado interessante a ser discutido é que os municípios de pequeno porte que compõem a macrorregião norte apresentam muitas semelhanças no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, problemas estruturais,

bem como a própria economia local e a geração de renda, prioritariamente agrícola, independentemente de sua densidade demográfica.

Por outro lado, essas regiões possuem diferenças quanto à possibilidade de acesso aos serviços de saúde e às características socioeconômicas gerais. Dados da pesquisa Região e Redes (2016) apresentam essa heterogeneidade regional ao caracterizar as regiões brasileiras. Como se pode observar na figura 10, a macrorregião possui três (Apucarana, Cornélio Procópio e Jacarezinho), das cinco regiões, com nível médio de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde; uma região (Londrina) com alto desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços e uma região (Ivaiporã) que possui baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços de saúde. Esses dados apresentam as desigualdades presentes em uma mesma região de saúde, as quais incidirão diretamente na oferta de serviços e nos resultados das ações de regionalização.

Figura 10 – Distribuição das regiões de saúde por níveis de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços de saúde, Macrorregião Norte do Paraná, 2016.

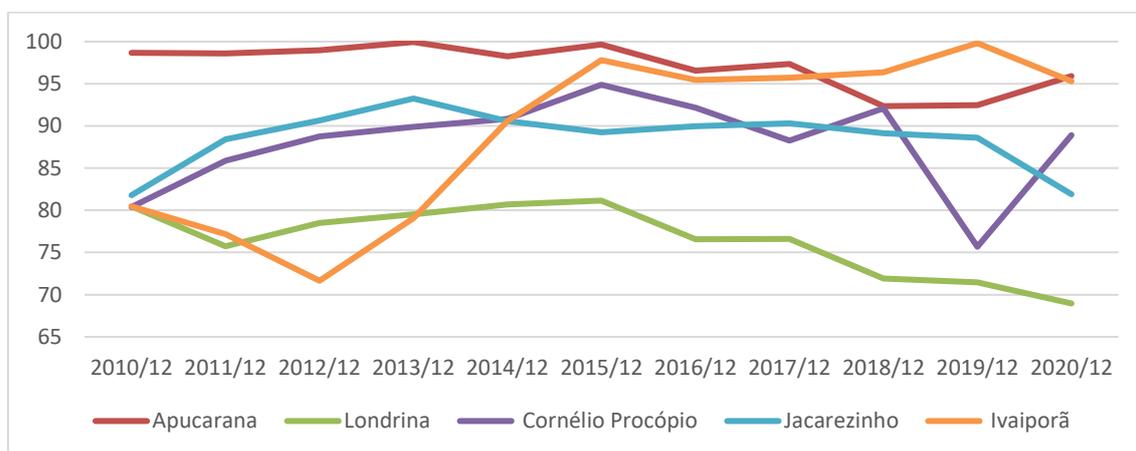


Fonte: Região e Redes (2016).

Quanto aos aspectos que envolvem o contexto da APS e da Atenção Especializada (AE) na região de estudo, foram levantados dados secundários a fim de mapear alguns indicadores da APS dessa macrorregião de saúde e sua relação com a AE.

Sabe-se que a APS e AE são mutuamente dependentes, dessa forma não há como avaliar um nível de atenção sem a retaguarda da outra e vice-versa (SILVA et al, 2020). Quanto à cobertura da APS nessas regiões, o gráfico 2 mostra a linha de tendência, no intervalo entre dezembro de 2010 e dezembro de 2020, por região de saúde pesquisada.

Gráfico 2 – Cobertura da APS por região de saúde da macrorregião norte do estado do Paraná, 2010-2020.



Fonte: e-Gestor (2021).

Observa-se que a média geral de cobertura da APS entre as cinco regiões de saúde que compõem a macrorregião norte é 88%. Esse valor não é homogêneo entre as regiões. As regiões de Apucarana (16ªRS) e Ivaiporã (22ªRS) apresentam as maiores coberturas da APS. Observa-se ligeira queda com posterior ascensão das coberturas a partir de 2019 e oscilação sempre inferior às demais regiões, da cobertura da 17ªRS (Londrina).

A cobertura da 17ªRS (Londrina) é menor que as demais, influenciada fortemente pela cobertura da APS do município de Londrina, maior município da região pesquisada e que atualmente apresenta 63,88% de cobertura do território. Cabe ressaltar que o percentual de cobertura de planos privados na região é de cerca de 25% (ANS, 2020).

No entanto, os municípios e as regiões formadas apenas por MPP possuem menor percentual de população coberta por planos privados, percentual que varia entre 2 e 15% da população (Quadro 11). As coberturas da população coberta por planos são mais altas nos municípios de maior porte, como Londrina (35%), Cambé (22%) e Rolândia (21%) (ANS, 2020). Isso significa que especialmente a população de MPP são altamente dependentes do SUS.

Quadro 11 – Percentual de cobertura da população coberta por plano de saúde, macrorregião norte do Paraná, 2013-2019.

16ªRS	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
410140 Apucarana	14,19	14,76	15,18	15,08	15,07	15,64	14,79
410150 Araongas	14,66	15,09	15,65	15,69	15,96	16,04	15,77
410320 Bom Sucesso	2,97	3,02	3,09	3,09	3,14	3,43	3,18
410330 Borrazópolis	7,08	6,80	6,48	6,01	5,84	4,80	4,30
410350 Califórnia	7,78	7,59	7,32	6,79	6,46	5,40	5,07
410380 Cambira	11,74	12,22	11,85	11,37	10,43	9,76	8,86
410760 Faxinal	8,12	8,46	8,44	8,50	8,25	7,90	7,83
410870 Grandes Rios	3,88	4,11	3,76	3,38	3,20	3,07	2,59
411210 Jandaia do Sul	19,40	19,17	18,55	18,53	17,87	17,68	17,05
411310 Kaloré	4,34	4,48	4,26	4,36	4,35	3,55	3,28
411490 Marilândia do Sul	6,60	6,48	6,15	5,96	5,78	5,52	5,27
411550 Marumbi	8,76	8,40	7,89	7,73	7,40	6,29	6,20
411575 Mauá da Serra	9,59	8,59	8,45	5,17	5,20	4,96	4,94
411729 Novo Itacolomi	3,97	3,76	3,54	3,47	3,44	3,13	2,75
412210 Rio Bom	5,12	5,43	5,30	4,27	4,29	3,74	3,31
412270 Sabáudia	5,90	6,05	6,22	5,92	5,65	6,25	6,55
412580 São Pedro do Ivaí	13,80	14,37	15,16	17,62	18,57	19,01	18,51
17ªRS	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
410080 Alvorada do Sul	9,73	9,78	9,61	9,65	9,20	9,14	8,54
410190 Assaí	19,65	19,62	19,13	19,31	19,77	19,65	19,13
410280 Bela Vista do Paraíso	19,15	19,31	19,15	18,88	19,41	19,55	19,66
410340 Caçarea	5,11	5,42	5,43	5,05	4,87	7,01	5,40
410370 Cambé	22,73	23,15	23,07	23,23	23,71	23,48	23,63
410510 Centenário do Sul	8,00	8,17	7,72	7,61	7,82	8,12	7,42
410800 Florestópolis	5,52	5,63	5,33	5,31	5,13	4,91	5,01
410920 Guaraci	8,87	9,56	9,32	8,93	8,63	23,56	24,72
410980 Ibiporã	21,92	22,62	22,67	22,52	23,04	23,46	22,64
411190 Jaguapitã	11,06	10,86	10,85	10,77	10,29	9,61	8,42
411270 Jataizinho	11,79	11,68	11,45	11,00	11,10	11,40	10,69
411370 Londrina	32,84	33,55	34,29	34,75	35,24	35,18	35,42
411380 Lupionópolis	8,76	8,93	9,06	9,19	8,71	9,17	8,66
411600 Miraselva	9,52	9,14	8,53	7,55	6,74	6,67	5,91

411965 Pitangueiras	5,12	5,31	4,87	4,63	4,52	4,31	4,49
412000 Porecatu	15,08	15,26	14,72	14,31	14,20	14,30	14,01
412033 Prado Ferreira	7,17	7,06	6,13	5,66	5,59	5,25	4,37
412050 Primeiro de Maio	13,94	13,84	13,17	12,85	12,90	12,58	12,01
412240 Rolândia	19,86	20,42	20,50	20,55	20,96	21,43	21,36
412650 Sertanópolis	25,42	25,77	26,05	27,82	26,78	26,07	24,96
412667 Tamarana	6,42	6,91	6,89	6,79	6,63	6,71	5,75
18ºRS	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
410010 Abatiá	5,18	5,77	4,21	5,22	5,02	5,01	4,73
410110 Andirá	12,43	12,15	9,75	10,20	10,27	8,96	8,42
410240 Bandeirantes	13,08	13,04	12,17	12,16	12,10	11,53	11,09
410600 Congonhinhas	2,08	1,97	2,03	1,90	1,91	1,79	1,69
410640 Cornélio Procópio	22,94	22,87	23,90	23,36	23,44	23,39	22,69
411100 Itambaracá	8,81	8,62	7,98	8,11	8,11	7,45	6,78
411340 Leopólis	5,56	4,99	4,96	4,44	4,39	4,07	3,93
411660 Nova América da Colina	3,08	2,98	2,76	2,68	2,70	2,50	2,25
411700 Nova Fátima	6,01	6,02	6,20	5,73	5,61	5,72	5,90
411721 Nova Santa Bárbara	4,90	4,45	4,17	3,79	4,04	3,75	3,41
412130 Rancho Alegre	7,62	8,04	7,82	7,57	7,32	7,89	7,94
412190 Ribeirão do Pinhal	8,27	8,36	6,65	6,46	6,43	5,96	5,81
412310 Santa Amélia	7,52	7,50	6,55	6,59	6,57	6,52	5,81
412320 Santa Cecília do Pavão	7,71	7,79	7,31	7,39	7,26	6,40	6,21
412390 Santa Mariana	8,80	8,67	8,39	8,13	7,96	7,75	7,89
412430 Santo Antônio do Paraíso	4,61	4,71	4,21	3,60	3,73	3,43	3,31
412470 São Jerônimo da Serra	3,28	3,17	3,22	3,04	3,06	2,79	2,72
412600 São Sebastião da Amoreira	7,99	7,82	6,87	6,79	6,47	6,03	5,64
412620 Sapopema	4,66	4,55	3,40	3,08	4,53	4,21	3,13
412640 Sertaneja	10,84	10,87	10,86	10,81	10,66	11,06	11,25
412840 Uraí	12,81	12,63	12,15	11,81	11,88	11,34	11,25
19ºRS	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
410270 Barra do Jacaré	10,90	10,10	5,34	6,16	6,10	5,22	4,62
410360 Cambará	17,32	17,84	9,98	15,64	16,50	15,40	14,43
410470 Carlópolis	5,92	5,54	3,45	3,43	3,47	3,25	3,09
410610 Conselheiro Mairinck	4,53	4,94	3,72	3,77	3,81	3,72	3,58
410775 Figueira	6,34	6,04	5,71	5,07	5,37	5,34	4,76
410900 Guapirama	5,79	5,31	4,58	4,67	4,66	4,37	4,01
410970 Ibaiti	5,77	5,90	6,06	5,83	5,85	5,82	5,47
411170 Jaboti	2,10	1,89	1,81	1,76	1,67	1,53	1,62
411180 Jacarezinho	15,59	15,59	14,31	14,28	14,54	12,17	14,10
411230 Japira	2,20	2,38	2,30	2,21	2,11	2,03	1,78
411280 Joaquim Távora	12,19	11,56	11,03	10,83	9,97	9,66	8,82
411290 Jundiá do Sul	3,43	3,47	2,10	2,18	2,23	2,05	1,84
411920 Pinhalão	2,20	2,20	2,28	2,35	2,38	2,32	2,08
412070 Quatiguá	7,38	5,93	5,25	4,88	4,62	4,77	4,49
412180 Ribeirão Claro	14,90	14,03	12,75	12,00	5,01	4,68	4,41
412290 Salto do Itararé	0,87	0,82	0,91	0,93	0,94	1,15	1,20

412400 Santana do Itararé	2,14	1,75	1,51	1,32	1,16	1,21	1,11
412410 Santo Antônio da Platina	16,10	16,93	10,98	10,60	10,17	9,96	9,14
412540 São José da Boa Vista	1,71	1,63	1,34	1,40	1,32	1,45	1,44
412660 Siqueira Campos	4,94	4,49	4,07	4,07	4,18	4,22	4,08
412780 Tomazina	3,65	3,67	3,60	3,65	3,78	3,77	3,71
412850 Wenceslau Braz	5,76	5,70	5,17	5,19	5,30	6,06	5,02
22°RS	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
410165 Arapuã	6,10	5,75	5,62	5,35	4,96	4,84	4,33
410185 Ariranha do Ivaí	4,03	3,67	2,74	2,62	2,42	2,39	2,19
410440 Cândido de Abreu	3,14	2,57	2,50	2,30	3,02	2,69	2,01
410685 Cruzmaltina	5,76	5,91	5,47	5,18	4,96	4,45	3,52
410855 Godoy Moreira	0,95	0,70	0,85	1,00	1,02	0,82	0,90
411150 Ivaiporã	11,29	11,13	10,84	10,78	10,40	10,33	9,89
411250 Jardim Alegre	5,71	5,73	5,19	5,00	4,98	5,16	4,83
411342 Lidianópolis	2,60	2,51	2,48	2,37	2,25	2,22	1,75
411375 Lunardelli	4,42	4,36	4,17	4,10	3,96	2,64	2,56
411450 Manoel Ribas	5,78	5,61	5,49	5,39	5,10	4,94	4,53
411573 Mato Rico	0,64	0,42	0,36	0,28	0,35	0,38	0,32
411727 Nova Tebas	2,76	2,70	2,11	2,05	1,75	1,81	1,72
412217 Rio Branco do Ivaí	5,44	4,58	4,37	2,49	7,12	5,40	3,87
412265 Rosário do Ivaí	3,01	2,76	2,52	2,38	2,27	2,21	2,14
412385 Santa Maria do Oeste	1,88	1,97	1,86	1,86	1,68	1,27	1,10
412500 São João do Ivaí	9,37	9,31	8,81	8,65	8,24	7,86	7,79

Fonte: ANS/Tabnet (2020)

Importante também reconhecer que os municípios de Londrina, Apucarana e Arapongas (03 dos 05 maiores municípios da região) alocam em seus territórios, algumas referências para o nível secundário e os principais serviços hospitalares, principalmente para a referência terciária da macrorregião de saúde. Entretanto, a responsabilidade pela média complexidade ambulatorial e hospitalar é de alguma forma deixada a cargo de cada uma das regiões de saúde, que compõem a macro.

Outro aspecto importante é o fato de os municípios de Londrina e Apucarana deterem a gestão do teto da média e alta complexidade, os únicos em um total de 97 municípios. Isso significa que ambos contratualizam os serviços do território à sua população, bem como para a população de sua região de saúde e para os municípios da macrorregião, que possuem suas referências contratualizadas nesses prestadores.

Fato observado é a ausência de regras claras quanto às referências de determinados serviços e linhas de cuidado nesses municípios.

Os municípios pequenos alegam desconhecer o que realmente os pertencem nos diferentes contratos e por vezes, nomeiam esse desencontro de informações, como “caixas pretas” que precisam ser abertas e compreendidas. Isso se deve ao fato, de os municípios que fazem a gestão do teto MAC da região não oferecem abertura ou transparência dessas cotas e contratos e os atores que deveriam assessorar os demais municípios nesse enfrentamento, as regionais de saúde desses territórios, também não possuem gerência sobre essas pactuações.

Por outro lado, os participantes da pesquisa não identificam barreiras para o acesso ao nível terciário nessas referências. No entanto, no nível secundário, ainda que o prestador, seja no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, a referência para a média complexidade, o acesso é dificultado e as filas são enormes para determinadas especialidades, como por exemplo, a ortopedia (PARANÁ, 2021a). Vale ressaltar que os estabelecimentos mencionados são formados em sua maioria por natureza jurídica privada sem fins lucrativos e instituições de ensino.

Quanto aos indicadores sensíveis da APS, a taxa de mortalidade infantil (Quadro 12) nessas regiões também não se apresenta homogênea. Em algumas regiões de saúde a taxa anual é maior que a taxa estadual e aparentemente não acompanham tendência à redução significativa, mesmo naquelas com alto percentual de cobertura da APS, como na 16ª e 22ª regionais de saúde.

Quadro 12 – Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.

Regional de Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ¹	2021 ¹
16ª RS Apucarana	11,7	12,3	9,6	14,0	11,3	13,1	8,6	13,3	10,5	12,0
17ª RS Londrina	11,8	9,7	9,5	10,3	10,5	13,2	10,3	11,5	11,4	10,0
18ª RS Cornélio Procópio	14,6	11,1	11,5	12,7	12,8	14,3	12,1	14,1	10,5	8,0
19ª RS Jacarezinho	10,7	11,5	11,2	9,7	12,4	9,8	9,4	9,8	8,2	5,5
22ª RS Ivaiporã	10,8	18,7	6,7	11,9	11,4	5,7	11,8	10,6	10,8	13,5
Total Macro Norte	11,9	12,6	9,7	11,7	11,6	11,2	10,4	11,8	10,2	9,8
Total Paraná	11,7	11,0	11,2	10,9	10,5	10,4	10,3	10,3	9,3	9,3

Fonte: SIM-SINASC. Planilha Diagnóstico do PRI.

Nota 1: Dados sujeitos a alterações.

É claro que outros determinantes estão envolvidos nessa análise, como por exemplo, o número de nascidos vivos, a densidade tecnológica, a alocação de profissionais especialistas nas regiões de saúde, entre outros aspectos, que explicariam o fato de a 17ªRS mesmo com as menores taxas de cobertura da APS, apresentar TMI inferior às demais regiões que compõem a macro.

Quanto à razão de mortalidade materna (RMM) – quadro 13, observa-se valores também heterogêneos e aumento significativo do número de óbitos no estado e em praticamente todas as regiões no ano de 2021, fato que está relacionado ao impacto causado pela covid-19 nas gestantes, especialmente no período puerperal (PARANÁ, 2021). Chama a atenção também que a média da RMM na macrorregião de saúde apresenta valores maiores que o estado do Paraná. Sabe-se que a mortalidade materna está relacionada a inúmeros fatores, condicionantes e determinantes de saúde, assim como a TMI. No entanto, considera-se que boa parte desses óbitos estão também relacionados à qualidade dos serviços oferecidos na APS.

Quadro 13 – Razão de Mortalidade Materna/100.000 NV, por regional de saúde da macrorregião norte. Paraná, 2012 a 2021.

Regional de Saúde	Razão de Mortalidade Materna/100.000 NV									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ¹	2021 ¹
16ª RS Apucarana	0	40,2	38,3	77,5	40,4	0	40	40,8	64,3	223,7
17ª RS Londrina	8,3	41	48,8	79,9	41,9	40,9	33,1	69,1	108,4	135,3
18ª RS Cornélio Procopio	145,7	35,8	71,9	0	73,4	0	36,8	76,3	41,9	57
19ª RS Jacarezinho	82,1	109,6	79,7	108,3	134,4	26,5	25,4	103,1	26,5	102,5
22ª RS Ivaiporã	0	58,3	55,7	56,6	228,8	113,3	0	117,4	63,6	0
Total Macro Norte	47,2	56,9	58,8	64,4	103,7	36,1	27,0	81,3	60,9	103,7
Total Paraná	38,3	41,7	41,3	51,6	47,1	31,7	38,4	42,4	50,6	130,4

Fonte: SIM-SINASC (2021). Planilha Diagnóstico do PRI.

Nota 1: Dados sujeitos a alterações.

Outro indicador elencado para análise dessa região é o percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB) – quadro 14.

As ICSAB refletem um conjunto de problemas de saúde para os quais o acesso aos serviços de AB e ações efetivas poderiam ter reduzido a ocorrência de internações, tornando-as um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção.

Importante destacar que existem limitações quanto ao uso das ICSAB como indicador de qualidade da atenção prestada. Esse indicador pode variar dependendo da cultura de uso dos serviços de saúde pela população

estudada, da política de internação hospitalar, da morbidade e prevalência das doenças, de fatores individuais que se relacionam à hospitalização, bem como da própria definição das doenças ditas "sensíveis" à atenção primária (BOTELHO; PORTELA, 2017).

Quando analisado por região de saúde e pela média entre as regiões, o percentual varia entre 12 e 23% das internações. Entende-se que as regiões com maior número de HPP e que possuem contratos por produção poderão apresentar maiores percentuais de ICSAB. Outro detalhe é o fato de algumas AIH, entre elas, de causas sensíveis, como internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), serem mais lucrativas que outras, apresentando determinado viés na análise desse indicador.

Quadro 14 – Percentual de internações sensíveis à atenção básica, macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.

Regional de Saúde	Ano 2017	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021
16ª RS Apucarana	18%	17%	15%	17%	16%
17ª RS Londrina	15%	16%	15%	14%	12%
18ª RS Cornélio Procopio	20%	22%	21%	20%	19%
19ª RS Jacarezinho	17%	18%	16%	17%	15%
22ª RS Ivaiporã	21%	22%	22%	23%	21%
Total Macro Norte	18,2%	19%	17,8%	18,2%	16,6%

Fonte: Tabwin (2021). Planilha Diagnóstico do PRI.

No entanto, quando esse mesmo dado é analisado de forma individual, por município (Quadro 15), algumas considerações podem ser apontadas. A primeira é que aparentemente os municípios que possuem serviços hospitalares no território podem apresentar maior taxa de ICSAB, no entanto não parece se constituir como regra. Outros municípios que não possuem serviço hospitalar no território, mas detém retaguarda contratada em município vizinho ou polo de sua região, apresentam também altas taxas de internação por causas sensíveis, por exemplo o município de Lidianópolis (22ªRS) com percentuais superiores a 30%.

No entanto, foi observado que municípios do mesmo porte e que também possuem contrato de retaguarda semelhante ao primeiro exemplo, não possuem taxa alta de ICSAB. Esse fato por estar associado às práticas de

prestadores, principalmente dos privados sem fins lucrativos, de cobrarem as internações diretamente ao município, por meio dos contratos paralelos.

Estudos com técnicas estatísticas de associação apresentam que os dados relativos à ICSAB devem ser analisados com cautela (BOTELHO; PORTELA, 2017). Entretanto, algumas inferências podem ser levantadas: a primeira é que municípios de maior porte possuem menores taxas de ICSAB; e municípios que tinham serviços hospitalares no território, passam a apresentar menores taxas de ICSAB, após a interrupção do atendimento hospitalar para uma unidade de pronto atendimento.

Quadro 15 – Percentual de internações sensíveis à atenção básica, por município e região de saúde da macrorregião norte do Paraná, 2017-2021.

Municípios – 16ª RS	2017	2018	2019	2020	2021
410140 Apucarana*	15%	15%	16%	16%	13%
410150 Arapongas*	16%	17%	16%	18%	15%
410320 Bom Sucesso	21%	19%	17%	13%	11%
410330 Borrazópolis	31%	28%	22%	22%	21%
410350 Califórnia	16%	14%	13%	12%	12%
410380 Cambira	13%	13%	18%	15%	17%
410760 Faxinal	22%	19%	15%	16%	11%
410870 Grandes Rios	16%	17%	17%	27%	29%
411210 Jandaia do Sul	17%	15%	12%	14%	21%
411310 Kaloré	16%	14%	16%	20%	21%
411490 Marilândia do Sul	16%	13%	15%	12%	14%
411550 Marumbi	22%	22%	19%	15%	15%
411575 Mauá da Serra	13%	13%	14%	16%	13%
411729 Novo Itacolomi	12%	16%	7%	19%	11%
412210 Rio Bom	19%	15%	13%	15%	13%
412270 Sabáudia	13%	12%	11%	14%	14%
412580 São Pedro do Ivaí	23%	19%	18%	17%	23%
Municípios – 17ª RS	2017	2018	2019	2020	2021
410080 Alvorada do Sul	12%	14%	12%	11%	10%
410190 Assaí	24%	18%	15%	14%	13%
410280 Bela Vista do Paraíso	19%	19%	17%	16%	14%
410340 Cafeara	12%	8%	12%	13%	5%
410370 Cambé*	12%	13%	12%	12%	11%
410510 Centenário do Sul	9%	14%	17%	15%	14%
410800 Florestópolis	12%	11%	12%	16%	12%
410920 Guaraci	14%	13%	12%	12%	10%
410980 Ibiporã	16%	16%	15%	12%	13%
411190 Jaguapitã	15%	17%	15%	14%	11%

411270 Jataizinho	24%	24%	23%	22%	30%
411370 Londrina*	13%	12%	12%	12%	11%
411380 Lupionópolis	22%	19%	19%	11%	11%
411600 Miraselva	13%	16%	20%	17%	13%
411965 Pitangueiras	15%	22%	16%	21%	19%
412000 Porecatu	27%	23%	17%	14%	15%
412033 Prado Ferreira	16%	17%	14%	13%	10%
412050 Primeiro de Maio	8%	12%	10%	10%	10%
412240 Rolândia*	14%	15%	15%	14%	11%
412650 Sertanópolis	15%	15%	14%	12%	10%
412667 Tamarana	11%	14%	11%	10%	11%
Municípios – 18ª RS	2017	2018	2019	2020	2021
410010 Abatiá	28%	33%	20%	22%	15%
410110 Andirá	18%	16%	19%	21%	17%
410240 Bandeirantes	21%	21%	23%	17%	17%
410600 Congonhinhas	9%	11%	11%	12%	13%
410640 Cornélio Procópio	22%	26%	25%	23%	20%
411100 Itambaracá	15%	20%	23%	21%	21%
411340 Leopólis	19%	19%	23%	22%	22%
411660 Nova América da Colina	26%	28%	24%	30%	21%
411700 Nova Fátima	30%	20%	17%	23%	25%
411721 Nova Santa Bárbara	12%	17%	20%	25%	14%
412130 Rancho Alegre	14%	21%	21%	20%	17%
412190 Ribeirão do Pinhal	23%	27%	29%	28%	29%
412310 Santa Amélia	40%	41%	32%	24%	26%
412320 Santa Cecília do Pavão	14%	21%	17%	20%	16%
412390 Santa Mariana	28%	25%	28%	24%	38%
412430 Santo Antônio do Paraíso	15%	20%	15%	12%	19%
412470 São Jerônimo da Serra	15%	12%	14%	13%	10%
412600 São Sebastião da Amoreira	24%	24%	18%	13%	15%
412620 Sapopema	11%	13%	13%	12%	11%
412640 Sertaneja	18%	20%	20%	18%	16%
412840 Uraí	21%	21%	17%	20%	19%
Municípios – 19ª RS	2017	2018	2019	2020	2021
410270 Barra do Jacaré	17%	16%	16%	20%	16%
410360 Cambará	20%	17%	15%	16%	20%
410470 Carlópolis	9%	6%	6%	7%	8%
410610 Conselheiro Mairinck	18%	10%	15%	17%	13%
410775 Figueira	16%	24%	20%	17%	13%
410900 Guapirama	8%	12%	8%	13%	11%
410970 Ibaiti	16%	15%	17%	16%	10%
411170 Jaboti	15%	15%	19%	16%	16%
411180 Jacarezinho	16%	15%	14%	15%	11%
411230 Japira	13%	18%	20%	17%	20%
411280 Joaquim Távora	14%	17%	17%	19%	20%

411290 Jundiá do Sul	11%	16%	11%	14%	14%
411920 Pinhalão	17%	19%	15%	17%	21%
412070 Quatiguá	23%	26%	16%	22%	6%
412180 Ribeirão Claro	19%	22%	25%	25%	25%
412290 Salto do Itararé	19%	18%	11%	14%	12%
412400 Santana do Itararé	9%	14%	10%	11%	12%
412410 Santo Antônio da Platina	19%	19%	18%	18%	19%
412540 São José da Boa Vista	17%	23%	20%	13%	13%
412660 Siqueira Campos	26%	29%	24%	27%	17%
412780 Tomazina	21%	20%	20%	19%	21%
412850 Wenceslau Braz	23%	24%	20%	16%	14%
Municípios – 22ª RS	2017	2018	2019	2020	2021
410165 Arapuã	11%	18%	17%	20%	18%
410185 Ariranha do Ivaí	12%	14%	15%	14%	23%
410440 Cândido de Abreu	17%	18%	19%	23%	14%
410685 Cruzmaltina	17%	22%	12%	20%	18%
410855 Godoy Moreira	22%	14%	20%	20%	14%
411150 Ivaiporã	28%	31%	33%	33%	29%
411250 Jardim Alegre	23%	24%	26%	34%	26%
411342 Lidianópolis	38%	34%	34%	31%	30%
411375 Lunardelli	27%	27%	26%	30%	31%
411450 Manoel Ribas	17%	16%	22%	19%	16%
411573 Mato Rico	16%	14%	12%	13%	13%
411727 Nova Tebas	28%	30%	31%	28%	26%
412217 Rio Branco do Ivaí	10%	12%	21%	15%	12%
412265 Rosário do Ivaí	19%	21%	22%	24%	26%
412385 Santa Maria do Oeste	16%	22%	17%	12%	9%
412500 São João do Ivaí	29%	35%	28%	25%	22%
Média Macro Norte	18%	19%	18%	18%	16%

Fonte: Tabwin (2021). Planilha Diagnóstico do PRI.

* Municípios de médio e grande porte.

 Municípios que possuem serviços hospitalares

E por fim, para apoiar na análise de resolutividade desses estabelecimentos, buscou-se pela taxa de ocupação dos serviços hospitalares das regiões de saúde que compõem a pesquisa. 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% e 85%.

No levantamento realizado, entre todas as instituições hospitalares da macrorregião norte (Quadro 16) observou-se que os estabelecimentos localizados em sedes de micro ou região de saúde e nos municípios de maior

porte possuem as maiores taxas de ocupação de leitos SUS. Os municípios pequenos, em sua maioria constituídos por HPP, apresentam as menores taxas. No entanto, o percentual nos municípios de menor porte, ainda que baixo, pode variar.

Um exemplo que auxilia na compreensão do argumento anterior ocorre quando o município encontra-se geograficamente distante de municípios classificados como de médio e grande porte. Nesse caso, apesar da taxa apresentar-se baixa, em geral em torno de 15% a 25%, ainda é maior que de municípios que estão mais próximos, os quais apresentam cerca de 0,5 a 5% de ocupação.

Esses dados demonstram certa ociosidade, baixa resolutividade e baixa utilização de alguns estabelecimentos hospitalares, evidenciam a necessidade de políticas que aprofundem nessa temática e colocam os HPP em um cenário de difícil defesa.

Quadro 16 – Taxa de Ocupação por leito SUS segundo o município e o estabelecimento hospitalar, macrorregião norte do Paraná, 2015-2019.

16ºRS	2019	2018	2017	2016	2015
410140 Apucarana – Hospital da Providência	96,53	90,61	77,94	75,58	69,52
410140 Apucarana – Hospital Providencia Materno/Infantil	77,50	83,02	68,14	70,32	65,09
410150 Arapongas – Irmandade Santa Casa Arapongas	47,92	50,70	43,88	46,93	45,69
410150 Arapongas – HONPAR	99,49	98,89	106,68	106,72	100,44
410320 Bom Sucesso	S/I	2,36	4,63	5,21	5,55
410330 Borrazópolis	7,31	7,27	11,44	8,88	9,58
410350 Califórnia	0	0	0	0	0
410380 Cambira	0	0	0	0	0
410760 Faxinal	2,46	13,47	16,35	12,68	13,98
410870 Grandes Rios	9,09	11,63	10,27	10,06	9,30
411210 Jandaia do Sul – Hospital Regional Vale do Ivaí	103,94	101,94	91,40	89,46	90,57
411210 Jandaia do Sul – Hospital Nossa Senhora Fátima	1,08	12,40	37,25	37,14	40,16
411310 Kaloré	7,27	6,08	6,54	5,12	5,06
411490 Marilândia do Sul	0	0	0	0	0
411550 Marumbi	2,62	4,57	4,15	3,63	2,00
411575 Mauá da Serra	0	0	0	0	0
411729 Novo Itacolomi	0	0	0	0	0
412210 Rio Bom	0	0	0	0	0
412270 Sabáudia	0	0	0	0	0
412580 São Pedro do Ivaí	13,14	14,32	16,50	13,94	12,71
17ºRS	2019	2018	2017	2016	2015
410080 Alvorada do Sul	10,89	8,94	10,58	1,72	-
410190 Assaí	7,28	8,10	7,62	19,37	
410280 Bela Vista do Paraíso	19,83	22,02	19,11	18,64	18,52

410340 Cafeara	0	0	0	0	0
410370 Cambé – Hospital São Francisco	0,03	0,55	2,23	3,80	0,72
410370 Cambé – Santa Casa - Cambé	94,68	99,53	86,16	107,42	100,12
410510 Centenário do Sul	8,08	8,73	7,46	6,43	6,74
410800 Florestópolis	6,94	5,19	3,85	8,21	9,46
410920 Guaraci	0	0	0	0	0
410980 Ibiporã	46,13	51,01	50,52	54,30	45,15
411190 Jaguapitã	11,72	11,50	10,92	11,53	12,52
411270 Jataizinho	36,54	35,27	35,65	45,53	46,01
411370 Londrina – Hospital Evangélico	100,36	98,82	98,06	90,70	76,86
411370 Londrina – Hospital do Câncer	86,05	91,75	65,42	75,77	86,04
411370 Londrina – Maxwell Hospital Dia	59,95	103,6	103,58	105,93	88,74
411370 Londrina – Hospital Doutor Eulalino Ignácio de Andrade	69,76	63,95	59,74	65,44	62,75
411370 Londrina – Vila Normanda	85,60	93,74	94,55	90,79	92,53
411370 Londrina – Clínica Psiquiátrica	88,42	93,62	92,72	94,37	88,73
411370 Londrina – HOFTALON	58,87	56,52	27,62	24,88	17,83
411370 Londrina – Hospital Doutor Anízio figueiredo	59,18	78,09	64,98	64,02	70,50
411370 Londrina – Maternidade Lucilla Ballalai	54,76	47,93	50,30	50,92	58,03
411370 Londrina – ISCAL	96,97	93,32	92,10	101,19	94,50
411370 Londrina – Hospital do Coração	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
411370 Londrina – Hospital Universitário	97,02	95,52	90,81	84,37	88,43
411370 Londrina – Hospital Santa Rita de Cássia	11,92	9,64	10,69	14,86	19,70
411380 Lupionópolis	4,35	6,44	3,25	2,89	4,76
411600 Miraselva	1,59	3,01	1,37	3,73	6,25
411965 Pitangueiras	0	0	0	0	0
412000 Porecatu	7,96	3,99	6,47	6,06	6,35
412033 Prado Ferreira	3,33	4,18	2,99	3,04	2,93
412050 Primeiro de Maio	0	0	0	0	0

412240 Rolândia – Hospital São Rafael	86,17	83,43	80,15	73,24	64,86
412240 Rolândia – Casa de Saúde Rolândia	90,97	90,65	92,52	90,04	86,27
412650 Sertanópolis	8,00	14,90	10,56	13,48	16,22
412667 Tamarana	11,51	11,35	12,81	11,61	10,70
18ºRS	2019	2018	2017	2016	2015
410010 Abatiá	75,63	77,98	77,60	79,06	81,69
410110 Andirá	14,59	13,98	16,95	24,52	22,59
410240 Bandeirantes	32,43	38,26	36,23	30,46	31,27
410600 Congonhinhas	S/I	S/I	S/I	S/I	2,77
410640 Cornélio Procópio – CEGEN	61,42	65,75	82,58	97,48	92,53
410640 Cornélio Procópio – Santa Casa de Cornélio Procópio	101,44	96,12	94,18	87,35	85,37
411100 Itambaracá	11,21	13,07	12,33	10,01	9,68
411340 Leopólis	0	0	0	0	0
411660 Nova América da Colina	0	0	0	0	0
411700 Nova Fátima	20,25	20,90	20,10	19,73	14,09
411721 Nova Santa Bárbara	0	0	0	0	0
412130 Rancho Alegre	0	0	0	0	0
412190 Ribeirão do Pinhal	18,61	18,41	16,84	18,17	16,23
412310 Santa Amélia	3,95	6,43	8,49	10,83	10,32
412320 Santa Cecília do Pavão	0	0	0	0	0
412390 Santa Mariana	72,49	56,32	57,25	45,53	48,77
412430 Santo Antônio do Paraíso	0	0	0	0	0
412470 São Jerônimo da Serra	1,41	3,59	5,14	0,23	2,58
412600 São Sebastião da Amoreira	0	0	0	0	0
412620 Sapopema	1,45	0,71	0,78	0,79	4,16
412640 Sertaneja	0,69	1,19	0,58	1,99	3,10
412840 Uraí	4,32	2,89	5,70	2,52	0,71
19ºRS	2019	2018	2017	2016	2015

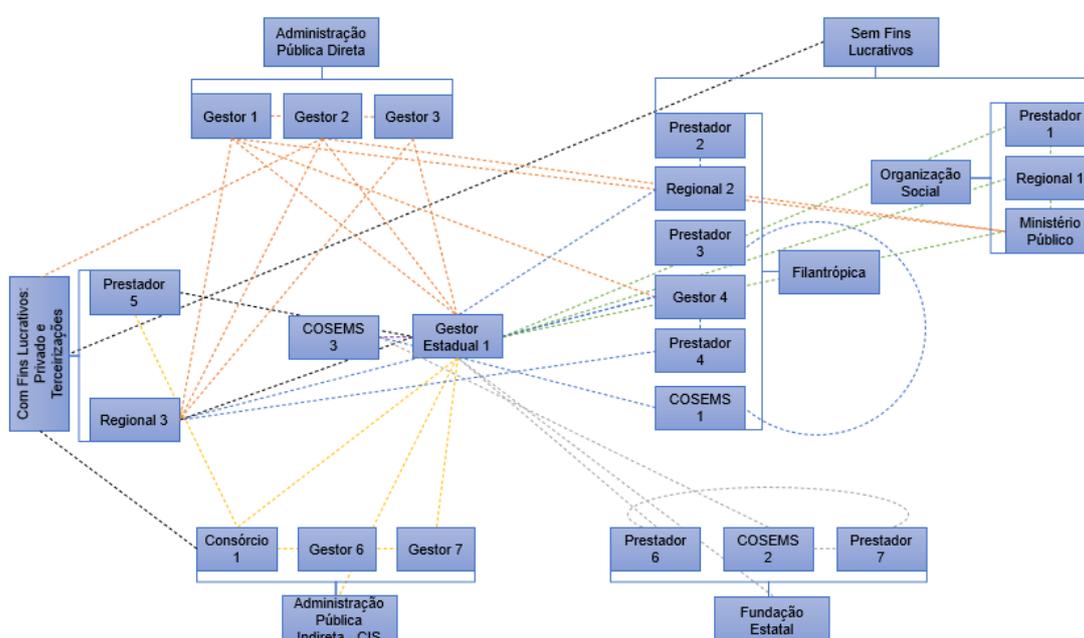
410270 Barra do Jacaré	0	0	0	0	0
410360 Cambará – Hospital Municipal de Cambara	S/l	S/l	S/l	S/l	2,77
410360 Cambará – Santa Casa de Cambara	10,96	13,34	14,65	15,96	14,26
410470 Carlópolis	S/l	S/l	S/l	S/l	S/l
410610 Conselheiro Mairinck	S/l	S/l	S/l	0,68	4,27
410775 Figueira	5,15	6,04	6,16	5,01	4,21
410900 Guapirama	S/l	S/l	S/l	S/l	S/l
410970 Ibaiti	14,55	20,18	28,06	23,79	24,48
411170 Jaboti	11,11	9,28	7,75	9,32	12,13
411180 Jacarezinho – Santa Casa da Misericórdia	55,36	56,52	51,99	55,19	49,88
411180 Jacarezinho – Hospital de Olhos Norte Pioneiro	22,33	21,92	9,45	18,77	25,89
411230 Japira	0	0	0	0	0
411280 Joaquim Távora	22,36	24,75	25,18	23,88	28,11
411290 Jundiá do Sul	0	0	0	0	0
411920 Pinhalão	20,35	20,52	20,68	20,55	21,50
412070 Quatiguá	10,52	3,94	9,52	8,68	11,34
412180 Ribeirão Claro	11,20	10,82	11,16	11,64	11,88
412290 Salto do Itararé	3,14	2,53	2,14	2,68	3,10
412400 Santana do Itararé	9,04	9,32	12,36	11,88	12,26
412410 Santo Antônio da Platina – Hospital Nossa Senhora da Saúde	25,78	31,07	35,06	35,56	29,20
412410 Santo Antônio da Platina – Hospital Regional Norte Pioneira	60,82	54,23	44,31	28,31	30,50
412540 São José da Boa Vista	10,03	10,91	10,62	7,78	4,41
412660 Siqueira Campos	17,32	19,17	18,04	18,34	19,47
412780 Tomazina	14,19	12,53	10,79	11,16	8,95
412850 Wenceslau Braz	13,32	16,11	23,48	19,11	20,14
22ºRS	2019	2018	2017	2016	2015
410165 Arapuã	0	0	0	0	0
410185 Ariranha do Ivaí	0	0	0	0	0

410440 Cândido de Abreu	15,74	15,10	16,03	16,70	15,85
410685 Cruzmaltina	0	0	0	0	0
410855 Godoy Moreira	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
411150 Ivaiporã – Pronto Atendimento Municipal	18,76	17,47	18,92	19,04	19,99
411150 Ivaiporã – Instituto Lucena Sanchez	53,63	49,98	45,69	44,46	46,20
411150 Ivaiporã – Hospital Bom Jesus	49,27	52,73	51,08	55,25	55,68
411250 Jardim Alegre	26,87	21,37	20,83	18,89	20,62
411342 Lidianópolis	0	0	0	0	0
411375 Lunardelli	16,65	16,71	15,93	15,74	19,27
411450 Manoel Ribas	9,88	11,52	12,68	15,13	14,71
411573 Mato Rico	0	0	0	0	0
411727 Nova Tebas	18,42	11,25	9,29	12,01	12,63
412217 Rio Branco do Ivaí	0	0	0	0	0
412265 Rosário do Ivaí	17,44	17,29	13,41	19,23	17,14
412385 Santa Maria do Oeste	S/I	6,63	10,26	7,68	11,19
412500 São João do Ivaí	14,38	17,75	21,18	20,53	18,42

Fonte: SIH (2021). S/I – Sem Informação

Outro aspecto importante a ser pontuado está relacionado aos sujeitos participantes da pesquisa. Foi possível, durante a seleção dos entrevistados e após as análises das entrevistas, relacioná-los, conforme apresenta a figura abaixo. Como mencionado na seção metodológica, a seleção deu-se, a princípio, por pertencer a uma das modalidades investigadas e posteriormente por serem citados de forma implícita ou explícita em cada entrevista.

Figura 11 – Malha ou Tecido Relacional entre os participantes da pesquisa, com vistas à contratualização de serviços. Macro Norte do Paraná. 2021.



Essa trama, malha ou tecido relacional (MARQUES, 2019) entre os entrevistados configura-se um exemplo de relação direta e indireta entre os atores, gestores, prestadores, controle externo, entre outros, envolvidos no processo de contratualização e regionalização de municípios de pequeno porte da região de pesquisa. Compreende-se que as interações sociais entre atores, estruturam a sociedade em termos relacionais gerais e influenciam as escolhas individuais e organizacionais no âmbito das políticas públicas.

A partir da figura, pode-se determinar, além da multiplicidade de atores e serviços desse arranjo, a dependência dos serviços e sujeitos entrevistados

com o nível estadual de gestão, em conformidade às responsabilidades contratuais assumidas por esse ente na região.

Organização e Apresentação dos Resultados:

Os resultados da pesquisa foram organizados em sete seções. A primeira, fruto da pesquisa documental e de entrevistas, apresenta o processo de contratualização e regionalização no SUS (6.1) e propõe uma discussão do tema baseado em um eixo de análise histórico com as principais normativas relacionadas ao objeto de pesquisa, bem como por outras normativas que transversalmente perpassam esse eixo e que estão relacionadas aos modelos de gestão. Nessa seção também apresenta-se as modalidades de contrato e estratégias da gestão com vistas à direção única do sistema.

As outras seções referem-se aos cinco estudos de caso realizados na região e apresentados conforme listados abaixo:

- a) O Caso de Administração Pública Direta (6.2);
- b) O Caso dos Hospitais Sem Fins Lucrativos: Os Filantrópicos e a Organização Social (6.3);
- c) O Caso dos Hospitais Com Fins Lucrativos: O Privado e a Terceirização (6.4);
- d) O Caso da Fundação Estatal de Direito Privado (6.5); e,
- e) O Caso do Consórcio Público de Saúde (6.6).

Cada uma dessas seções utiliza-se de pelo menos um caso índice para discutir a modalidade de gestão definida ao caso, suas especificidades e particularidades contratuais, desafios e potencialidades, bem como, a sua interface com o processo de regionalização dessa região de saúde.

Alguns aspectos são discutidos de forma transversal nos cinco casos apresentados e ao mesmo tempo que são reforçados nas seções em que aquela discussão ganha maior evidência e centralidade. Na perspectiva que cada uma das modalidades apresentadas em cada caso é fruto de um contexto histórico e político, não se tem a pretensão primeira, de realizar uma comparação da melhor ou da pior modalidade, mas sim, a discussão de elementos trazidos em cada um dos casos e que podem oferecer algum tipo de

análise para o fortalecimento do processo de regionalização.

Ainda assim, o último capítulo dos resultados (6.7), discute baseados na matriz de análise de pesquisa, determinados aspectos dos casos analisados. A seção aborda os aspectos regulatórios trazidos nos contratos de cada caso e pontua algumas vantagens e desvantagens analisadas na pesquisa empírica. Além disso, identifica alguns pressupostos pós-análise, que podem ser generalizados em outros contextos; reconhece tendências quanto à contratualização/regionalização de serviços de saúde; e elenca propostas para o tema.

6.1. A REGIONALIZAÇÃO E A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA

Neste capítulo trataremos das normativas que visam a contratualização de serviços de saúde e sua relação com o processo de regionalização (Figura 12), bem como faremos uma reflexão do avanço da regionalização sob esse enfoque, discutindo a legislação e/ou a falta dela.

Aqui utilizaremos as palavras contrato e contratualização como sinônimos, no entanto, sabe-se que são conceitos antagônicos, na medida em que o primeiro se refere à prestação de um serviço mediante pagamento e o segundo refere-se a uma relação de negociação, confiança e colaboração mútua (SALGADO, 2018).

Parte-se do pressuposto que a etapa de contratualização de um serviço, neste caso de serviços regionalizados, antecede a oferta do serviço propriamente dita, ou seja, todo estabelecimento de saúde que oferece serviços seja ele regionalizado ou não, constituiu algum tipo de contrato para oferecê-lo. Este processo ocorre com os entes federados entre si (União, estado e municípios) e destes com diferentes modalidades que fazem a gestão dos serviços de saúde.

Na perspectiva da administração pública para a oferta de serviços existem possibilidades diversas de contratos (pessoal, material, insumos etc.), discutiremos nesta seção os processos de contratualização realizados entre os entes federados, movimento condicionado fortemente pelo nível de complexidade assumida pela gestão municipal.

Destaca-se que o processo de contratualização visa, sobretudo, garantir o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde (ASPS), com o objetivo de cumprir a obrigação constitucional da integralidade da atenção, propósito que depende especialmente do espaço regional, lócus privilegiado de organização do SUS.

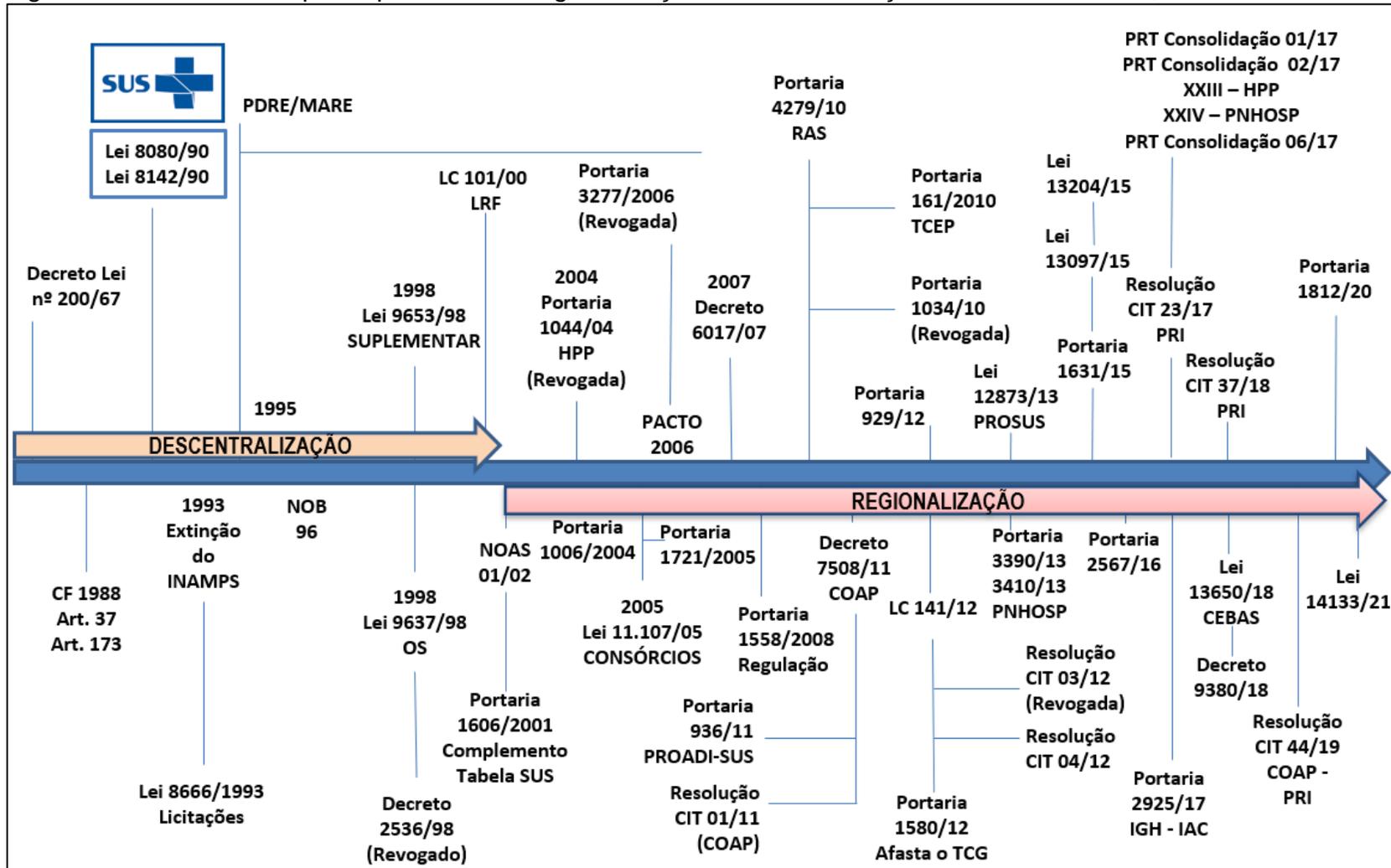
Sabe-se que a implementação da política territorial ocorre em diferentes escalas e possui grande diversidade de processos sociais, econômicos e políticos. No Brasil é marcada por inequidades internas que se sobrepõem aos problemas estruturais do sistema de saúde. No âmbito do SUS, ainda é condicionada por diferentes arranjos entre a esfera pública e privada, que nos

últimos anos vem apresentando expressivo empresariamento dos serviços, pari e passu ao processo de regionalização (VIANA; IOZZI, 2019).

As desigualdades regionais e diversidades territoriais desse processo devem-se, entre outros elementos, às características multiescalares de oferta na distribuição e na utilização de serviços de saúde; multiplicidade de acordos entre atores no financiamento, gestão e prestação de serviços por entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos; diferentes arranjos de governança e atuação do Estado nas regiões (LIMA *et al.* 2012, 2019); e, distintas modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços, modificadas ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares (RAVIÓLI; DE SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

Inicialmente, é importante ressaltar que a NOB n.º 01/1996 revisou e definiu os níveis de gestão dos municípios trazidos pela NOB anterior (NOB n.º 01/1993), ao instituir apenas duas categorias de habilitação municipal: Municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal e Municípios com Gestão Plena da Atenção Básica.

Figura 12 – Linha do tempo do processo de regionalização e contratualização no âmbito do SUS, 2021.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir da publicação da NOB n.º 01/1996, o município sob Gestão Plena do Sistema foi definido como o responsável pela contratação e controle dos serviços de AB, média e alta complexidade (MAC) de seu território e assim, receberia transferência de recursos via fundo nacional de saúde (FNS) diretamente da União. Os municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica foram definidos como os responsáveis pelos serviços de AB, assumiram corresponsabilidade sobre a MAC, mas não receberiam todo o recurso de transferência do bloco MAC e por isso, a contratualização dos serviços em relação ao seu teto passava a ser de responsabilidade do ente Estadual e/ou do município polo (gestor do teto da MAC) de sua região de saúde (BRASIL, 1996).

Uma década depois, o Pacto pela Saúde (2006) tentou destituir as normas de habilitação em categorias (Gestão Plena do Sistema e Gestão Básica) trazidas pela NOB 96, para a adesão (contratualização) aos compromissos de gestão (DOBASHI, 2005). No entanto, apesar da revogação da NOB 96, a contratualização de serviços entre os entes federados permaneceu obedecendo a lógica da gestão do teto orçamentário da MAC.

Nesse sentido, a partir de 2004, impulsionado pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS n.º 01/2001 e 01/2002), iniciou-se no país um movimento com vistas à regionalização, organização da rede de atenção no nível microrregional e a formulação de diretrizes relacionadas a uma política nacional de contratualização de hospitais.

A primeira delas, a Portaria MS/GM n.º 1.044/2004, foi voltada aos hospitais de pequeno porte (HPP) públicos e privados sem fins lucrativos (5 a 30 leitos) com intuito de fomentar o processo de organização dessas instituições, por meio de um conjunto de metas (direcionadas à instituição e ao ente federado que detinha a gestão do hospital). Entre as características da política, destacam-se: o estímulo à cooperação e assessoria técnica e financeira pelo ente estadual – mediante a construção de um plano de ação do município e da instituição proponente; e, garantia da integração do hospital com a rede de atenção; além da necessidade de pactuação entre os gestores municipais e o gestor estadual dos mecanismos de referência e contra referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização do Estado (BRASIL, 2004b).

A política também estimulou a alimentação dos sistemas de informação do SUS pelos hospitais contratualizados com vistas ao envio de dados mais confiáveis

sobre as causas de morbidade nesses estabelecimentos, uma vez que as instituições informavam ao Ministério os procedimentos que eram mais rentáveis nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e não a realidade (SILVA, 2018). Por essa razão a política definiu um teto financeiro mínimo de recebimento para esses hospitais, independente da produção informada, com o objetivo de também qualificar os dados estatísticos.

Após a publicação da Política Nacional de HPP, o movimento aos serviços regionalizados permaneceu nos anos seguintes, por meio de normativas que estimularam a regulamentação dos consórcios públicos e à contratualização de hospitais filantrópicas.

No entanto, Souza *et al.* (2020) ao analisarem a produção de quatorze HPP de uma região de saúde, constataram que a forma de pactuação e contratualização isolada, ou seja, individual, de cada hospital, não surtiu os efeitos desejados pela PNHPP. Além disso, observaram extrema ociosidade da capacidade instalada, centros cirúrgicos inativos e baixíssima ocupação dos leitos hospitalares.

Quanto aos consórcios públicos, a Constituição Federal já trazia no artigo 241 a possibilidade de organização dos entes federados por meio de consórcios públicos e convênios de cooperação, bem como, o artigo 10º da Lei 8.080/90²⁵ e o artigo 3º § 3º da Lei 8.142/90²⁶. Ainda assim, os consórcios criados na década de 1990 não tinham uma legislação específica, apenas em 2005 foi publicada a Lei dos Consórcios Públicos (Lei n.º 11.107/2005, regulamentada dois anos depois pelo Decreto n.º 6.017/2007).

Os consórcios podem ter natureza jurídica de direito público ou privado e os detalharemos em seu capítulo específico. De forma geral, os consórcios de direito público são instituições sem fins lucrativos ligados à administração pública indireta e considerados associações públicas. Pela constituição federal as associações e fundações públicas foram elevadas à condição de Autarquia, assim possuem

²⁵ Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

²⁶ Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

imunidade tributária²⁷ (na forma do art. 150, inciso VI, da Constituição), mas não gozam de imunidade para a contribuição social²⁸.

Ainda na perspectiva da contratualização de metas quali-quantitativas, em 2005 também foi publicada a Portaria MS/GM n.º 1.721/2005 que criou o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos que possuíam certificação como entidade sem fins lucrativos (CEBAS²⁹) e com ele o incentivo de adesão à contratualização (IAC) desses hospitais, homologado e revisado em normativas posteriores (BRASIL, 2005b).

À época, a transferência de recursos federais foi estruturada em duas etapas, a primeira etapa de adesão e a segunda de contratualização. O percentual de recursos transferidos aumentava conforme a instituição se responsabilizasse por pacientes de outros municípios e possuísse oferta de especialidades básicas no ano anterior à adesão, como clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e traumatologia-ortopedia.

Lima *et al.* (2019) e Viana, Miranda e Silva (2017) constataram que as instituições privadas sem fins lucrativos são as maiores provedoras de serviços de saúde na atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Sabe-se também, que o SUS é dependente deste modelo de gestão desde sua concepção.

Mas nesta análise, considera-se que o modelo tem grande representatividade nas arenas políticas de decisão, inclusive com bancada específica de parlamentares no Congresso Nacional.

Nesta perspectiva, o referencial de análise de políticas apoiado pelo neoinstitucionalismo histórico (PIERSON, 2004) colabora ao afirmar que políticas prévias, particularmente aquelas com alocação de recursos específicos, apresentarão como consequência, a formação de grupos políticos de interesse no financiamento público. Essa concepção é percebida desde a institucionalização do

²⁷ Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: instituir impostos sobre: patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei.

²⁸ De acordo com o artigo 195, § 7º, da Constituição da República, são isentas de contribuição para a Seguridade Social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei, as quais não incluem os consórcios públicos.

²⁹ O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) é concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros.

SUS na década de 1990 e reforçada quando se analisa a participação das instituições sem fins lucrativos neste processo. Cabe reforçar que as OS, criadas por meio do Plano de Reforma do Estado, também são consideradas instituições sem fins lucrativos e passíveis de solicitar o CEBAS.

Atualmente para ser considerada uma associação³⁰ privada sem fins lucrativos (filantrópica), além da mudança no CNPJ, a instituição precisa comprovar no mínimo 60% dos atendimentos destinado ao serviço público (Lei 13.650/2018) e caso possua natureza jurídica de direito privado pode solicitar CEBAS – Lei 12.101/2009. Enquanto vigente, o CEBAS permite que a instituição detenha isenção tributária³¹ (impostos) e de contribuições sociais (BRASIL, 2009).

Além disso, hospitais com natureza jurídica sem fins lucrativos podem não só celebrar contratos administrativos, mas também convênios com o serviço público. Ainda, algumas destas instituições de grande porte são consideradas por “*reconhecida excelência*” e possuem contratos para a execução do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), nas áreas de estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e, desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (BRASIL, 2011g).

No caso das Organizações Sociais de Saúde (OSS), outros aspectos são observados. As OSS não são jurisdicionadas pelos limites e aspectos contratuais da LRF (BRASIL, 2000) e o instrumento contratual realizado é o contrato de gestão; possuem maior flexibilização administrativa, entre eles, a autonomia na definição de plano de cargo e salários; elaboração de normas próprias para contratação e seleção; permissão de complementação salarial; regulamento próprio de compras e contratação de serviços; e, liberdade de execução financeira dentro do contrato de gestão (SHIMIZU; VERONEZI, 2020). Essas características podem explicar o motivo pelo qual estes modelos de prestação e gerência de serviços vêm assumindo uma posição estratégica para prestadores e provedores públicos.

³⁰ Trata-se de pessoas jurídicas, regradas pelo Código Civil Brasileiro, que assim determina em seu art. 44: “São pessoas jurídicas de direito privado: as associações, as sociedades, as fundações, as organizações religiosas, os partidos políticos” (BRASIL, 2002). Também podem ser identificadas pela terminologia instituição – utilizado para designar as diferentes pessoas jurídicas sem fins econômicos.

³¹ Isenção tributária pode ser conceituada como uma forma de exclusão de crédito tributário, que será determinada por uma lei específica, contrário ao entendimento de imunidade tributária prevista de acordo com critérios estabelecidos no artigo 150 da CF 1988.

Como mencionado, o Pacto pela Saúde em 2006 procurou inverter a lógica das responsabilidades gestoras definidas pelo NOB (96) para a adesão de metas quali-quantitativas e da assinatura de um termo de responsabilidade gestora (Pacto de Gestão) quanto o território municipal e para o fortalecimento da regionalização.

Assim, considerando que a Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e como medida para sua institucionalização, a legislação avançou com a publicação de diretrizes cujo objetivo era a organização da Rede de Atenção à Saúde (Portaria MS/GM n.º 4.279/2010), na perspectiva da cooperação entre os entes federados de uma mesma região de saúde e na reestruturação de pontos de atenção baseados nos fundamentos de economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010a).

Nesse mesmo ano duas outras normativas merecem destaque. A primeira é Portaria MS/GM n.º 161/2010 que institui o Termo ou Protocolo de Cooperação entre entes Públicos (PCEP), usado como instrumento de contrato quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob a gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, como ocorre com os estabelecimentos que se encontram sob gestão estadual (BRASIL, 2010b).

A segunda, a Portaria MS/GM n.º 1.034/2010, publicou normas para reforçar aos artigos trazidos na CF1988 e na Lei n.º 8.080/90 que mencionam a contratação complementar de serviços públicos. A normativa enfatiza e corrobora a preferência para a complementação de serviços nas instituições sem fins lucrativos (caso cumpram os requisitos da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS/1993³² e possuam o CEBAS), às privadas; sempre que não houver a possibilidade de ampliação dos serviços públicos e anterior comprovação no Conselho de Saúde e planejamento no Plano de Saúde da necessidade dessa complementação. A Portaria também destaca a importância do Plano Operativo, instrumento que integra todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada com ou sem fins lucrativos, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a caracterização da

³² Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993c.

instituição, sua missão na rede, a definição de oferta e fluxo de serviços, pactuação de metas; e ainda, a formalização do instrumento contratual. Dessa forma, a contratualização prevê dois instrumentos, o instrumento com descrição das metas quali-quantitativas e um contrato propriamente dito, sendo eles, o convênio e o contrato administrativo:

I – O convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos;

II - Contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, por meio da Lei de Licitações (8.666/1993 e 14.133/2021), quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

No Paraná, o convênio exige que o prestador de serviço alimente de forma sistemática o Sistema Integrado de Transferência³³ (SIT), criado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) em 2011 e em 2012, tornou-se obrigatório para os órgãos repassadores e para os entes públicos ou entidades privadas que recebem recursos de convênios e outros, como acordos, parcerias e similares.

Os contratos administrativos, por sua vez, são regidos pela Lei das Licitações (Lei 8.666/1993 e Lei 14.133/2021) e alvo de muitas críticas, por serem estruturados por meio de uma legislação genérica à administração pública e por não levar em conta as especificidades e regras do SUS. Por exemplo, quando o gestor firma contrato de MAC com prestadores a partir de recursos federais deve contratar pelo valor da tabela SUS, dessa forma não cabe uma licitação com o menor preço e sim as brechas permitidas em lei, como o procedimento auxiliar de credenciamento por inexigibilidade³⁴. Por outro lado, a legislação definida pela Portaria MS/GM n.º 1.606/2001 permite o complemento de recursos na tabela para remuneração de serviços assistenciais, desde que realizada com recursos próprios do ente contratante e não apresente obstáculos na oferta para usuários referenciados de outras localidades (BRASIL, 2001c). Outra característica dos contratos

³³ Resolução n.º 28, de 2 de outubro de 2011. Curitiba, 2011b.

³⁴ A inexigibilidade de licitação, também prevista na Lei de Licitações (8666/1993), em seu Artigo 25, se caracteriza pela ausência ou inviabilidade de competição ou ainda pela falta de necessidade de licitação, em especial, nos casos de: Contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização; Aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca. No caso dos medicamentos do componente de assistência farmacêutica especializada, devem ser observados como se enquadram os fabricantes e os representantes, haja vista que no caso de representante o mesmo deve ter a representatividade na região geográfica onde está se realizando a aquisição (BRASIL, 2011a).

administrativos é que eles se distanciam de metas quali-quantitativas específicas do setor saúde.

Ou seja, a contratação de serviços públicos de saúde perante o contrato administrativo é realizada mediante as mesmas regras de aquisição de bens não duráveis, reforçando o custeio das instituições de saúde em face da produção, da quantidade de serviços executados (*fee-for-service*), e/ou no teto físico-orçamentário pré-estabelecidos nesses prestadores. Nessa modalidade, cada procedimento é mensurado por um valor e pago separadamente. Nela, cada prestador é pago por cada unidade de procedimento como consulta, exame radiológico, cirurgia e outros procedimentos constantes de uma tabela de pagamento (MENDES, 2019).

Diante desses problemas e considerando que a regionalização e a organização de serviços regionais são condicionadas por fatores que envolvem os modelos de contratos entre os entes federados, foi publicado em 2011 o Decreto Lei n.º 7.508/2011, que dentre muitas características, inovou ao instituir um novo formato contratual baseado nas necessidades regionais e no financiamento tripartite, com responsabilidades às pessoas físicas signatárias – o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).

Após a publicação do Decreto, as instâncias colegiadas do SUS organizaram-se para a materialização do instrumento por meio de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Uma resolução publicada no mesmo ano do decreto, estabeleceu diretrizes para a organização regional e para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS (Resolução CIT n.º 01/2011); e outras duas resoluções no ano posterior, estabeleceram normas e fluxos para a elaboração do COAP (Resolução CIT n.º 03/2012), e regras de transição para as responsabilidades gestoras trazidas no Pacto pela Saúde para modelo do Contrato Organizativo (Resolução CIT n.º 04/2012) (BRASIL, 2012c, 2012d).

No entanto, apenas dois estados da federação assinaram de fato o COAP e a oportunidade de sua construção foi pulverizada devido à necessidade de demonstração de recursos financeiros pelos entes contratantes (OERVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017), bem como pela complexidade voltada ao planejamento regional e dessa forma o instrumento não foi viabilizado em território nacional.

Nesse interim, o governo federal publicou outras normativas para o fortalecimento de hospitais filantrópicos, por meio de um incentivo financeiro destinado às unidades de direito privado sem fins lucrativos que executassem 100%

dos serviços SUS (Portaria MS/GM n.º 929/2012) e a criação do PROSUS – programa de fortalecimento das instituições filantrópicas que se encontram em grave situação econômico-financeira, mediante a concessão de moratória e remissão das dívidas vencidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, observadas as condições previstas na Lei 12.873/2013 (BRASIL, 2013b).

Entretanto, na década de 2010, ainda existiam prestadores de serviços sem a formalização contratual instituída, muitos ainda permaneciam sob a lógica de pactuação do INAMPS. Somente cerca de vinte anos após sua extinção, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Em grande medida, impulsionados pela Política Nacional de Regulação do SUS, que entre outras atribuições, orientou a implantação de ações de regulação em todas as unidades federadas e reforçou o credenciamento e a contratação de prestadores para prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A PNHOSP (Portaria MS/GM n.º 3.390/2013) nasceu com o objetivo de estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção hospitalar no âmbito do SUS, com a finalidade de proporcionar cuidado integral em saúde com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência, por meio do fortalecimento de práticas assistenciais seguras e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde e da qualificação dos processos de trabalho (BRASIL, 2013c). Foi estruturada em seis eixos, sendo eles:

1. Assistência;
2. Gestão – sistema e gerência do estabelecimento;
3. Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho;
4. Financiamento;
5. Contratualização; e,
6. Responsabilização das esferas de gestão.

Além de reforçar a construção do Plano Operativo (PO), instrumento instituído pela Portaria MS/GM n.º 1.034/2010, e vigente, que deve acompanhar todos os ajustes realizados entre administração pública e setor contratualizado e ser utilizado pelo gestor na rede própria para diagnosticar a capacidade instalada, organizar a rede e, assim, demonstrar a real necessidade de contratação de serviços para fins

de complementação de rede. Anualmente ele deve ser revisto e repactuado (BRASIL, 2010c, 2011a).

Por sua vez, a Portaria MS/GM n.º 3.410/2013 estabeleceu as diretrizes para a contratualização dos hospitais em consonância com a PNHOSP, por meio do estabelecimento de compromissos assistências em rede, de ensino e pesquisa, de aperfeiçoamento da gestão da clínica e da gestão administrativo-financeira e contemplou os seguintes estabelecimentos:

- a) Públicos com no mínimo 50 leitos;
- b) Privados com fins lucrativos com no mínimo 50 leitos;
- c) Privados sem fins lucrativos no mínimo 30 leitos, sendo pelo menos 25 destinados ao SUS (BRASIL, 2013d).

E ainda, instituiu o incentivo de qualificação da gestão hospitalar (IGH) em substituição ao IAC (Portaria MS/GM n.º 142/2014), que se destinava apenas às instituições sem fins lucrativos. O IGH foi destinado aos hospitais públicos com mais de 50 leitos e hospitais privados sem fins lucrativos com no mínimo 30 leitos (BRASIL, 2014a).

Dados da nota informativa da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016c) tecem críticas à PNHOSP, entre elas, a não operacionalização da política; a falta de disponibilidade financeira para o repasse do IGH; a ausência de um sistema de monitoramento para o acompanhamento do processo de contratualização e das metas e indicadores definidos no documento descritivo, e; a pendência da elaboração do manual de orientações para contratualização no SUS.

Além disso, a política não priorizou os hospitais públicos de pequeno porte e sem fins lucrativos com menos de 30 leitos, mesmo com significativas mudanças na organização da rede de serviços durante este período. Aspecto que pode ser identificado como um fator que não contribuiu para o avanço da política e ao processo de regionalização, mesmo com portarias recentes que o priorizavam. O fato da PNHOSP não ter favorecido os HPP com menos de 30 leitos prejudicou, sobretudo, as regiões formadas por municípios pequenos.

Os estabelecimentos hospitalares contratualizados à época da PNHOSP, ainda a utilizam como modelo técnico para as metas quali-quantitativas e para transferência de recursos federais, sejam no âmbito da gestão estadual, ou no âmbito dos municípios que possuem a gestão do teto da MAC. Atualmente essas

diretrizes podem ser consultadas nos anexos XXIII (Política Nacional dos HPP) e XXIV (PNHOSP) da Portaria de Consolidação n.º 02/2017 (BRASIL, 2017d).

Considerando, portanto, as discussões realizadas até o presente, e como método de simplificar a análise desse tema, propõe-se uma classificação didática dos contratos, especialmente os da atenção ambulatorial e hospitalar especializada, em três categorias principais: 1- classificados a partir do modelo de financiamento; 2- pelo tipo de gestão; e, 3- pelo instrumento contratual compatível com a natureza jurídica da instituição. Essa classificação colabora para a compreensão da complexidade desse fenômeno na saúde coletiva. No entanto, deve-se atentar que a classificação final de determinado contrato precisa considerar as três categorias destacadas (Figura 13).

Figura 13 – Classificação dos contratos, segundo a gestão municipal do teto MAC, o modelo de financiamento hospitalar e o instrumento contratual.



Fonte: Elaborado pelo autor

1- Quanto ao modelo de financiamento de recursos federais os contratos hospitalares podem ser classificados a partir do:

- a) Teto físico-financeiro da instituição: o prestador recebe o valor compatível com seu teto baseado naquilo que apresentou de produção, neste caso não se estabelece metas quali-quantitativas e a apresentação dos procedimentos a serem faturados podem estar associados aos mais rentáveis à instituição,

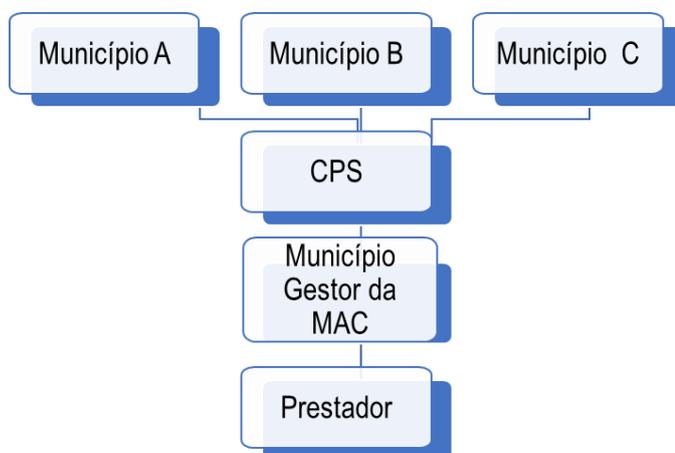
escondendo a realidade dos atendimentos, em algumas vezes, até deturpados para que a garantia do recurso não se perca (SILVA, 2018);

- b) Contratualização por metas quali-quantitativas: hospitais inseridos nos critérios da PNHOSP. Recebem o recurso baseado no alcance das metas estabelecidas no plano e pelos demais incentivos da contratualização;
- c) HPP contratualizados pela Portaria MS/GM n.º 1.044/2004: esses estabelecimentos possuem um teto fixo de custeio independente da produção apresentada para faturamento, que não pode ser inferior a R\$ 10.000,00. Nessa regra, o governo federal transfere o valor faturado e o ente federado que possui a gestão do estabelecimento complementa até o fixo determinado, por meio da avaliação de metas estabelecidas;
- d) Hospitais de Ensino: o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial n.º 1.006/2004, teve por objetivo reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS e promover a inserção e a integração desses serviços na rede assistencial do SUS, mediante ações estratégicas definidas no processo de contratualização, com metas e indicadores especificados (BRASIL, 1994c).

2- Quanto ao tipo de gestão, os contratos podem ser classificados em:

- a) Municípios com gestão orçamentária do teto da MAC, ou seja, municípios que assumiram a gestão total da média e alta complexidade municipal. Nessa situação o município é o responsável pela contratualização dos prestadores do seu território. Para estabelecer essa relação deve considerar a PNHOSP e os preceitos legais da Lei n.º 8.666/93 e Lei 14.133/2021 (Figura 14);

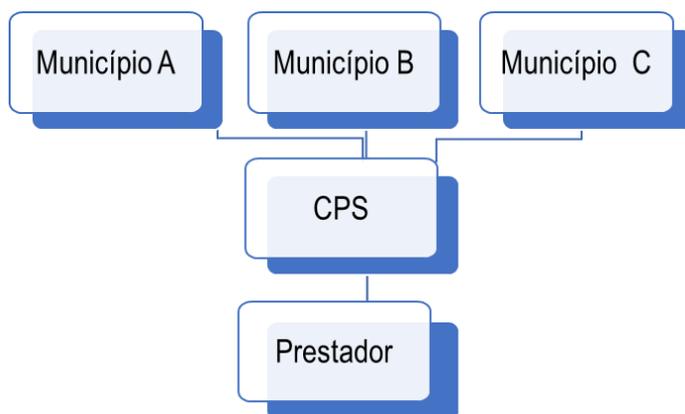
Figura 14 – Representação da organização regional – município gestor do teto MAC:



Fonte: Elaborado pelo autor

b) Municípios sem gestão orçamentária do teto da MAC, ou seja, municípios que não assumiram a gestão total da média e alta complexidade municipal, e, portanto, a gestão dos estabelecimentos de seu território fica sob responsabilidade do ente estadual. Aqui é o estado que realiza o contrato com o prestador, considerando a PNHOSP e obedecendo os preceitos legais da Lei n.º 8.666/93 e Lei 14.133/2021 (Figura 15);

Figura 15 – Representação da organização regional – municípios não possuem a gestão do teto MAC.



Fonte: Elaborado pelo autor

3- E, quanto ao instrumento contratual (legal) compatível com a natureza jurídica do estabelecimento:

- a) Contrato Administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, por meio da Lei de Licitações (8.666/1993 e 14.133/2021), quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde, estando sujeito às regras e fiscalização do Tribunal de Contas;
- b) Convênios: firmado entre entes públicos ou entre um ente público e uma instituição privada sem fins lucrativos, também sujeitos ao do Tribunal de Contas;
- c) Contrato de Rateio e de Programa: instrumentos realizados pelos entes federativos entre si para conformação de consórcios públicos. O primeiro para definir o rateio do custeio dos entes federativos sobre a ação consorciada e o segundo para implementar programas de interesse comum entre esses entes.
- d) PCEP (Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos): quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob a gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra;
- e) Contrato de Gestão: instrumento utilizado para a relação contratual entre organizações sociais (OS) e Fundação Pública de Direito Privado;
- f) Termo de Parceria: instrumento utilizado para a relação contratual com organizações sociais de interesse público (OSCIP³⁵);
- g) Termo de Compromisso (ou Contrato de Gestão): firmado entre os gestores e os estabelecimentos que estão sob sua gerência e gestão.

Na perspectiva da regionalização e da direção única de cada esfera de governo, a multiplicidade de normas do direito administrativo associada às diferentes

³⁵ Conforme a Lei 9.790/99 as OSCIP são as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei. As OSCIP têm objetivos sociais mais amplos podendo atuar em mais áreas, vez que nascem da iniciativa da sociedade e têm regras mais genéricas. Tem como instrumento balizador o Termo de Parceria. E podem atuar na promoção da assistência social; na promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei; na promoção da segurança alimentar e nutricional; na defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; na promoção do voluntariado; na promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; na promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; em estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos; em estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte, entre outras áreas.

diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada política, somadas ao contexto atual da pluralidade de modelos de gestão, apresentam como alguns dos desafios a serem confrontados, para a garantia do acesso e das necessidades de saúde da população.

É dentro desse cenário que algumas particularidades ocorrem, especialmente a contratualização paralela (ou em duplicidade³⁶) por parte do ente municipal, de procedimentos, retaguarda clínica, e/ou a assistência de urgência e emergência, em estabelecimentos que estão sob a gestão estadual e programada no contrato com este mesmo nível de gestão, ainda que seja com valores pequenos ou irrisórios. Essa ação é justificada pelos gestores municipais devido à insuficiência dos contratos estaduais estabelecidos. O problema é que são executadas à revelia das normas legais do SUS e do próprio direito administrativo e ainda, carregam consigo inequidades na oferta e nos valores contratados (SILVA, 2018).

Considerando que esses processos interferem na rede de atenção e assistência à saúde, como corrigi-los tendo como pano de fundo o processo de regionalização?

A primeira estratégia seria o ente municipal assumir a gestão total do teto da média complexidade, em outras palavras, assumir a gestão “do todo” e não apenas “da metade”. Esta perspectiva está baseada na compreensão que todos os municípios, independente do porte, financiam serviços neste nível de assistência, por exemplo, com a contrapartida de rateio do consórcio, ou do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Mas, contrapõem-se à perspectiva que compreende que a atenção secundária deve ser executada e financiada prioritariamente pelo ente estadual. De qualquer forma, a constituição e normativas infraconstitucionais preveem que o financiamento dos serviços de saúde é tripartite, portanto, executado pela união, estados e municípios de forma integrada e organizada por níveis crescentes de complexidades (BRASIL, 1990a). Ainda assim, não há como ignorar que esses municípios vêm assumindo parcelas cada vez maiores do orçamento do sistema de saúde, configurando-se como os maiores financiadores da política, proporcionalmente em comparação aos demais entes (IBGE, 2018).

³⁶ Entende-se por contrato paralelo ou duplo a realização de um segundo contrato com um estabelecimento de saúde que já possui o serviço contratualizado com o ente responsável por sua gestão.

Corroborando esta afirmação, estudos apontam que, em relação à participação percentual na saúde, o ente federal no ano 2000 participou com 59,8%, passando em 2011 para 44,7% e para 42,1% em 2019; enquanto a participação dos municípios passou de 21,7% para 29,6% e ampliando para 31,4% no mesmo período (PIOLA *et al.*, 2013; SERVO *et al.*, 2020).

Dessa forma, se partirmos do pressuposto que se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é financiada ou deveria ser, pelos três entes federados, por que o contrato com a atenção hospitalar também não pode seguir a mesma lógica?

Neste contexto, o município que optar pela gestão do teto da média e alta complexidade, deve formalizar tal pedido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) conforme disciplina a Resolução CIT n.º 04/2012, já mencionada e a Portaria MS/GM n.º 1.580/2012 que extinguiu a exigência de adesão ao Pacto ou a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão pelos entes federados (BRASIL, 2012e).

Mas para que essa decisão seja coerente, a gestão municipal necessita analisar de fato, quais são os serviços que estarão sob sua gestão e se possui recursos técnicos, administrativos e organizacionais para tal ação, características que as normativas detalham de forma parcial. A partir desse momento, deverá constituir um contrato único com cada prestador considerando as características de aporte de recursos dos três entes federados e os instrumentos legais compatíveis com a natureza jurídica do estabelecimento que pretende contratar.

Outra estratégia é a contratualização entre entes públicos. O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), instrumento que permite ajustar a contratação de serviços para um determinado município, em estabelecimentos de saúde presentes no território ou sob gestão de outro ente. Essa estratégia mostra-se como um grande potencial para o processo de micro regionalização, considerando o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2011a).

A LC 141/2012 em seu artigo 21 orienta que os estados e municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos fundos de saúde derivadas tanto de

receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas por uma modalidade gerencial³⁷ pactuada pelos entes envolvidos (BRASIL, 2012a).

Na tentativa de clarear um pouco mais as possibilidades de contratualização pública, o Decreto n.º 9.380/2018, por meio da redação do artigo 23-A, estabeleceu que os entes federados poderão, mediante pactuação regional, remanejar entre si parcelas de recursos financeiros, por meio de transferência fundo a fundo, desde que tenha sido celebrado consórcio de saúde, convênio ou outro instrumento congêneres, que estabeleça, entre outras cláusulas gerenciais, as obrigações de todos os entes envolvidos, seu âmbito de aplicação e a periodicidade e os valores das transferências a serem realizadas (BRASIL, 2018c).

A terceira estratégia para a organização dos contratos com vistas à regionalização perpassa pelos consórcios públicos de saúde. Este modelo de gestão mostra-se como um instrumento potente para o alcance da regionalização dos serviços, ao mesmo tempo em que se apresenta como ferramenta de contratualização. Para tal necessita de um planejamento local e regional, para que o contrato intermediado pelo consórcio e o prestador não se configure apenas como uma estratégia legal de ajuste contratual, a um único ou a um grupo de municípios, o que em tese não potencializa o processo de regionalização.

As estratégias mencionadas acima correspondem às medidas legais presentes no ordenamento jurídico do direito administrativo e em documentos oficiais que regem a organização dos serviços de saúde. A responsabilidade de sua execução é de competência do ente que detém a gestão do serviço daquele território, no entanto, esta questão nem sempre prioriza e considera o acesso, as necessidades regionais e coletivas da população. Este processo poderia ter sido reorganizado se o instrumento de contratualização entre entes públicos, instituído por meio do Decreto n.º 7.508/2011 (COAP), fosse materializado e institucionalizado no território.

Como isso não ocorreu, as possibilidades de ajustes no processo de contratualização ao considerar a direção única do sistema de saúde e a redução da multiplicidade de contratos, com vistas à implementação de contratos regionais

³⁷ A modalidade gerencial referida deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL 2012).

alicerçados nas redes temáticas e linhas de cuidado, podem ser sintetizadas em cima de **três propostas e enfoques principais**:

- a) Para os estabelecimentos de referência regional inseridos no território de municípios sem a gestão do teto MAC, o ente estadual permanece com seu contrato, pois é o ente que detém a gestão do teto. No entanto, deve rever sua pactuação e assumir sua contrapartida financeira, podendo também realizá-la por meio de um instrumento formal (contrato, convênio, termo de cooperação técnica e financeira ou outro previsto na legislação) relacionados à implantação de redes e programas específicos. Um segundo contrato adicional ou complementar de cunho regional, a partir dos municípios (via consórcio), pode ser realizado de acordo com as necessidades loco regionais, expressas nos instrumentos de planejamento, potencializando a regionalização.

Ainda que essa estratégia não se organize como a opção ideal, por manter-se dois contratos (um de gestão estadual e outro consorciado) com determinado prestador, esse movimento já colaboraria com a redução dos inúmeros contratos paralelos realizados na atualidade.

Além disso, o contrato consorciado é legal pois não contraria o princípio da direção única, no que diz respeito à entrada no território municipal, uma vez que o município sede do estabelecimento dificilmente não é membro da ação consorciada.

E se ainda assim, as estratégias descritas acima forem interpretadas de forma contrária à direção única, quais então seriam as opções para garantir o princípio constitucional? Uma opção é de que os municípios repassem ao estado os recursos que alocam em determinado prestador para a confecção de um contrato único, a outra é a formação de um consórcio vertical. No entanto, na prática, a transferência de recursos municipais ao estado é prejudicada por inúmeras questões jurídicas e técnicas, bem como relacionadas com a redistribuição do poder de contratualização assumida pelo ente municipal, além de constituir-se um movimento que vai contra à descentralização fiscal proposta pelo federalismo brasileiro.

- b) Para os estabelecimentos inseridos no território de municípios com a gestão do teto MAC, estabelecer-se-ia apenas um contrato tripartite sobre gestão do

município sede, com o aporte de recursos do teto da União e do estado que estão sobre sua gestão e recursos municipais via consórcio. Ou seja, o município sede permanece como contratante e é o responsável (pelas etapas de avaliação, regulação e auditoria), uma vez que recebe em seu fundo municipal o teto da MAC da região e possíveis contrapartidas estaduais. A contrapartida dos demais municípios, por sua vez, baseada no planejamento regional, ocorreria por meio do consórcio, que estabeleceria instrumento contratual (contrato, convênio, termo de cooperação técnica e financeira ou outro previsto na legislação) e repassaria o valor ao município contratante, excepcionalmente para esta atividade;

- c) Para os HPP de determinada região, a possibilidade de se estabelecer uma política pública casada ao planejamento microrregional, que considere: as especificidades do território e da rede de serviços da qual está inserida; os diagnósticos realizados que apresentem as demandas reprimidas casadas às necessidades regionais; os vazios assistenciais; e, as possibilidades de oferta, quanto aos equipamentos, materiais, profissionais e tecnologias disponíveis. E a partir desse movimento a construção de contratos regionais via consórcio, ou por meio do PCEP.

No entanto, a organização dos contratos para a lógica regional exige esforços no planejamento, no levantamento de custos dos serviços e na ação coletiva entre os entes federados (VIANA *et al.*, 2018). Movimento este que deve ser coordenado e direcionado pelo ente estadual (MENICUCCI, 2014).

Também exige atenção do contratante aos requisitos impostos em lei para a participação complementar da iniciativa privada com ou sem fins lucrativos quanto à execução de ações e serviços de saúde, bem como do credenciamento destes prestadores no SUS (Portaria n.º MS/GM 2.567/2016). E atentar-se ao fato da Portaria MS/GM n.º 2925/2017 ter revogado as legislações que instituíram o IGH, transformando-o em IAC e restringindo novas adesões na contratualização de metas pela PNHOSP (BRASIL, 2017e).

Ainda assim, mesmo com o insucesso do COAP e da ausência de clareza das responsabilidades gestoras pós Decreto n.º 7.508/2011, o processo de

regionalização continuou sendo percebido como um instrumento orientador técnico-político do sistema de saúde pública no país (SILVA, *et al.* 2020).

Neste contexto, novamente o processo de regionalização foi destacado em um novo movimento de organização ascendente, o – Planejamento Regional Integrado (PRI – Resolução CIT n.º 23/2017). O PRI deve expressar:

[...] as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional (BRASIL, 2017f, p. 02).

Para sua operacionalização foi publicada a Resolução CIT n.º 37/2018 que abordou entre outros aspectos: a organização de macrorregiões de saúde, em um contingente populacional mínimo de 700 mil habitantes; a coordenação e a condução desse processo pela CIB; e a institucionalização do PRI por meio de um novo modelo de financiamento baseado na alocação global dos recursos, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado (BRASIL, 2018b).

Cabe ressaltar que a organização de regiões sanitárias com contingente populacional de no mínimo 700 mil habitantes, não leva em consideração as disparidades regionais e geográficas das diferentes regiões brasileiras.

Ainda assim, o PRI apresenta-se como importante ferramenta à cooperação técnica e financeira nas macrorregiões de saúde e possibilitou a publicação da Resolução CIT n.º 44/2019, a qual definiu que o acordo de colaboração entre os entes federados, deixava de ser o COAP e passava a ser o resultado do Planejamento Regional Integrado (PRI) (BRASIL, 2019c).

No entanto, o Decreto 7.508/2011 não foi revogado e quando analisado sob a perspectiva jurídica, possui maior peso que uma Resolução, pois tem valor equivalente e poder de lei. Nesse aspecto, a gestão e a organização do SUS encontram-se em um vazio normativo disciplinar entre as regras de transição (Resolução CIT n.º 04/2012) do Pacto pela Gestão (2006) para o Decreto n.º 7508/2011.

Esse vazio normativo disciplinar fortalece as distintas formas de gestão e prestação de serviços, especialmente os modelos privados, que crescem e se organizam e capilarizam-se aos MPP, por dentro da esfera pública.

Outra questão é que a contratualização regional por meio do COAP, poderia ter consequências que possivelmente não convergiam com os interesses de atores públicos e privados, entre eles, destacam-se: ampliação da regulação pública e evidências de insuficiência de recursos públicos, o que exigiria maior aporte pelos entes subnacionais, sob condição contratual firmada em cartório e na figura da pessoa física de seus dirigentes.

Além disso, ao olhar para a toda a oferta regional de determinada linha de cuidado, alguns estabelecimentos poderiam perder barganhas políticas e favorecimentos, bem como, a venda de serviços e contratos executados paralelamente. Entende-se ainda, que novos arranjos contratuais, mexeriam em aspectos já consolidados nas regiões de saúde, contrariando novamente determinados interesses dos atores envolvidos.

Advoga-se, portanto, a favor da contratualização de serviços de saúde como um aspecto fundamental para operacionalização da regionalização. A ausência de normas mais claras para esse processo aumenta as inequidades na oferta e sua consequência incide diretamente na garantia do acesso e do direito à saúde da população. Reforça-se também a necessidade de voltar o olhar aos problemas locais, da gestão municipal e dos arranjos condicionados pelas regras contratuais.

Nesse sentido a regionalização está condicionada, entre outros fatores, também aos aspectos relacionados à contratualização dos serviços e a ausência de normativas que definam o papel e as responsabilidades gestoras dos entes federados. Além disso, necessita de um equilíbrio entre as particularidades da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, com os princípios constitucionais do sistema e às orientações específicas do nível de atenção ou do porte dos estabelecimentos.

Este tema precisa ser debatido e discutido pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS, uma vez que apresenta características mais ou menos veladas que envolvem a prestação dos serviços propriamente dito; a garantia da integralidade dentro das linhas de cuidado; e a responsabilidade gestora frente à alocação de recursos públicos. Dentre elas, destacam-se: a prestação de serviços em dissonância às necessidades regionais; disparidades entre os preços executados e

assimetrias na oferta entre municípios de uma mesma região; e a ausência de metas e avaliação dos resultados dos contratos.

Outra questão fundamental é o papel e função dos Hospitais de Pequeno Porte na Rede de Atenção à Saúde, tema que precisa retornar às instâncias de deliberação e pactuação do sistema (sua política de contratualização já possui mais de 15 anos). Nesse sentido, convoca-se os gestores para o debate de alternativas que considerem aspectos técnico-políticos para a organização dos vazios assistenciais e promoção das potencialidades regionais.

Entende-se também, que características relacionadas ao princípio da direção única devem ser elucidadas. Uma vez que, esse princípio é debatido por meio de dois enfoques, o primeiro relacionado ao território, quanto à permissão do gestor local para a contratualização de serviços dentro de seu espaço geográfico e o segundo, sob o enfoque do gestor do contrato, ou do ente responsável em contratualizar os serviços ambulatoriais e hospitalares em determinados prestadores com os recursos do teto federal da MAC. Compreende-se que a ausência de clareza desses aspectos e interpretações equivocadas a seu respeito causam consequências diretas na oferta de serviços de saúde e não promovem segurança jurídica para os contratos adicionais e/ou complementares de uma mesma região de saúde.

Segundo Santos (2006) o princípio que deve ser perseguido pelo sistema de saúde não é o da direção única, mas o da direção política do território por um único ente. A autora afirma que a unificação das ASPS dos entes governamentais em redes de serviços, por meio de um instrumento jurídico competente, deverá ter o comando político de um único dirigente em cada esfera de governo. Na saúde, os pactos firmados entre os gestores, terão por meio desse instrumento a base para a organização e financiamento regionalizado e referenciado do sistema.

Etapas da Contratação de Serviços de Saúde

Essa seção apresenta de forma sintética e complementar à seção anterior, as etapas para a contratação de serviços de saúde no SUS pelos gestores públicos, em especial, do ente municipal:

- a) Inicia-se o processo verificando a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, por meio de análises do SCNES (capacidade instalada) e dos instrumentos de gestão disponíveis. A complementação de serviços de saúde deve ocorrer somente quando a capacidade pública instalada for insuficiente à demanda (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1988);
- b) Nesse aspecto, os serviços contratados devem estar devidamente cadastrados no SCNES, para verificação da real capacidade instalada e disponibilidade dos serviços de saúde de um território. Essa atribuição é de responsabilidade da gestão municipal do território ao qual o estabelecimento pertence (FELICIELLO *et al.*, 2016);
- c) Deve-se também analisar a rede de referências regionais e macrorregionais, além dos Planos de Desenvolvimento Regional (PDR) e da Programação Pactuação Integrada (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 *et al.*, 2016; MATOS; POMPEU, 2003; BRASIL, 1996);
- d) Constatada a necessidade de ampliação de serviços (ambulatoriais e/ou hospitalares) programá-los na Lei Orçamentária Anual (LOA) e no respectivo Plano de Saúde (PS), além de prever a subfunção orçamentária da despesa no Programação Anual de Saúde (PAS) (BRASIL, 2012a, 2013e);
- e) Deve-se verificar ainda a possibilidade de ampliação dos serviços próprios e públicos. Somente depois de constatada a impossibilidade de ampliação de serviços públicos, pode-se organizar a contratação de serviços privados, com preferência aos filantrópicos (BRASIL, 1990a, 1988);
- f) A ampliação de serviços já existentes, com oferta insuficiente, e/ou a de serviços ausentes no território, deve priorizar arranjos e estratégias regionais;
- g) Essas estratégias devem levar em consideração os aspectos apresentados na seção anterior, especialmente quanto à categoria de gestão do ente

- contratante e a natureza jurídica do serviço a ser contratado. Tais aspectos podem modificar o instrumento contratual e a possibilidade de execução municipal e/ou regional (via consórcio);
- h) Para o estabelecimento de vínculos formais contratuais, a administração pública orienta-se pela Lei n.º 8.666/93 e Lei n.º 14.133/2021, as quais reforçam os ditames constitucionalmente impostos entre as partes contratadas (BRASIL, 1993b, FELICIELLO *et al.*, 2016, BRASIL, 2021a);
 - i) O contrato deve ser instituído pelo município do território ao qual o estabelecimento de saúde está inserido, desde que possua a gestão do mesmo, ainda que atenda ou parta do interesse micro e/ou macrorregional. Essa característica configura o princípio da direção única do sistema de saúde (BRASIL, 1990a);
 - j) Os valores dos procedimentos contratados devem seguir a tabela de preços e procedimentos do SUS – SIGTAP (BRASIL, 1993b); 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 CIR e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) (BRASIL, 2001c);
 - k) A contratualização hospitalar deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio da organização do Plano Operativo (PO) que como discutido, demonstra a real necessidade de contratação de serviços para fins de complementação de rede. Anualmente o PO pode ser revisto e repactuado na Comissão Intergestores (BRASIL, 2011a, 2013d);
 - l) No contrato deve estar explícito o elenco de procedimentos contratados a partir da capacidade instalada do prestador. O acesso deve ser regulado pelo município do território que o estabelecimento pertence (BRASIL, 2008);
 - m) 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 (BRASIL, 2008, 2016e; FELICIELLO *et al.*, 2016);
 - n) É ainda, 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 *et al.*, 2016; BRASIL, 2016e).

6.2 O CASO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA – HPP

O primeiro caso refere-se à relação entre os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) mantidos pela administração pública direta municipal e o processo de regionalização dos serviços de saúde.

Atualmente, uma parcela da população, entre eles atores públicos e de mercado, vem defendendo piamente o *status* de ineficiência da administração pública e a manutenção de um Estado mínimo. Essa seção, na contramão dessas concepções neoliberais, apresenta um caso de reorganização e implementação da atenção especializada hospitalar regionalizada por um Hospital de Pequeno Porte (HPP).

Trata-se da descrição de um caso de um município da 22^a Regional de Saúde do Paraná. Essa região apresenta indicadores de maior vulnerabilidade entre as demais regiões que compõem a Macro Norte do Paraná, seja relacionado aos indicadores socioeconômicos, como aos da oferta de serviços de saúde (REGIÃO E REDES, 2016).

É nesse contexto que um município, com aproximadamente cinco mil e quinhentos habitantes, reorganizou a oferta de serviços hospitalares (clínicos e cirúrgicos) à região de saúde por meio da administração pública direta.

Mas afinal, o que é administração pública? O conceito jurídico de administração pública pode ser entendido por meio de dois critérios:

- i) o formal (orgânico ou subjetivo), que a compreende pela estrutura de um conjunto de órgãos que compõem o Estado e que se vale do Estado para atingir os objetivos desejados; e,
- ii) o material (ou objetivo) que entende a administração pública como a atividade ou função administrativa exercida pelo Estado. Muitas vezes Estado e administração pública são vistos como sinônimos (MARINELA, 2014).

Este fato pode corriqueiramente e equivocadamente reduzir a análise de políticas públicas aos limites das atividades do Estado e aos conceitos mais clássicos que o definem, por exemplo, “*como um ente que atua na intermediação de interesses com vistas ao estabelecimento de uma ordem, de um bem comum*”, e/ou coletivo. Nesse sentido, o Estado relaciona-se aos aparatos organizacionais que o

estruturam, ou ao que reconhecemos como governo (MATTOS; BAPTISTA, 2016, p. 84).

No entanto, o aparato Estatal é materializado pelo governo, mas constituído por diferentes sujeitos que detém certa compreensão do mundo. Estes sujeitos são influenciados e influenciam as políticas existentes.

Nesta perspectiva, o Estado é visto como o mediador dos interesses sociais, pela expressão da cultura, dos hábitos, das práticas e do costume de distintos grupos sociais que são ou deveriam ser representados. Nesse sentido, a política social é compreendida como uma disputa de conflitos e interesses, de posições e percepções do mundo daqueles atores que nos representam. Mas, apesar de constituir-se com as ideias, conceitos e pensamentos predominantes para certo momento histórico, o que foi excluído ou omitido na construção de uma política por meio de documentos oficiais não deixa de permanecer na prática e no cotidiano das instituições (MATTOS; BAPTISTA, 2016). Isso significa que a política é cíclica assim como o Estado.

A administração pública, portanto é uma ferramenta do Estado para a provisão das políticas estabelecidas pelos atores que a constituem. É regida por princípios constitucionais que incluem a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência. Destaca-se que o 5º e último princípio – eficiência, não constava no texto constitucional original e foi inserido com a EC 19/1998, cerca de uma década após a publicação da Constituição Cidadã, por consequência da reforma do Estado e dos aspectos trazidos pela *New Public Management* (NPM).

Na atualidade, o princípio da eficiência, ou seja, do fazer mais com os recursos disponíveis, vem sendo muito discutido na área da saúde, especialmente na assistência hospitalar e no contexto deste caso, nos Hospitais de Pequeno Porte. Inúmeras evidências empíricas apontam que essas instituições consomem recursos expressivos da administração pública municipal, além da baixa resolutividade dos serviços ofertados, possui um papel indefinido na região, devido à homogeneidade de oferta, muitas vezes restritas à assistência às urgências clínicas e aos partos sem risco, características que não fortalecem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (UGÁ, LÓPEZ, 2007; SOUZA *et al*, 2020).

No Brasil, os HPP configuram-se com um importante capital simbólico³⁸ dos municípios, mantendo gestores hora reféns, hora beneficiados pela imagem política dessas instituições (SOUZA *et al.*, 2019). Nesta perspectiva, mesmo os gestores entrevistados os reconhecendo como instituições de custo muito alto, a alternativa de fechar esses hospitais não é cogitada, até porque o gestor não tem a garantia da retaguarda em outros serviços.

“Ele falou [...] de fechar o hospital, isso gera um atrito político imenso, imenso. Se o hospital não fechar por livre e espontânea vontade, qualquer político que tentar fechar aquilo ali, rapaz, (é tiro no pé), arruma uma encrenca, é a mesma coisa que você mexer numa caixa de marimbondo dentro do município, porque eles [a população] vêm para cima mesmo” (E9).

Portanto, os municípios que possuem HPP partem para estratégias que viabilizem o custo e a permanência do funcionamento destes estabelecimentos. Foi nessa perspectiva que o município desse caso, no interior do Paraná com população estimada de cerca de 5.500 habitantes (IBGE, 2020), localizado a 500 km da capital (Curitiba) e 100 km do município polo da região (Ivaiporã), estruturou o HPP municipal para a oferta de serviços da atenção especializada hospitalar, especialmente cirúrgica, aos demais municípios da região, pelo valor da AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Cabe destacar que a atenção especializada ambulatorial e hospitalar são na atualidade grande gargalos para municípios pequenos (DOMINGOS; FERRAZ; CARVALHO, 2019).

O município referente ao caso estudado tem economia essencialmente agrícola, não possui fácil acesso viário e a maior parte da população é residente na zona rural. Essas características reforçam os condicionantes relacionados ao processo de regionalização, como a questão geográfica, associada às desigualdades e diversidades territoriais do país; e à distribuição de recursos humanos e materiais, quanto às lógicas territoriais de atuação do Estado na saúde.

Por outra perspectiva, o gestor do município, chefe do executivo, acredita e se envolve nessa construção, corroborando os achados de Julião e Olivieri (2020)

* O capital simbólico pode ser entendido como um conjunto de valores sociais que se reproduzem, segundo uma série de valores construídos, a partir da cultura local, e que legitimam a dominação ideológica dentro do campo em que foram construídos, caracterizando o poder simbólico (Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Edições 70, 2011).

quanto à importância no papel e na participação dos empreendedores e burocratas políticos no processo de regionalização, para a implementação de políticas públicas.

A proposta do caso funciona da seguinte forma, o município faz a contratação de cirurgiões e anestesistas, ambos sob o regime de plantão; por meio de um contrato de programa com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) da região, o qual viabiliza o credenciamento desses profissionais. O valor ofertado pelo plantão segue a média nacional e os profissionais são contratados com metas de produção dentro de uma linha de cuidado específica; por exemplo, por plantão (12 horas) de cirurgia geral o profissional realizará algumas avaliações cirúrgicas e um número estipulado de cirurgias, considerando o tempo e os materiais disponíveis. O município assume o pagamento dos plantões e materiais. Aos municípios vizinhos fica a responsabilidade de agendar e custear a avaliação com o profissional médico, intermediada pelo CIS, além de possíveis exames complementares. Também deve transportar o paciente até a instituição, seja para avaliação ou para o procedimento cirúrgico. Todo o custo hospitalar é baseado na AIH, faturada pelo hospital que disponibiliza o serviço.

Apesar do contrato estabelecido com os profissionais acontecer por intermédio do consórcio, a iniciativa dessa organização, não partiu da região. Foi o próprio município do caso, que estruturou a oferta, baseando-se no vazio assistencial. Mas, como alternativa de também manter seu estabelecimento em funcionamento.

Segundo os gestores entrevistados ter se tornado uma referência, também o fizera assumir perante os outros municípios, a responsabilidade de aceitar casos graves que muitas vezes não eram adequadamente manejados em seus municípios de residência.

Esta organização chamou a atenção de municípios vizinhos que possuíam filas longas de espera para procedimentos cirúrgicos em algumas especialidades. Também por ser uma oportunidade de resolver demandas pendentes a um custo menor, haja vista, que os outros serviços da região, contratualizados com o Estado, não ofertam esses procedimentos pelo valor da AIH e a espera para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nas referências estabelecidas pelo ente Estadual não é sinônimo de garantia de atendimento.

“Eu sempre acreditei na micro regionalização dos municípios, porque quer queira quer não, a regionalização é formada por cidades, por municípios né [...]

quando a gente olha pra o município de cinco mil habitantes que tem uma estrutura de um hospital municipal com quase 50 leitos [...], mas que hoje recebe população dos mais variados municípios” (E1).

Percebe-se na fala do gestor que abertura do hospital à região de saúde, permeia concepções ideológicas de cooperação entre os entes, mas também é estratégica ao desenvolvimento local.

Devido ao fato do município polo ou referência para os serviços de saúde, possuir ganhos com a circulação de renda na economia local, tanto da assistência à saúde, quanto do consumo no comércio, alguns municípios vizinhos não apoiam a iniciativa, uma vez que não aceitam que um município, menor que ele, esteja protagonizando determinada atividade e ressignificando a distribuição de renda de uma região. Ou seja, a regionalização também é condicionada aos fatores redistributivos da economia e de poder, entre municípios de uma mesma região e o município polo.

Assim, a iniciativa faz parte de um projeto maior de viabilizar a estrutura hospitalar e seus gastos e definida pelo chefe do executivo municipal como *“empreendedorismo na saúde”*.

Mas, por que a opção pelo verbo viabilizar? Viabilizar significa fazer com que algo se torne viável, tornar possível. Ou seja, a estratégia deve ser compreendida como uma forma de manter o hospital aberto, em funcionamento, ao mesmo tempo em que confere ao município o título de referência para os demais municípios de outras regiões e para o nível central do Estado, conforme a fala do gestor: *“O outro foco é colocar o hospital no radar [entre os principais] prestadores da média complexidade [do Estado]” (E1).*

Esta pesquisa apresenta diferentes modelos de viabilização dos serviços de saúde. No contexto deste caso, a opção foi manter o hospital sob a gestão da administração pública direta, entre outras opções disponíveis, como diferentes formas de terceirização e privatização da unidade. Nesse sentido, quando questionados, o chefe do executivo e o diretor municipal de saúde afirmaram que um estudo prévio realizado para que uma OS assumisse a unidade, elevaria em 30%, o custo total do estabelecimento. Esta é outra evidência que pode ser inferida: os serviços regionalizados sob gestão da administração pública, tendem a ser menos custosos, pois não visam lucro, visam manutenção e o custeio destes hospitais.

“O município não quer ficar rico com o hospital, não quer tirar renda do hospital para outros serviços; eu quero financiar ele e pronto, estar à disposição do estado, estar à disposição de todos, então, é isso o foco [...]” (E1).

Na perspectiva do processo de regionalização, percebe-se neste caso que a ação foi possibilitada pelos gestores e profissionais do nível local, com apoio de demais sujeitos e instituições da região.

A iniciativa por parte dos gestores frente às necessidades locais segue o referencial de implantação da política segundo a lógica *bottom-up*. O modelo *bottom-up* ocorre quando a implementação da política pública depende em grande medida dos atores do nível de implementação, ou da burocracia do nível de rua (*street level bureaucrats*)³⁹. É entendida como um resultado das redes de decisões que se formam no nível concreto em que os atores se enfrentam para a implementação (VIANA; BAPTISTA, 2012).

No modelo *bottom-up* o processo de implementação de uma política não é visto de forma simplista, como o resultado de uma ação formulada de cima para baixo (*top-down*). Neste modelo as vivências, obstáculos e problemas identificados na implementação são resultados relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores da política. Isso significa que a implementação é fortemente influenciada por estruturas de governança regional, entendida neste contexto, enquanto regras do jogo e arranjos institucionais que darão sustentação à cooperação, coordenação e negociação entre os entes e sujeitos envolvidos (SILVA; MELO, 2000; DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Na perspectiva da coordenação, registra-se a ausência do ente Estadual, aqui representando pelo nível regional de atuação, na condução da proposta. Evidenciando em alguma medida a dificuldade deste ente em assumir a coordenação do processo de regionalização nos diferentes territórios brasileiros.

Entretanto, a iniciativa também teve a participação de outros atores regionais. Entre eles, um município a 88 km de distância, que se apresentou cooperativo à

³⁹ Michael Lipsky introduziu o conceito de “*street level bureaucrats*” (burocratas de nível de rua) no ensaio “*Toward a theory of street-level bureaucracy*” em 1969, para se referir-se ao papel e influência dos profissionais de primeira linha, intermediários entre os cidadãos e os serviços preconizados pelo Estado, recaindo sobre os mesmos os bônus ou ônus do serviço público. Neste sentido, estes profissionais possuem determinada autonomia e discricionariedade em relação à implementação de uma política, mas também, um alto grau de variabilidade e imprevisibilidade no trabalho (ALBUQUERQUE, 2017).

estratégia: *“Não tem problema eu usar o serviço do outro, ou colaborar com o outro, né, ele tá ganhando e eu também. Tá resolvendo, ótimo para nós”* (E5).

Curioso destacar que esse município elencado como cooperativo à estratégia, também possui um HPP, mas percebendo que não tinha condições estruturais de realizar os procedimentos, procurou pelos serviços ofertados no município vizinho. No entanto, espera que um dia seu hospital também possa estar remodelado para contribuir com a região e com seus munícipes. Importante destacar que esse município está a 7 km de distância do município polo da região, o que corrobora os achados de Vedana *et al.* (2017), que, ao analisar uma região de saúde, observou que a maior parte dos HPP estão próximos aos municípios polos regionais ou microrregionais. Ainda assim, o gestor acredita que pode potencializar o HPP nos moldes do município destacado nesse caso, especialmente ao considerar práticas humanizadas no atendimento.

“O que a gente tem de melhor dentro do hospital é o parto humanizado, então, assim, é muito bom a gente ouvir as puérperas dizendo: Olha como foi bom! Como foi gostoso! Então, isso é muito bom! [...] a gente tem essa ideia de estar melhorando para pequenas cirurgias, sabemos que temos uma referência muito próxima, mas seria muito melhor resolver dentro do município do que estar encaminhando [...] querendo ou não a gente vai ser números lá! E a gente aqui, é o cuidado individual, a humanização em si [...]” (E5).

Ou seja, *“O quanto a humanização do cuidado tem sido considerada no processo de regionalização?”*, quer dizer, manter ou não um serviço e reduzir custos com a assistência regionalizada e cooperativa, deve seguir apenas a lógica de concentração e de economia em escala, ou o cuidado também pode ser considerado como um condicionante deste processo? Este fato é interessante, pois evidencia que ao discutir processos de organização da rede de atenção devem-se considerar também os aspectos da atenção e cuidado.

Por outro lado, evidencia que o resultado do processo de descentralização política e administrativa dos serviços de saúde está de certa maneira engessado – sofrendo os aspectos da dependência da trajetória das políticas públicas (PIERSON, 2004), ainda que a iniciativa seja uma tentativa tímida de romper de alguma forma esse ciclo (*feedback negativo*). Ao mesmo tempo, a possibilidade desse gestor municipal considerar a reestruturação de seu estabelecimento com a oferta de outro

tipo de serviço, para que não tenha concorrência com o caso descrito, trata-se de uma proposta a ser discutida como alternativa aos HPP:

“Pensando em regionalização, hoje nós temos dezesseis municípios e oito hospitais com características de HPP, distribuídos nesses dezesseis municípios. Vamos fazer uma conta se quatro hospitais se dispusessem a fazer o que nós estamos fazendo aqui, nós não teríamos problema nenhum com a média complexidade” (E1).

Em contrapartida, outro município, identificado como não cooperativo, entende que a possibilidade de abrir seu HPP a algum serviço regional constitui-se como uma sobrecarga, que só pode acontecer se houver a entrada de recursos por outros entes, como destacado na fala: *“E aí, o município fica assumindo esse ônus [responsabilidade], né?” (E4).*

Há ainda, uma grande dificuldade do processo de regionalização, voltada à contrapartida de recursos financeiros entre entes municipais. Mesmo que a legislação permita a transferência de recursos entre entes municipais, por meio do PCEP (BRASIL, 2010b), essa prática ainda não foi institucionalizada nos serviços de saúde, especialmente nas regiões formadas por municípios de pequeno porte. Essa característica reforça os Consórcios como ferramentas adequadas para este tipo de relação contratual; questão que será aprofundada na seção específica desta modalidade de contrato.

As razões para que um município não coopere estão relacionadas a múltiplos aspectos, desde políticos aos geográficos, mas particularmente, é determinada pela relação entre atores de governo das instituições envolvidas e pela pressão que estes podem sofrer de outros atores de mercado. Isso mostra que prevalecem, em detrimento à integralidade da assistência à saúde da população usuária, os conflitos entre atores e sujeitos que participam deste processo.

Retornando a discussão do caso, deve-se destacar que a maior parte dos municípios da região não são os gestores do teto da média e alta complexidade, bem como o fato de alguns HPP estarem inseridos no custeio de teto definido pela Portaria MS/GM n.º 1044/2004.

Atualmente considera-se um HPP o hospital com até 50 leitos, no entanto, a Portaria 1044 que institui a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte considerou os que continuam entre 5 e 30 leitos. De forma geral, as evidências internacionais apontam que os estabelecimentos hospitalares devem ter acima de

100 leitos para atuarem contra a deseconomia de escala, apontando assim que o HPP não é uma recomendação internacional. No Brasil os HPP são fruto da municipalização autárquica e desordenada, caracterizada sob a base da política partidária eleitoreira e do assistencialismo, além disso, distancia-se do modelo hospitalar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adequado para a composição efetiva de uma RAS (BRASIL, 2004b; MENDES, 2019).

Os hospitais contemplados na Portaria MS/GM n.º 1044/2004 não recebem por produção, mas um por um teto mínimo estabelecido não inferior a R\$ 10.000,00 mensais, na qual uma parte é a produção (AIH) e a outra parte complemento do ente estadual, se necessário. À época de sua publicação 59 HPP no estado do Paraná aderiram à política (Deliberação SESA n.º 12/2005); na macrorregião norte foram 21, o que corresponderia na atualidade a 19% do total de estabelecimentos dessa região.

Segundo Mendes (2019) a adesão dos gestores do SUS e dos HPP à Portaria n.º 1044/2004 foi baixa e na prática *constitui letra morta*, principalmente por tentar resolver um problema complexo por meio de uma normativa distante da realidade, ao propor que os HPP devessem operar com uma taxa de ocupação de 80% e com uma média de permanência de quatro dias.

Araújo e Pontes (2017) afirmam que a maioria dos HPP estão localizados nos pequenos e nos municípios mais pobres e apresentam baixos resultados sanitários quando comparados aos hospitais de maior porte. Os autores consideram que a racionalização desses estabelecimentos no Brasil representaria valores equivalentes a 0,03% do PIB.

Importante também mencionar que a política nacional dos HPP não é atualizada pelo governo federal por mais de 15 anos, ou seja, estes estabelecimentos estão no limbo do processo de contratualização, o que gera segundo Mendes (2019) insegurança para a sustentabilidade financeira desses hospitais. Na região pesquisada, essas instituições estão sob gestão estadual e são prioritariamente vinculadas à administração pública direta municipal, salvo exceções de alguns HPP filantrópicos e de natureza privada lucrativa.

Por meio das entrevistas realizadas, o custo médio desses estabelecimentos pode oscilar, mas em geral, os gestores referiram cerca de R\$ 150.000,00 a R\$ 400.000,00 em despesas, vinculadas ao tesouro municipal, a depender do número de leitos, o que está gerando o endividamento desses estabelecimentos ou do

município. A contrapartida federal aos hospitais vinculados à Política Nacional de HPP é insuficiente, representando cerca de R\$ 10.000,00.

Por já custearem esses estabelecimentos 24 horas por dia, com plantões médicos, suplementos, equipe multiprofissional, entre outros; os gestores referem que os custos de os manter são os mesmos que teriam com um Pronto Atendimento, por exemplo.

Nessa perspectiva, os municípios têm-se voltado à adoção de distintas⁴⁰ estratégias para a manutenção desses estabelecimentos. As entrevistas revelaram desde a terceirização de serviços e terceirização da força de trabalho à pejetização.

Um estudo transversal à pesquisa, realizado durante a coleta de dados e no contexto da pandemia, sobre a modalidade de contratação por pejetização na macrorregião norte, demonstra o crescimento deste modelo de vinculação de força de trabalho em saúde em comparação aos demais tipos com vínculo empregatício entre os anos de 2015 e 2020, por meio de dados secundários (Tabwin). Enquanto o incremento proporcional de trabalhadores com vínculo empregatício (estatuário, emprego público, celetista) foi de 16% na região pesquisada e de 18% no estado do Paraná, a modalidade de pejetização atingiu incremento de 66% na região e 80% no estado (SILVA; CARVALHO; SANTINI, 2020). As justificativas para esse aumento estão relacionadas às mudanças recentes na Reforma Trabalhista (2017) e seus resultados voltados à precarização de vínculos de trabalho e fraude na administração pública. O artigo completo encontra-se no anexo ([Artigo 2](#)) desse trabalho.

Retornando a discussão do caso, assim como os exemplos citados, é o município quem custeia a maior parte das despesas desses estabelecimentos, com o município desse caso não é diferente, assim, assume os custos da oferta de serviços regionalizados com recursos próprios.

Embora, essa oferta colabore para a regionalização da atenção na região, sua organização foi realizada de forma individualizada, desconsiderando outros atores políticos e o processo de governança. Também não foi discutida nas instâncias de

⁴⁰ Por exemplo, o município polo da região mencionada no caso, utilizou-se da terceirização da mão de obra, com estratégia para a viabilidade de um HPP. Proibido pelo Ministério Público (MP) em renovar pela terceira vez consecutiva um Processo Seletivo Simplificado (PSS), o município tinha as seguintes opções: realizar concurso público para os cargos da instituição ou buscar no terceiro setor alternativa para tal. A encontrada foi o credenciamento de empresas para assumirem as atividades meio e fim deste estabelecimento. No entanto, o processo de terceirização acoberta a verdadeira modalidade utilizada – a “pejetização”.

pactuação regional e não possibilitou a participação e a mudança na lógica de serviços dos demais HPP.

“Aí esse grupo de gestores não se comunicam, não conversam, não se fortalecem, não se veem enquanto região, cada um por si, Deus por todos, porque eles querem garantir o acesso e resolver o problema dele. Então assim, se não tiver a coordenação da rede de cuidado e de atenção dentro da região, cada um vai tentar se resolver” (E10).

Assim, no contexto da organização regional e no âmbito dos serviços da atenção ambulatorial e hospitalar especializada, advoga-se a favor da possibilidade de políticas públicas que contemplem a micro regionalização hospitalar e o fortalecimento da APS, com ampla discussão desses tópicos, envolvendo gestores, profissionais e usuários.

A micro regionalização hospitalar passa pela definição da carta de serviços, da missão e/ou do papel do HPP neste território, assim como, defende a *démarche*⁴¹ estratégica, metodologia de gestão hospitalar do norte da França, que propõe definir de forma racional a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados de saúde, enquanto uma organização proativa, centrada sobre o exterior. Isto significa que a definição da missão terá que ser negociada com o ambiente externo institucional (incluindo os outros hospitais da área). Desta maneira, significa ser proativo à capacidade de atuar dinamicamente sobre o ambiente (URIBE RIVERA, 1997).

Nesta perspectiva, a carteira ou carta de serviços é uma importante ferramenta para organização das ações e serviços de saúde a serem ofertados em determinada rede ou estabelecimento de saúde. É utilizada em diferentes sistemas de saúde da Europa e no Brasil tem-se apresentado como estratégia que visa, entre outras, definir e nortear o rol de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) sob responsabilidade de unidades de diferentes níveis de atenção e complexidade, estabelecendo compromissos e expectativas (VILLALBÍ *et al.*, 2003).

Na organização da Rede de Atenção (RAS) constitui-se como estratégia que colabora na definição dos papéis dos diferentes pontos de atenção de um mesmo território, por apresentar os procedimentos e os serviços ofertados nesse ambiente

⁴¹ Segundo Uribe Rivera (1997) o termo *démarche* significa processo, trâmite, gestão, gestão estratégica, e enfoque de elaboração do projeto de estabelecimento (ou projeto médico) do Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, Norte da França.

de cuidado (CUNHA *et al.*, 2020). Na perspectiva da atenção à saúde, colabora, sobretudo, com a redução da sobreposição de oferta de serviços de uma mesma região ou microrregião de saúde.

Para que de fato se apresente como uma ferramenta que auxilie na definição de ações e serviços ofertados em determinado território deve considerar: *i*) as especificidades do território e da rede de serviços da qual está inserida; *ii*) os diagnósticos realizados que apresentem as demandas reprimidas casadas às necessidades regionais; *iii*) os vazios assistenciais; e, *iv*) as possibilidades de oferta, quanto aos equipamentos, materiais, profissionais e tecnologias disponíveis.

Ainda que na APS a Carteira de Serviços seja utilizada para sistematizar as ações, procedimentos e serviços disponibilizados por toda a rede nacional (VILLALBÍ *et al.*, 2003); em outros níveis de assistência devem estar pautadas quanto aos princípios que regem a regionalização e à busca pela integralidade do cuidado. No entanto, não é o que muitas vezes se observa na organização das redes, especialmente na assistência hospitalar, e, sobretudo, nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

Uma alternativa que vem sendo discutida para a viabilidade dessas instituições são as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com o propósito da assistência e reabilitação de pacientes crônicos, como já ocorre no Hospital de Caridade Dona Darcy Vargas, instituição filantrópica localizada no interior do Paraná, com 56 leitos no total, 22 (39%) estão cadastrados como leitos de atendimento aos crônicos (SCNES, 2020), atualmente referência para seis regiões de saúde do estado.

Portanto, na perspectiva da regionalização, a implantação de novos serviços e ou a reestruturação de políticas que visem apoiar a assistência hospitalar devem prioritariamente considerar os movimentos ascendentes de planejamento micro e macrorregional e seus resultados – desafios, potencialidades e necessidades de oferta e de gestão, sob o protagonismo dos municípios assistidos.

Para tal, é sugerido o resgate dessa discussão em nível microrregional, local e regional, com a implementação de comissão colegiada ou a utilização de comissão já instituída, podendo lançar mão de desenhos de rede e matriz que adote além dos serviços que devem ser ofertados, os custos e a forma de gestão. A comissão deve considerar a realidade local e aprofundar a discussão de cada região por meio dos

diagnósticos já elencados no Planejamento Regional Integrado – PRI (BRASIL, 2017), fortalecendo a governança e o processo de regionalização.

Nesse sentido, cabe ressaltar que cerca de 70% dos municípios brasileiros são de pequeno porte, ou seja, possuem até 50.000 habitantes. No estado do Paraná este índice corresponde a 92% dos municípios e na região pesquisada 95% (IBGE, 2010). Cabe mencionar também, que pesquisas empíricas realizadas em regiões formadas por municípios pequenos constataam nesses territórios, grande fragilidade para a oferta de ASPS na atenção ambulatorial e hospitalar especializada (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018).

Sendo assim, faz-se necessário, repensar o papel dos HPP e dos novos hospitais regionais do estado, bem como dos que já constituem essa rede, em face das situações apresentadas, pois ainda que os hospitais regionais se localizem em municípios polo e/ou de porte médio e grande, as regiões a serem beneficiadas por essas instituições são constituídas por municípios pequenos.

Nesta perspectiva, a Carta de Serviços apresenta-se como uma potente ferramenta para a garantia da integralidade da assistência, além de contribuir para a avaliação contínua dos estabelecimentos (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017). Essa estratégia deve ser combinada com outras ferramentas de gestão e governança, principalmente quanto à definição de referências concretas para atendimento de demandas municipais aliadas ao financiamento tripartite. Ainda que esta estratégia não resolva fundamentalmente o problema de economia em escala.

Em 2014 o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) apresentou uma proposta ao Ministério da Saúde para reorganização da política de contratualização dos HPP (públicos e privados sem fins lucrativos), que possuíam entre 20 e 49 leitos. A proposta de contratualização estava baseada nas regras da PNHOSP e com financiamento tripartite. Segundo a Nota Técnica n.º 12/2014 do CONASS, que propõe a política, havia no Brasil 1880 estabelecimentos com as características mencionadas, no Paraná 137, correspondente a 7,3% do total (BRASIL, 2014b). No entanto, a discussão não avançou no campo federal.

A análise do caso desta seção também demonstrou que a proposta de atendimento regionalizado só pôde ser implementada alguns anos após a estruturação e fortalecimento da APS do município caso (com a redução de internações por causas sensíveis) e à reforma e ampliação do estabelecimento hospitalar, possibilitada por emendas parlamentares. Esses dados evidenciam o

quanto a organização e resolutividade local da APS foram determinantes para a estratégia de oferta de serviços à região, o que caracteriza como um projeto de longo prazo e devidamente planejado pela gestão local.

Nesse aspecto, Viana *et al.* (2018), por meio de revisão internacional de literatura, chama a atenção que a aposta exclusiva na APS para a regionalização e a formação de redes, não se mostra efetiva, pelo menos da forma que é ofertada no Brasil, atualmente por meio de dois modelos: Estratégia Saúde da Família – ESF, ou Equipe de Atenção Primária – eAP (BRASIL, 2019d). Baseadas nas experiências internacionais, as autoras defendem modelos variados de acesso à APS, além da necessidade da ampliação da concepção de redes: da forma clássica – redes de serviços; para redes complexas, multiescalares e intersetoriais, com a centralidade nas necessidades sociais, populacionais e individuais, derivadas da integralidade, dos direitos humanos e sociais.

Soma-se aos fatos mencionados, que na percepção dos gestores entrevistados, os usuários de seus municípios preferem ser atendidos na atenção especializada ambulatorial e hospitalar do que na APS. Sabe-se das questões culturais e do modelo de atenção envolvido nesse processo. Também da pressão de usuários e o uso de práticas clientelistas para a oferta de procedimentos diagnósticos, bem como de contratos privados e paralelos para tal (SILVA, 2018).

Tais aspectos estão pautados na fala do entrevistado, que mostra evidências que a necessidade do gestor resolver a demanda que “bate à sua porta” é superior à questão contratual:

“Então o gestor de MPP sozinho com uma demanda que bate na porta, na casa dele, literalmente bate, porque a população vai na porta da casa dele pedir. E aí o que ocorre, simplesmente ocorre que ele dá um jeito de tentar resolver [contrata], porque ele não tem essa demanda [para ser] atendida”.

Em contrapartida, entende-se que APS e AE são mutuamente dependentes, uma vez que não há como falar da resolutividade da atenção primária sem a retaguarda da AE, que no âmbito dessa pesquisa relacionam-se também com as formas de contratualização da AE ou a ausência dela.

Ocorre que os usuários procuram diretamente os serviços hospitalares e Pronto Atendimentos, pois entendem que sua demanda será resolvida nestes pontos de atenção, além disso, buscam também por consultas especializadas e procedimentos de média complexidade.

Nesse aspecto questiona-se se as políticas de saúde, em especial a regionalização, têm considerado as necessidades e as demandas da população? E ainda, como enfrentar as fragilidades na regulação (do acesso, da atenção e do sistema), para que de fato a APS possa assumir certo protagonismo como ordenadora e orientadora do cuidado.

Viana *et al.* (2018) trazem três questões importantes para essa discussão. A primeira afirma que na ausência de uma APS robusta, capaz de regular a atenção, essa será feita pelo próprio usuário, ao criar maneiras de acessar os serviços de saúde, que desafiam a racionalidade dos fluxos do próprio sistema. Outro aspecto trazido pelas autoras é que municípios pequenos dificilmente conseguirão ofertar a regulação e o cuidado suficiente para a população usuária sem acessar os serviços de escalas regionais. E uma terceira questão é a constatação de pesquisas que mostram que os usuários não seguem os itinerários terapêuticos definidos pelos fluxos regulatórios.

Esses fatos colaboram com o entendimento que não há como pensar em processos regionalizados de atenção à saúde sem incorporá-los ao modelo de atenção proposto para a APS, principalmente por sua relação com outros pontos de atenção, em especial os HPP no contexto da região pesquisada.

Nesse sentido, baseados no objetivo geral da pesquisa e do caso discutido e suas ramificações, observa-se que os HPP podem ser estabelecimentos potentes ao processo de regionalização, particularmente no de micro regionalização. Para tal, verifica-se a necessidade de uma nova missão a estes estabelecimentos, além de uma nova forma de contratualização dessas unidades. No formato atual, salvo algumas exceções, os HPP não contribuem para o processo de regionalização. Além de problemas financeiros e sanitários (muitos funcionam sem licença sanitária) ofertam sobreposição de procedimentos e muitas vezes, competem com os serviços das UBS do território. Por outro lado, possuem acúmulo de capital simbólico e político e é a única porta aberta 24 horas para a retaguarda ambulatorial e de urgência de municípios distantes.

Assim, para que de fato assumam seu papel na RAS, se exigirá dos gestores, intenso movimento de planejamento e governança para alternativas que contemplem as necessidades regionais, as quais permearão também outras modalidades contratuais.

6.3 O CASO DOS HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS

6.3.1 Os Filantrópicos

O segundo caso a ser apresentado é uma análise referente a três instituições hospitalares sem fins lucrativos de municípios de pequeno porte (MPP). Partiu-se de um município da 18ª RS, onde a instituição hospitalar é referência microrregional e foram analisados também outros dois estabelecimentos que recentemente mudaram sua natureza jurídica para “entidade sem fins lucrativos”, um acima de 50 leitos localizado na 16ª RS e um HPP na 22ª RS.

A primeira instituição analisada está situada na 18ª RS. Considerando aspectos demográficos esse estabelecimento está alocado no segundo maior município desta região. É a única instituição de referência, porta aberta para a microrregião de saúde. Exerce atividades ambulatoriais e clínicas de longa data e possui a denominação de “Santa Casa”.

A história das Santas Casas se mistura à história da saúde pública no Brasil, devido à relação dessas instituições com a criação dos primeiros hospitais do país e com a formação de profissionais dos cursos de medicina e enfermagem. Anteriormente, eram mantidas essencialmente por doações da comunidade e atuavam por intermédio da igreja católica. Atualmente compõem o rol de instituições consideradas como filantrópicas.

A filantropia no Brasil data de 1942 por meio da criação do Conselho Nacional de Serviço Social e da Legião Brasileira de Assistência, no governo Vargas. Na década de 1960, mais precisamente em 1967 com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) essas instituições passaram a estabelecer relações de contrato com o governo, prática institucionalizada até a presente data.

Com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), as instituições filantrópicas integraram o Sistema Único da Assistência Social (SUAS - Lei n.º 8742/1993), como instituições que prestam, sem fins lucrativos, atendimento, assessoramento e atuam na defesa e garantia dos direitos dos beneficiários do SUAS (GHILARDI, CERETTA, 2004).

Atualmente, consideram-se os critérios estabelecidos pela Lei n.º 12.101/2009, para a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). Um deles é manter o percentual mínimo de 60% dos serviços hospitalares

destinados ao atendimento público (Lei 12.868/13). Enquanto o CEBAS estiver vigente, as instituições certificadas têm isenção fiscal e previdenciária⁴². A isenção social está prevista no art. 195 § 7º da Constituição: “São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei” (BRASIL, 1988, p. 118).

Observou-se na região de pesquisa, instituições hospitalares que desde sua criação, são genuinamente filantrópicas. Essas instituições serão denominadas para os fins da pesquisa, como “*filantrópico puro*”; e instituições privadas que em anos recentes solicitaram a alteração de sua natureza jurídica privada para entidades sem fins lucrativos. A partir da análise das entrevistas as denominaremos como “*filantrópico privado*”, ambas possuem no SCNES a caracterização de Associação Privada.

As associações, institutos e/ou fundações privadas são entidades de direito privado, constituídas pela união de pessoas que se organizam para fins não econômicos, com registro de seu estatuto social, de sua ata de constituição e eleição da primeira diretoria, no Cartório de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas. São regidas pelos capítulos 53 ao 61 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002c).

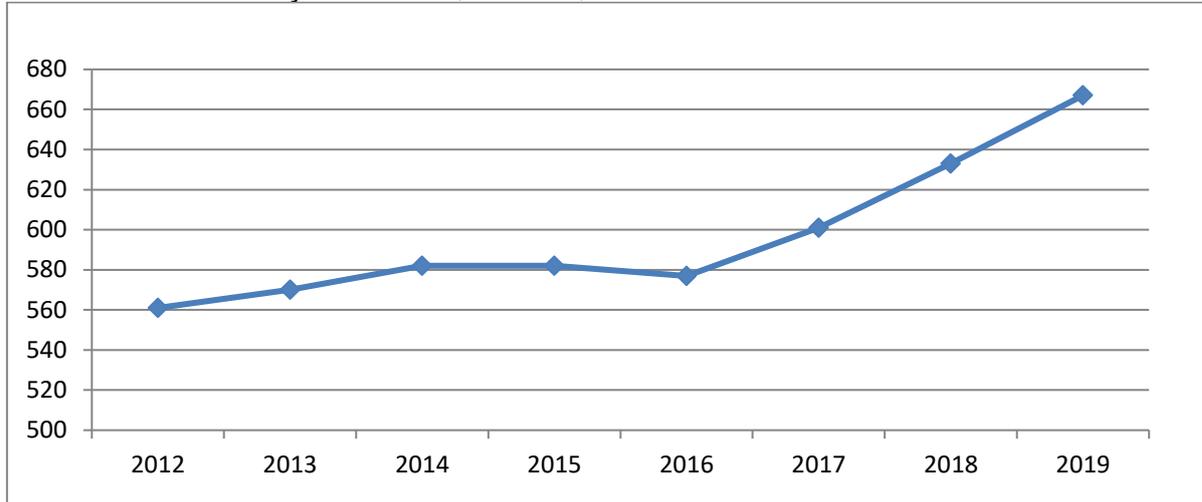
No Paraná observou-se um aumento de 20% das Associações Privadas (Gráfico 3) entre os anos de 2012 (início da política estadual de apoio aos hospitais filantrópicos – HOSPSUS) e 2019, a partir da busca de dados secundários do SCNES. Tal fato pode estar associado à alteração da natureza jurídica de hospitais privados com vistas à possibilidade de estabelecer convênio com ente estadual, e como estratégia para sua manutenção, devido à perspectiva do CEBAS e das isenções previstas em lei.

Por meio do levantamento de dados do CNES, observou-se também,

⁴² O direito à isenção abrange as seguintes contribuições: I – 20% (vinte por cento), destinadas à Previdência Social, incidentes sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados, trabalhadores avulsos e contribuintes individuais (autônomos) que prestem serviços à entidade; II – 1%, 2% ou 3% destinadas ao financiamento de aposentadorias especiais e de benefícios decorrentes dos riscos ambientais do trabalho, incidentes sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos que prestem serviços à entidade; III – 15% (quinze por cento), destinadas à Previdência Social, incidentes sobre o valor bruto da nota fiscal ou fatura de serviços prestados por cooperados por intermédio de cooperativas de trabalho; IV – contribuição incidente sobre o lucro líquido (CSLL), destinada à seguridade social; V – COFINS incidente sobre o faturamento, destinada à seguridade social; VI – PIS/Pasep incidente sobre a receita bruta, destinada à seguridade social.

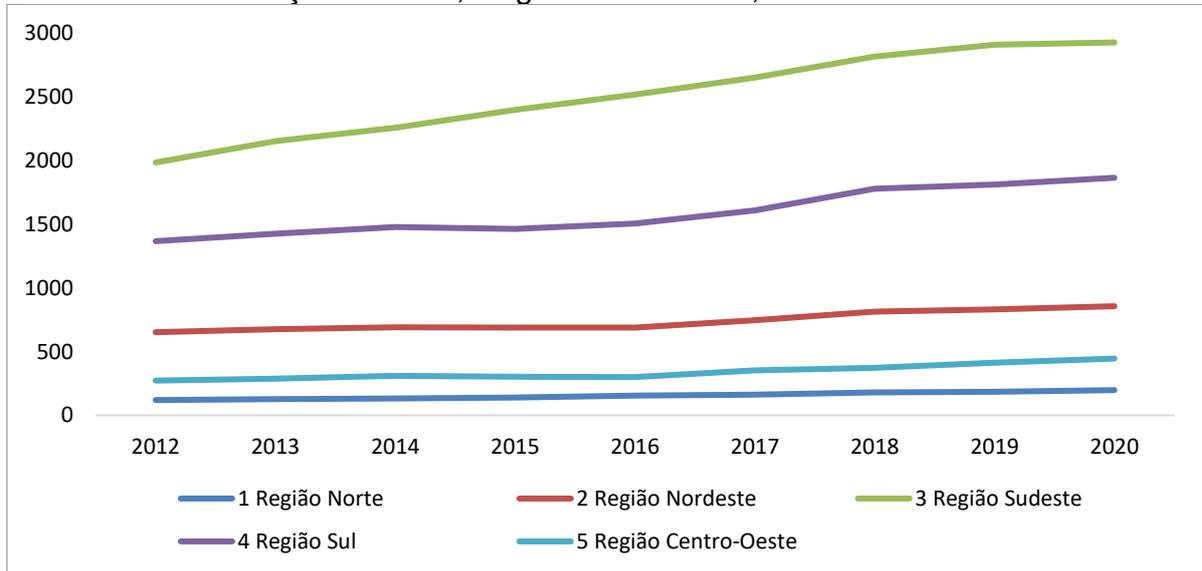
aumento das instituições com natureza jurídica inscritas como Associações Privadas em todas as regiões brasileiras (Gráfico 4), com destaque para as regiões sudeste e sul do país.

Gráfico 3 – Associação Privada, Paraná, 2012-2019.



Fonte: SCNES (2019).

Gráfico 4 – Associação Privada, Regiões Brasileiras, 2012-2020.



Fonte: SCNES (2020).

Na região pesquisada, as instituições filantrópicas correspondem a 36% dos estabelecimentos hospitalares, no Paraná esse índice é de 37% (PARANÁ, 2020a). No Brasil são responsáveis por expressiva parcela dos prestadores da atenção especializada ambulatorial e hospitalar (LIMA *et al.*, 2019). Pesquisas anteriores

indicam que em torno de 1/3 das instituições hospitalares brasileiras são filantrópicas, em sua maioria o único estabelecimento hospitalar do município, e predominante nos pequenos (GERSCHMAN *et al.*, 2003; PORTELA *et al.*, 2004).

A categorização desses estabelecimentos em “*filantrópico puro*” ou “*filantrópico-privado*” foi baseada na análise das entrevistas, por meio dos seguintes aspectos:

- a) O *filantrópico puro* traduz a instituição que foi concebida com essa missão. Aparentemente sua inserção regional é maior. E apesar da natureza jurídica privada, as características de assistência aos usuários assemelham-se aos hospitais públicos, quanto a não escolha de demanda e apresentarem-se como porta aberta, salvo exceções de formatação da rede;
- b) Por outro lado, o *filantrópico privado* mantém todas ou quase todas as características do estabelecimento privado anterior. Os antigos donos dos hospitais permanecem na diretoria e assumem a presidência da associação, por isso essas instituições também são reconhecidas como o *filantrópico com dono*. Além disso, recolhem o aluguel dos imóveis e a instituição beneficia-se pelas isenções legais.

“Não [mudou] nada [...] continua do mesmo jeito, só tem lá ‘Associação Mais Saúde’, o que mudou foi o nome mesmo” (E9).

“Nenhum benefício [para o município], do mesmo jeito. Para nós o que mudou foi o CNPJ” (E14).

“Quando a gente passou para Fundação, população não percebeu isso, tem muita gente que não sabe, não conhece isso, mas também, também não ia mudar nada em relação [ao período anterior] [...]” (E8).

Vale destacar que algumas instituições filantrópicas “puras”, como Santas Casas, pertencem a um mesmo grupo de prestadores e são mantidas por um mesmo mantenedor, inclusive com configurações híbridas, que incluem também empresas privadas e filantrópicas (SCNES, 2020). Outro aspecto que chama atenção é o caráter político relacionado às instituições filantrópicas no campo micro e do macro contexto.

No micro contexto as instituições dependem de incentivos políticos e financeiros para desenvolver suas atividades. Esses incentivos dependem da

relação política do estabelecimento com os gestores do território, estaduais ou municipais.

No caso mencionado, segundo o entrevistado, o maior desafio da instituição é ficar dependente de apoio político para se manter. Os recursos financeiros transferidos pelo estado, ente responsável pela gestão do teto da MAC, são insuficientes, embora a instituição tenha contrato de gestão e metas desde 2007. Este aspecto obriga o prestador a recorrer a outras fontes de recursos, como emendas parlamentares e doações.

O aspecto político também foi colocado pelos técnicos regionais, responsáveis pelo monitoramento de metas, como um dos principais desafios a serem superados na contratualização com as instituições filantrópicas:

“Desafio político. A política acaba influenciando e prejudicando muito o serviço. Para nós do setor de avaliação acaba prejudicando, mas a política também ajuda muito os municípios, vamos dizer assim né, a influência política. Mas no meu ponto de vista, como monitoramento e avaliadora desses serviços, eu acho que prejudica bastante” (E14).

No sentido de apoio, o aspecto político caracteriza-se por benefícios entre o gestor e o prestador, mas depende em grande medida da inserção política partidária da instituição no contexto local.

“A Santa Casa não é uma instituição política, eles não têm tanta força política, então a cobrança é muito maior inclusive em cima deles, do que de outros serviços, que você até acaba fazendo avaliação, acaba fazendo monitoramento, mas nem sempre, na verdade termina em nada, entendeu, eles não cumprem, fica por isso mesmo, a força política acaba passando por cima de você” (E14).

Outro aspecto mencionado pelos técnicos é o incipiente monitoramento dos contratos, especialmente dos estabelecimentos com teto de produção físico-orçamentário: *“Olha, os dois [tipos de contrato] na verdade é bem complicadinho de acompanhar, porque os que fazem por produção você não consegue tá ali o tempo todo, você nem tem perna para acompanhar toda aquela produção, nem sempre o paciente é real, existem muitas AIH fantasmas por aí e aí nos dois sentidos é difícil de você acompanhar. Como a gente não tem perna para ir fazer essa auditoria em todos os locais, o que a gente precisa é que realmente as pessoas que têm algum problema com os serviços venha e denuncie para gente, [no entanto] muita gente tem medo de fazer essas denúncias, até falam para gente, mas não querem colocar*

no papel, não querem formalizar [...]. Praticamente todas as denúncias que a gente teve aqui foi o médico tentando cobrar separado do paciente entendeu” (E14).

E ainda o desafio do gestor do contrato estar alocado em um território e o serviço em outro: *“Como é que eu vou lá na sua casa dar ordens pra sua empregada. Não dá né, quem paga ela é você. Não tem como eu chegar lá e falar é assim que tem que ser e nem você vir aqui dar ordens pra mim, então, às vezes, você tá com a empregada emprestada que tá no seu município né, [mas o contrato com ela] é do estado, ele é de gestão do estado [...], [ou seja] o secretário está aqui, o paciente tá aqui, a necessidade tá aqui, mas o patrão tá lá em Curitiba” (E15).*

Na análise da instituição hospitalar situada na 16ªRS, o hospital privado mudou a razão social para sem fins lucrativos, possivelmente apoiada pelo gestor do contrato (sob responsabilidade estadual). Esse apoio pode ocorrer devido a muitos aspectos, como a necessidade de oferta local ou microrregional, dentre outros relacionados à demanda, mas também devido à relação política partidária de grupos e famílias médicas tradicionais com governantes do estado, inclusive, pelo fato do município ser berço de boa parte do alto escalão do governo estadual.

Neste caso além do contrato com o estado por teto físico-financeiro, foi estabelecido também um convênio com o município por meio de um termo de parceria e fomento instituído por lei municipal. O estabelecimento, ainda, possui contrato com o consórcio regional e atua como referência para cirurgias eletivas de campanha aos municípios de outra região de saúde, relativamente distantes de seu território, o que pode estar relacionado a uma estratégia do gestor para amenizar um possível conflito com os demais prestadores dessa região de saúde, ao mesmo tempo em que garante determinada demanda e produção a essa instituição.

“[O município] faz um termo de fomento para manter esse hospital e aí tem a questão das relações políticas também né. O estado coloca um pouco de dinheiro [...] só que não atende a necessidade, acaba o município fazendo essa complementação. A verdade é única, qual o prefeito ou gestor que é louco de não fazer um contrato desses? Fato consumado”.

Quanto à questão jurídica, o convênio estabelecido entre o município e o estabelecimento hospitalar é considerado um contrato paralelo, o que o torna ilegal na prática.

O contrato paralelo com ente municipal, não foi mencionado nas entrevistas com o prestador da 18ªRS ou *filantrópico puro*. No entanto, os dois estabelecimentos

investigados e caracterizados como *filantrópicos privados* mantinham duplicidade contratual com os municípios de seu território e até o momento de coleta de dados ambos estavam aguardando o deferimento do CEBAS.

No caso do HPP, pertencente ao território da 22ª RS, o contrato com o município adequa-se a viabilidade da instituição: *“Esse contrato que temos com o município, ele passou ser ao contrário do que a gente vê [...] [é baseado] no que a gente precisa de recurso para não fechar, então vamos tentar trabalhar nisso aí, vê se o município consegue chegar lá [...]”* (E8).

Por ser a única instituição hospitalar do município é o prestador quem define o valor do contrato para que permaneça com os atendimentos. Nesse aspecto, observa-se grande dependência da gestão municipal, quer seja para assistência e retaguarda ambulatorial, como também, pela relação política com o estabelecimento, pois nesse caso, um dos membros da diretoria do hospital e antigo dono, também é o vice-prefeito.

Atualmente, o HPP de 19 leitos que até 2017 era privado, é um ponto de atenção para a rede de urgência e emergência, mas só executa atendimentos básicos, faz a retaguarda ambulatorial e clínica do município nos períodos em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão fechadas e é o responsável pelo atendimento de gestante em risco habitual deste município e de outro vizinho.

Ocorre que além de paralelo, o contrato executado com o município da qual a instituição pertence, encontra-se extremamente oneroso para o erário público: *“Porque o recurso [do] município é limitado [...] a gente não tem tanta arrecadação, a gente não tem empresas que gerem fundos para o município [...]”* (E9).

Ainda que seja ilegal, o gestor permanece contratualizando o prestador, mesmo sabendo que a capacidade instalada é limitada e que não atende, por exemplo, à demanda de procedimentos cirúrgicos. Mas, devido à ausência de alternativas regionais e por pressão política local, o contrato do tipo administrativo – credenciamento por inexigibilidade e pago por produção é renovado anualmente: *“[...] nós estamos com uma faca de dois gumes, não sabe se acende a vela para Deus ou pro capeta”* (E9).

Percebe-se que a abrangência dos contratos, especialmente dos hospitais *filantrópicos particulares*, dos casos investigados, tem cunho muito individual e geralmente atendem somente o município do território. Não estão organizados em rede de atenção e não se abrem às necessidades regionais. Nesse aspecto, pontua-

se também a fragilidade das instâncias de pactuação, quanto à contratualização e regionalização dos serviços e o incipiente trabalho de formação dos gestores para tal, uma vez que as relações contratuais com estes prestadores são contínuas.

Assim, considerando que o problema apresentado não é novo, e, portanto, amplamente reconhecido pela instância municipal e estadual, observam-se poucos esforços quanto às medidas de enfrentamento aos desafios destacados, principalmente porque sozinhos os municípios pequenos não conseguirão ou não priorizarão encontrar opções para tal.

Reforçando essa questão, um dos entrevistados menciona a imaturidade das equipes gestoras para o desenvolvimento de alternativas regionais no que diz respeito à contratualização hospitalar: “[...] os gestores não têm empoderamento ainda, para se posicionar enquanto região [...] passou da hora de amadurecer a gestão municipal” (E10). Dessa forma, questiona-se a quem essa responsabilidade recai?

Tal aspecto pode ser discutido pelo ponto de vista dos desafios da regionalização, em fazer com que esses problemas façam sentido, afetem aos gestores envolvidos e a partir desse ponto os façam estabelecer diagnósticos e planejamento de contratualização regional (MENDES; LOUVISON, 2015). Ao mesmo tempo em que se mostram como o resultado da ênfase dada às políticas anteriores de descentralização e revelam uma rigidez institucional quanto à perspectiva de mudanças dessa política (PIERSON, 2004), se soma à fragmentação do papel do ente estadual nesse contexto (MENICUCCI, 2014), embora politicamente muito envolvido nas questões relacionadas aos contratos.

Quanto à relação política contratual em nível local, pode-se destacar que o ente estadual determina que muitos contratos sejam executados e discutidos diretamente com o nível central: “[...] é direto com a SESA, a contratualização deles é direto lá. Muitas vezes nem passa pela regional” (E14).

“Para a regional o contrato já vem pronto, então a gente não participa da elaboração, a gente não consegue mudar nada, só consegue segui-lo, é o cumpra-se sabe e avaliar na medida do possível. O que é complicado, porque às vezes [se a gente] conseguisse participar um pouco mais elaboração do contrato, talvez a gente conseguisse escrever melhor alguns compromissos [...]” (E22).

Evidencia-se assim, uma contradição, pois o ente estadual deveria orientar os processos de regionalização e ao centralizar a negociação dos contratos, não fortalece esse aspecto em nível regional.

Já no âmbito do macro contexto, a relação política dos estabelecimentos filantrópicos está relacionada ao favorecimento observado por emendas parlamentares e da bancada de congressistas que atuam a favor dos interesses de grandes grupos de entidades filantrópicas (STEVANIN, 2015).

No entanto, nos casos mencionados, o gerenciamento das emendas e de suas propostas não estão vinculados aos fundos municipais de saúde (FMS) devido à categoria de gestão assumida por esses municípios. Dessa forma, nem eles e sequer a região detêm controle dos valores repassados aos prestadores, aspecto que demonstra a condição de caráter privado dessas instituições, já que em tese, o recurso é destinado à execução de ações e serviços públicos de saúde e deveria estar vinculado à anuência e pactuação na CIR. Outro detalhe importante é que o recebimento do recurso de emenda também está condicionado à influência dos atores desses estabelecimentos junto aos parlamentares.

A ausência de transparência financeira e administrativa dos recursos públicos e privados é um aspecto que ao não ser relativizado, impõe aos estabelecimentos sem fins lucrativos, uma designação pejorativa de sua natureza jurídica, que os denominam como hospitais “*filantrópicos*”, ou seja, angariam recursos públicos utilizando de sua natureza jurídica, que nem sempre serão utilizados em benefícios sociais, além disso, comportam-se como uma instituição essencialmente privada. É importante destacar que algumas instituições filantrópicas atuam também como gerentes de planos privados no âmbito do sistema suplementar.

“Eu acho que esse conceito de filantropia hoje está complicado, eu trabalhei no [...] durante um tempo e te digo: é o hospital que mais envergonha a filantropia, eu tenho vergonha disso” (E21).

Quanto aos aspectos contratuais, as três instituições analisadas estão sob gestão do estado, e, portanto o instrumento contratual utilizado é o PCEP. Dois estabelecimentos são pagos pela produção executada, ou seja, o teto físico financeiro e um possui contrato de metas, com transferência de recursos baseado em um componente fixo e outro variável, uma vez que aderiu à política de incentivos à contratualização hospitalar (IAC). Dessa forma, o contrato é estabelecido a partir das regras da PNHOSP, que compreendem também avaliações do componente

ambulatorial. Além disso, o hospital estabelece convênio (HOSPSUS) com o estado para as redes temáticas, principalmente para a materna infantil, que igualmente se baseia no alcance de metas para a transferência de 50% do recurso do convênio.

A política (HOSPSUS) implantada pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) em 2011 foi proposta pela Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná (FEMIPA)⁴³ para a qualificação de hospitais filantrópicos e públicos, com objetivo de potencializar a assistência e a oferta de leitos hospitalares no estado. A contratualização dos hospitais conveniados foi organizada em três fases distintas de acordo com o porte do estabelecimento e por características estratégicas para o processo de implantação das redes prioritárias do estado: Fase I (urgência e emergência), Fase II (materna infantil) e Fase III (HPP) (PARANÁ, 2016).

Para os entrevistados a possibilidade de avaliação e o pagamento condicionado à execução do serviço, como no HOSPSUS, mostram-se como importantes ferramentas ao poder regulatório do estado e a construção de RAS: *“Qual que é o único medo dos prestadores? Avaliação. Os prestadores têm medo da avaliação porque sabem que vai cortar dinheiro. Então, é o medo do modelo de contrato”* (E10).

“Agora eu vou te fazer uma pergunta, você vê algum problema no atendimento do alto risco, você viu algum gestor pagando para a gestante ser atendida na hora do parto? Não. Por quê? Porque a SESA pegou isso para ela e falou: eu vou coordenar esse contrato, vou contratualizar esse atendimento” (E10).

Segundo Mendes (2019) os prestadores de serviços respondem a incentivos positivos e negativos contidos no modelo de pagamento. Para o autor o sistema de incentivos é um dos elementos mais decisivos em um contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as retribuições por meio de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as duas partes.

Se olharmos para os anos anteriores pode-se perceber que as políticas voltadas à contratualização dos hospitais filantrópicos são fundantes do processo de contratualização do sistema de saúde no país, no entanto, desde 2013 não são

⁴³ A FEMIPA – Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná representa 60 instituições hospitalares no estado. Foi fundada em 12 de março de 1986. Atualmente são responsáveis por mais de 50% dos atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS) no estado e chegam a atender 70% da demanda de procedimentos de alta complexidade.

formuladas novas políticas de cunho federal relacionadas ao tema. Esse aspecto somado às características de gestão municipal e às práticas contratuais inadequadas realizadas por estes entes, configuram-se como obstáculos ao planejamento das ASPS e formação de RAS que contribuam para a regionalização.

Na visão do gestor e técnico estadual uma das amarras do processo de contratualização em saúde está nas regras estabelecidas pelo governo federal: “[...] enquanto o próprio Ministério da Saúde utilizar como metodologia de financiamento pagamento por procedimentos e não por linha de cuidado ou por linha de atenção, aí também vai ser um ponto que vai esbarrar muito e vai dificultar muito a questão da contratualização” (E10).

“Os contratos ainda são muito de produção, baseado em oferta e não demanda né, ainda tem uma dificuldade grande de casar o contrato com serviço da central de regulação, colocar tudo isso no sistema né, controlar e acompanhar esses contratos, tudo isso é desafio ainda” (E10).

Esse aspecto remete-se à histórica lógica da contratualização no Brasil por produção de serviços, dentre outros aspectos como: a complexidade do planejamento e programação de custo de linhas de cuidado em um país com tamanha desigualdade regional e social; a dominância e permanência de um modelo de atenção assistencialista e fragmentado, baseado no pagamento pela quantidade produzida (*fee-for-service*), na precificação, no reforço à produção de procedimentos isolados e no desincentivo ao trabalho interdisciplinar; e a sobreposição de serviços, gerando maior custo ao sistema de saúde (MENDES, 2019).

Nessa discussão, a mudança na lógica de contratualização e do pagamento por produção para linha de cuidado é um processo complexo que deve envolver inúmeros atores (gestores, prestadores, planejadores, trabalhadores e usuários) e não deve limitar-se apenas aos aspectos técnicos. Esse processo deve considerar também os determinantes e condicionantes dos diferentes contextos microrregionais, para a tomada de decisão no SUS. Segundo Artman (1993) a complexidade do sistema de saúde exige um movimento de análise, explicação e apreciação da realidade a ser transformada, por meio da visão dos vários interessados e envolvidos imersos na situação concreta e, para isso, a compreensão deve extrapolar os aspectos meramente técnicos e ampliar os debates políticos, econômicos e ideológico-culturais da ação do homem na sociedade.

Observou-se também por meio das entrevistas, que a previsão legal de complementariedade com entidades sem fins lucrativos no SUS, sofre a pressão de atores políticos públicos e de mercado, além disso, a análise dos casos apresenta determinada flexibilização no que diz respeito ao conceito de filantropia, especialmente quanto à organização jurídica dessas instituições. Seria, portanto, adequado nomear as associações e ou institutos privados sem fins lucrativos como entidades filantrópicas? Uma vez que, apesar de terem os mesmos objetivos para a prestação de serviços de saúde, suas características organizacionais são distintas, em que pese sua posição voltada ao mercado.

As entrevistas e a análise de dados secundários (SCNES) permitiram também observar que os profissionais destas instituições são em sua maioria contratos regidos pela CLT, embora a categoria médica possua contrato por pessoa jurídica (terceirizado), aspecto que discutiremos a diante.

Quanto à inserção desses estabelecimentos no processo de regionalização, deve-se considerar à princípio sua grande representatividade macrorregional, pois como mencionado os estabelecimentos dessa natureza jurídica correspondem a 36% dos estabelecimentos hospitalares da região e incluiu hospitais de diferentes portes, acima de 100 leitos, no caso da 18ªRS e um HPP de 18 leitos, como na 22ªRS. Compreende-se que estes estabelecimentos são peças fundamentais ao processo de regionalização. Assim, as políticas públicas devem olhar para cada um deles de forma específica e não a partir da construção de uma política geral para todos os hospitais que possuem essa natureza jurídica, como observadas em anos anteriores.

Na análise realizada o hospital “*filantrópico puro*” aparentemente possui uma maior integração às políticas regionais, do que os considerados filantrópicos privados, talvez por seu porte e complexidade de atendimentos. Outro detalhe nessa discussão é que a solicitação para a mudança da natureza jurídica não é acompanhada de um estudo prévio para a inserção regional desses estabelecimentos, que em tese poderia ser objetivo de discussão da CIR ante a contratação dessa instituição, como prevê o Plano Operativo (PO).

Assim, com intuito de fomentar e incentivar o debate sobre a transição da natureza jurídica de instituições privadas “com” para “sem” fins lucrativos, na academia e na gestão dos serviços de saúde, bem como trazer proposições e estimular outras análises a respeito desse tema, foi realizado a confecção de um

manuscrito que discute o fenômeno de filantropização, ou aumento de instituições privadas sem fins lucrativos, intitulado “*A filantropização da assistência à saúde no SUS*”. O manuscrito foi elaborado no formato “comunicação breve” e está anexado ao trabalho ([Artigo 3](#)).

6.3.2 A Organização Social (OS)

No levantamento dos estabelecimentos hospitalares da região, não foi identificada nenhuma instituição vinculada à Organização Social. No entanto, em um município de pequeno porte vizinho limítrofe à região pesquisada e vinculado por características de fluxo e economia local a uma das microrregiões do campo de estudo, foi identificado um HPP gerido por uma OS. Em que pese que esse estabelecimento não pertença ao campo delimitado à pesquisa, entendeu-se que a análise desse caso poderia contribuir com o objeto pesquisado, especialmente porque as características observadas apresentaram semelhanças e correlações com as regiões do estudo.

Dessa forma, esta seção apresenta o caso do município que estabeleceu com uma OS a gerência do HPP municipal.

As Organizações Sociais nasceram no processo de reforma, por meio da aprovação do PDRAE, elaborado pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Um dos pontos estratégicos deste plano foi a aprovação do Programa Nacional de Publicização, aprovado pela Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Esta lei autoriza o poder executivo a transferir a execução de serviços públicos e a gestão de bens e pessoal às entidades especialmente qualificadas – as Organizações Sociais (BRASIL, 1998b; 2011e), definidas de forma genérica no art. 1º da Lei Federal 9.637/98:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à **saúde**, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998b).

Conforme discutido nos capítulos introdutórios, o processo de reforma do Estado ocorreu em um cenário que buscava a eficiência da administração pública em meio à concepção de um Estado regulador e fortemente influenciado por perspectivas de construção de um projeto neoliberal.

De acordo com a legislação, as Organizações Sociais representam uma forma de parceria do Estado com as instituições privadas sem fins lucrativos e que possuam fins públicos. São consideradas como entidades do terceiro setor. Terceiro, pois o primeiro corresponderia ao Estado e o segundo ao mercado. Entre suas

características principais destacam-se: a) sua criação se dá por meio de particulares; b) deve atuar em uma finalidade pública e socialmente relevante; c) possui favorecimentos tributários, subsídios, isenções e contribuições do Estado, como contrapartida aos serviços que executa; d) detém natureza jurídica de direito privado; e) necessita de reconhecimento formal por parte do Estado, determinado por lei; f) seu estatuto deve contemplar a participação de representantes do Estado e da sociedade; e, g) é sujeita ao controle do Tribunal de Contas e à supervisão do Ministério Público (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que em 2014 foi regulamentado o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), Lei n.º 13.019/2014⁴⁴, que estabeleceu o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as Organizações Sociais. No entanto, a lei em questão não se aplica aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos que prestam serviços ambulatoriais e hospitalares, dessa forma, o ordenamento jurídico para os serviços de saúde não foi modificado, com exceção de serviços que prestam ações de promoção e prevenção, sem caráter ambulatorial (OBSERVATÓRIO DO TERCEIRO SETOR, 2017). No entanto, abriu brecha jurídica ainda que de forma equivocada para a celebração de convênios e termos de fomento entre a administração pública e organizações da sociedade civil, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos.

Cabe mencionar que a OS não é entendida como uma modalidade complementar ao serviço de saúde (BRASIL, 1990). Como mencionado, as OS são entidades privadas que realizam, por meio do escopo do contrato de gestão, a gerência de determinado serviço e/ou estabelecimento determinado contratualmente, de forma compartilhada com o ente contratante. Nesse sentido, o serviço permanece ou deveria permanecer sob gestão pública e não transferi-la à responsabilidade privada.

A opção do município em transferir a gerência de seu estabelecimento hospitalar, um HPP de 31 leitos, para uma OS, nasceu após um movimento regional de contratualização em 2018. O executivo municipal abriu processo licitatório que teve a participação de duas OSs, após publicação de legislação municipal acerca da publicização de serviços por meio de OS.

⁴⁴ A redação da Lei n.º13.019/2014 (BRASIL, 2014c) foi alterada pela Lei n.º 13.204/2015 (BRASIL, 2015a).

Uma delas apresentou projeto técnico considerado mais favorável à gerência da instituição hospitalar e ganhou o processo licitatório. O valor do contrato estabelecido foi de R\$ 310.000,00 mensais ou R\$ 3.720.000,00/ano, com vigência entre 08/07/2018 e 07/07/2023. O contrato prevê a transferência de 90% do valor contratado de forma fixa e os outros 10% correspondente ao alcance de metas estabelecidas no contrato de gestão e é organizado com descrição dos serviços a serem executados, sistema de pagamento e indicadores de qualidade.

A OS assumiu toda a prestação de serviços de saúde que o estabelecimento já executava à população, que envolve a retaguarda hospitalar para urgências e emergências, atendimento clínico ambulatorial, procedimentos diagnósticos, alguns poucos procedimentos cirúrgicos e partos de risco habitual. Assumiu também a gestão de recursos humanos do estabelecimento e a gerência do ambiente físico e estrutural da instituição.

Passados alguns meses da vigência contratual, o valor global do contrato foi reajustado, pois o pagamento do aluguel do prédio pela OS deixou de estar previsto no contrato de gestão. A produção ambulatorial e hospitalar (cerca de 63 AIH) mensal do estabelecimento, entre outros recursos estaduais, permaneceram sendo transferidas do fundo estadual ao fundo municipal de saúde, que as utilizam para reduzir o valor final transferido para a OS.

Entre as cláusulas contratuais, também é previsto que 70% do valor total do contrato deve ser estabelecido para a folha de pagamento e benefícios previdenciários dos funcionários. A OS assumiu a contratação e o pagamento de todo o corpo médico (24 horas) e a contratação de demais profissionais da equipe multidisciplinar e de apoio. Além disso, o município cedeu 16 profissionais à concursados à organização, valor que não é computado no contrato de gestão.

Importante destacar que no ano em que o município estabeleceu o contrato com a OS (2018), a Secretaria de Estado da Saúde recebeu do Tribunal de Contas do Estado (TCE) e do Ministério Público Estadual uma notificação a respeito da irregularidade dos contratos paralelos que os municípios executavam com os serviços de gestão estadual e da possibilidade de improbidade administrativa dos gestores envolvidos diante dessa situação. Além disso, o Ministério Público do Trabalho (MPT) responsável por essa comarca, o qual inclusive abrange também alguns municípios da 16ª e 22ª Regional de Saúde, constatou outras irregularidades na complementação de serviços para a contratação de profissionais nestes

municípios.

Esse movimento resultou em uma ampla discussão sobre contratualização com diversos atores envolvidos – secretários, prestadores, equipes e prefeitos, discutindo as portarias em vigor, arranjos contratuais, o princípio do comando único, a realização dos contratos em duplicidade e suas consequências, bem como a organização da rede de atenção e das responsabilidades gestoras. O processo de discussão também tinha como objetivo, fazer a contratualização dos serviços que estavam sob gestão do estado.

“[...] a gente fez reuniões com os prefeitos, reuniões como secretário de saúde e reunião com todos os prestadores, para informar que a gente estaria fazendo a contratualização dos serviços de gestão do estado, como para informar e trabalhar a questão de legislação, naquele momento a gente estava com aquela portaria 3410/13 (PNHOSP)” (E11).

Uma das intenções do movimento de contratualização estadual foi o de incentivar os gestores a assumirem a gestão do teto da média e alta complexidade de seu território (PARANÁ, 2018). Dessa forma, o problema jurídico do contrato paralelo estabelecido entre o município e as instituições de saúde sob gestão estadual estaria em parte resolvido. Os técnicos estaduais entrevistados relataram que apesar da possibilidade da mudança da gestão, o município é um ente autônomo e sua escolha deve ser respeitada. Ocorre que essa autonomia é relativa a depender das normas, políticas e programas estabelecidos pela União e/ou pelo estado.

Segundo um dos entrevistados, os gestores, prestadores e prefeitos participaram ativamente das reuniões e oficinas de contratualização. Sabe-se que no âmbito do SUS a ausência da ação coletiva entre gestores ainda permanece como um problema a ser potencializado e superado, principalmente pelos diversos incentivos ao processo de descentralização, tornando os entes municipais cada vez mais voltados ao seu território. No caso mencionado, a ação do grupo ocorreu porque constitui um problema comum:

“[...] um problema individual de basicamente todo mundo né, porque é difícil o município [que] não tinha alguma forma de contratação paralela. Aí então por ser um interesse particular, mas comum a todos, a gente teve esse movimento bem participativo de todo mundo né. A gente trabalhava um artigo de uma lei, uma questão de contrato, de pagamento e de ser improbidade administrativa, então,

muitos prefeitos, como secretários, eles sempre se preocupam muito com essa questão quando envolve né, cassar direitos [...]” (E15).

Neste caso percebe-se que a implantação de uma política pública também depende de aspectos coercitivos, devido à possibilidade desses gestores serem julgados civilmente pelas irregularidades contratuais executadas, além disso, observa-se que os órgãos do controle externo emergiram nesse caso como determinantes para ação gestora.

De fato, a ação coletiva e a cooperação tendem a favorecer a maioria dos municípios integrantes de uma região e também o ente estadual responsável pelo território, uma vez que permite a otimização de recursos e sua utilização solidária entre municípios; no entanto, ela não ocorre de forma espontânea em um grupo e/ou colegiado. Segundo Menicucci e Marques (2016) sua manifestação dependerá da construção de arranjos institucionais, de coordenação e mecanismos de coerção.

E ainda que, o envolvimento dos órgãos de controle possa induzir a ação coletiva e a tomada de decisão pelos gestores, o fato do objeto em discussão relacionar-se com a alocação de recursos, movimentou a articulação de diversos atores políticos e de mercado, o que segundo Marques (2019) pode apresentar resultados positivos e negativos.

A opção do município pela abertura de licitação para a participação de organizações sociais com interesse na gerência do estabelecimento, não se deu devido a um contrato paralelo, pois o estabelecimento é municipal, mas principalmente, em função das vantagens na flexibilização de aspectos voltados à contratação de recursos humanos. As vantagens da OS para a contratação de recursos humanos estão relacionadas ao fato desta modalidade de gestão não estar condicionada à LRF e à possibilidade de poderem prover maiores salários que o limite do executivo municipal, conforme é condicionado pela EC 41/2003, além da contratação de serviços para a força de trabalho sem que obedeçam ao conceito de complementação estabelecido no arcabouço jurídico do SUS e ainda pela possibilidade de contratar trabalhadores sem a necessidade de concurso público.

Sabe-se que a legislação permite a complementação de serviços privados, sempre que a capacidade instalada pública for insuficiente, com a preferência aos filantrópicos (BRASIL, 1988, 1990a). Essa complementação de serviço pressupõe a existência de uma empresa devidamente registrada que possua uma sede e execute os serviços a que se destina. No entanto, a complementação de serviços vem sendo

amplamente utilizada na atualidade para a contratação de recursos humanos, na modalidade licitatória de credenciamento de empresas. Ocorre que muitas vezes essas empresas não existem de fato. São pessoas jurídicas constituídas e formadas pelos próprios profissionais que as criaram, com o objetivo de viabilizar sua participação como PJ nos processos de credenciamento municipal. Dessa forma há uma confusão na gestão pública entre a atividade e o serviço contratado. Uma vez que o pagamento no credenciamento é do serviço e não da atividade profissional.

“Quando você contrata um serviço de saúde de maneira complementar você vai contratar tudo. Então, se eu contratar uma instituição que tem cardiologia e ele vai me dar o profissional, ele vai me dar os materiais, ele vai dar tudo, tudo isso vai estar no preço. Quando você vai observar a contratação dos profissionais seja na área especializada ou não né, a forma de contratação é estabelecida um valor que não analisa isso, só analisa assim, quero um profissional pra determinada carga horária. E ele vai prestar serviço no meu estabelecimento e aí desconfigura” (E3).

Esse fato relaciona-se também à terceirização da força de trabalho no SUS, tópico que será discutido de forma mais detalhada adiante e ao fenômeno da pejetização, modalidade de contratação de serviços que vem sendo utilizada pela gestão pública e que foi citado na seção que discute o Caso da Administração Pública e é trazido em anexo a essa pesquisa.

Sobre as vantagens do modelo de OS foi mencionada ainda nas entrevistas, a agilidade no processo de compras e a economia na aquisição dos insumos, e ainda aspectos que envolvem determinada flexibilização administrativa, como a autonomia na definição de plano de cargo e salários; elaboração de normas próprias para contratação e seleção; permissão de complementação salarial; regulamento próprio de compras e contratação de serviços; e liberdade de execução financeira dentro do contrato de gestão (SHIMIZU; VERONEZI, 2020). No entanto, a OS executa e gerencia apenas o que foi estabelecido no contrato, isso significa que seu contrato pode ou não ser global. É o contrato que especificará os setores e áreas do estabelecimento que serão gerenciados pela organização e/ou as rubricas definidas no contrato.

“Depende do que tá no contrato, se não tá no contrato [pausa]. Um exemplo que nós temos, hoje não foi colocado [previsão no contrato] para manutenção de equipamentos. E precisou consertar a autoclave e custou 5 mil reais, precisou consertar o raio x que custou quase 3 mil né, aí a prefeitura teve que intervir, não

tava no contrato então não pode fazer uma porta” (E2).

No setor saúde as OS são também designadas como OSS ou Organizações Sociais de Saúde. Estudo de Moraes *et al.* (2018) analisou as maiores OSS do país, e apesar de sua natureza sem fins lucrativos, constataram que essas organizações movimentam cerca de 23 bilhões de reais. Algumas delas ocupam o ranking entre as maiores empresas de serviços de saúde no país.

Ao ser proposta por Bresser-Pereira⁴⁵ as OS foram instituídas pautadas na ampliação de eficiência da administração pública, por meio de entidades sem fins lucrativos pertencentes ao terceiro setor. Como mencionado, a Lei 9.637/1998 a institui em âmbito federal, sendo seguida por leis específicas nos estados e municípios. O modelo de OS divide opiniões e concepções a respeito do papel do Estado. Na pesquisa realizada, o entrevistado não acredita que a OS é uma terceirização qualquer:

“A OS não é terceirização, é uma gestão compartilhada né. Eu vou passar pra OS e simplesmente vocês são responsáveis por toda a administração do hospital, por toda gestão, não! [...]. Existem as comissões que são as comissões de fiscalização e ali é prestado conta de tudo que é feito” (E2).

No aspecto da gestão compartilhada, a OS pertence ao que se entende por “ente de cooperação”, sendo assim, o instrumento de contratualização do setor público com esse modelo é o contrato de gestão. O contrato de gestão é compreendido na perspectiva de uma parceria entre as partes. Nesse tipo de contrato, o Estado não realiza um pagamento e sim um fomento à organização que desenvolve atividades de interesse público, baseado em metas.

Alguns estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia se destacam por determinada institucionalização do modelo de OSS na gestão de serviços de saúde, como uma política de Estado, tanto para os serviços da APS quanto para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Inúmeras pesquisas analisam os efeitos e resultados das OSS, apresentando aspectos positivos e negativos do modelo. De forma geral, o conceito de OS vem sendo relacionado à corrupção e má gestão, principalmente após os fatos ocorridos

⁴⁵ Luiz Carlos Bresser-Pereira é um economista, cientista político, cientista social, administrador de empresas e advogado brasileiro. É professor da Fundação Getúlio Vargas em São Paulo, desde 1959. E foi Ministro do Governo Fernando Henrique, responsável pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (FGV, 2020).

durante a pandemia, como o superfaturamento de equipamentos e hospitais de campanha e o envolvimento de gestores e prestadores em sistemas de lavagem de dinheiro público (CONTRALADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020).

Na região pesquisada um dos entrevistados não concorda com o modelo da OS: “OS é um problema sério, embora o STF tenha considerado que pode fazer gestão total, mas o Ministério Público teve uma atuação grande nisso no sentido do desvirtuamento das OS, né. Elas na verdade não são organizações, muitas delas, não todas, muitas delas, não são organizações sociais, são organizações de lucro [...]” (E3).

Nesta perspectiva parece ser contraditório o fato dessas instituições pertencerem à natureza jurídica de entidades sem fins lucrativos, pois além dos favorecimentos tributários, essas organizações podem solicitar o CEBAS e constituírem-se em entidades beneficentes de assistencial social e dessa forma também serem contempladas com as isenções previdenciárias previstas em lei.

Por outro lado, especialistas consideram que a proposta inicial das OS em âmbito federal foi desvirtuada nas legislações estaduais e municipais. Em pesquisa realizada analisando os instrumentos contratuais das OSS, os pesquisadores constataram ausência de alinhamento desses contratos com os princípios do SUS e da participação popular, principalmente porque a legislação da OS não foi estabelecida especificamente para o setor saúde e quando implementadas nos municípios mostram-se cada vez mais distante da incorporação de parâmetros legais norteadores do sistema (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Contrapondo-se com essa discussão Vecina Neto (2020) considera que não é o modelo da OS que se desvirtua dos bons propósitos da administração pública e sim a ação do homem à frente desses modelos.

Conforme mencionado, a literatura acusa que o modelo de gestão da OS, ainda que preveja a representação comunitária em seus comitês de avaliação, não asseguram de fato a participação democrática de usuários e trabalhadores e talvez nem da gestão. Dessa forma, a distribuição do poder para as decisões nestas instituições não ocorre de forma igualitária entre gestores/prestadores e outros grupos sociais, o que interfere diretamente no processo de governança da Rede de Atenção em que essa instituição está envolvida (BRASIL, 1998b; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Quanto à sua inserção regional, o HPP, gerido pela OS, encontra-se cerca de

100 quilômetros do município polo de sua região e ainda que não seja considerada referência microrregional, possui alguns procedimentos contratualizados com os municípios vizinhos. Mas essa característica não é homogênea na região: “[...] a gente [não] tem proposta de organização do atendimento hospitalar por microrregião, eu tenho região [que] tem cinco municípios, os cinco tem hospital, 19, 20 leitos, gastam horrores e a distância de um para o outro é de 20 quilômetros” (E15). Como o PCEP não é um instrumento institucionalizado para as relações municipais, a relação contratual utilizada entre os municípios é a alocação de AIH, como uma forma de compensação ao atendimento dos pacientes:

“Porque na verdade, a dificuldade do município é alocar serviço [em outro] município e aí não tem uma regra clara, não tem uma forma clara de você repassar recurso para outro município, então, por exemplo, nós temos muitos hospitais que são de referência microrregional e que tem o suporte financeiro municipal e aí como você vai passar o dinheiro de um município para o outro”.

Nesse aspecto, percebe-se que as regras jurídicas da contratualização e o vazio normativo na definição das responsabilidades gestoras, não são problemas exclusivos dos estabelecimentos geridos pela administração pública direta, mas também ocorre nos contratos das entidades filantrópicas e organizações sociais, nos casos em que os municípios do território não são os gestores do teto MAC.

Apesar do fenômeno da OSS não apresentar-se com relevância na região de pesquisa, a inserção do modelo de gestão da OSS na atualidade é, segundo o referencial do neoinstitucionalismo histórico, o resultado das preferências institucionais determinadas em um momento histórico, mais precisamente pela normatização do Plano Nacional de Publicização do Estado na década de 1990, ou a terceira reforma⁴⁶, que além de incentivar a organização de grupos políticos e de mercado com interesses na alocação de recursos públicos, tornou possível, arranjos e estruturas de OSS distintas, as quais compõem desde pequenos grupos, como o do caso discutido, até grandes corporações.

⁴⁶ Considerando a mudança nos regimes jurídicos funcionais, Ney e Gonçalves (2020) entendem que o Brasil passou por três grandes reformas. Para os autores, a primeira reforma deu-se na década de 1950, pela aprovação da Lei n.º 1.890/1953, que marcou o primeiro passo na introdução da legislação trabalhista comum no âmbito da função pública, reduzindo assim o número de estatutários. A segunda grande reforma administrativa do século XX no Brasil, foi trazida pelo Decreto-Lei n.º 200/1967 (BRASIL, 1967) e deu origem a diversas autarquias, fundações, empresas públicas e de economia mista (BRASIL, 1967, art.5º), e tais instituições podiam contratar servidores pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (BRASIL, 1967, Art. 182). A terceira reforma foi a produzida pelo PDRAE por meio do MARE.

Pesquisa realizada com os maiores grupos de OSS no Brasil identificou evidências que essas organizações fazem aplicações bancárias com o excedente de recursos que recebem e ainda, por serem entidades sem fins lucrativos, incorporam no salário de seus diretores parte do lucro adquirido. Para os autores, os grandes grupos de OSS fazem parte do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CIES) brasileira, justamente pelo expressivo valor de recursos que movimentam e a posição que estas corporações ocupam na economia do país (MORAIS *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a Reforma da Administração Pública foi implementada com o propósito do desmonte do Estado, ao considerar que sua máquina administrativa atual é o resultado da disputa de forças de grupos políticos, influenciadas pela ação de organismos multilaterais (Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional). Esse desmonte está associado, entre outros aspectos, à transferência da gestão de serviços públicos para as organizações privadas e à fragilização dos vínculos de trabalho provocados pelos diferentes modelos de gestão (NEY; GONÇALVES, 2020). Além disso, a constatação que o modelo de gestão trazido pela reforma (OS) pode ser incompatível aos princípios doutrinários e diretrizes organizativas do SUS, também é um fator que prejudica sua atuação no fortalecimento da regionalização da saúde.

6.4 O CASO DOS HOSPITAIS COM FINS LUCRATIVOS

6.4.1 O Privado

A participação do setor privado nos serviços de saúde antecede a concepção do SUS e é constituinte de toda a história da saúde pública no país, relatada desde o período colonial brasileiro. No século XX esteve intimamente relacionada ao sistema previdenciário e ampliou seu escopo de atuação durante o regime militar na década de 1960.

Nesse período, ocorreram incentivos à construção de estabelecimentos privados de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017); além da instituição do Decreto-lei n.º 73 de 21 de novembro de 1966 que dispôs sobre a criação do sistema nacional de seguros privados (BRASIL, 1966); e a implantação do Plano de Pronto Ação (PPA) e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Enquanto o PPA ampliava as ações e serviços de saúde no país, o FAS as subsidiavam com recursos públicos, por meio da compra de serviços nos estabelecimentos privados, organizados a partir do instituto previdenciário da época – INPS (COSER, 2001). Dessa forma, esses estabelecimentos foram duplamente beneficiados (MENDES, 1993). Tanto que no período de governo dos militares, o número de instituições privadas cresceu de 14,4% no início da década de 1960 para 45,2% dos estabelecimentos nacionais em 1975 (BRAGA; PAULA, 1981).

Esses dados são relevantes para a análise do caso que será apresentado nessa seção, porque muitos hospitais instituídos nos municípios brasileiros são provenientes do período mencionado.

Nos MPP, os hospitais privados atendiam clientela particular e previdenciária, especialmente as vinculadas ao FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Lei 4.214/63). Esse fundo previa o recolhimento de 1% do valor dos produtos agropecuários ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) para garantia de benefícios e assistência médica.

Destaca-se que hospitais mais antigos e alocados em regiões formadas por MPP, são instituições criadas por particulares, sócios ou famílias de patriarcas médicos. Portanto, esses estabelecimentos exercem grande influência política em seu território, devido à sua história de implantação, entre outras características,

como por exemplo, o fato de seus fundadores serem considerados atores políticos e pioneiros desses municípios.

Dados do SCNES (2020) apresentam que na região de pesquisa existem 20 estabelecimentos (19% do total) privados para assistência ambulatorial e especializada hospitalar com fins lucrativos e apenas 03 (2,8%) atendem demanda SUS.

“Hoje não sei mais onde que tem hospital particular, que como nós, chegou um momento que não dava mais para bancar, para segurar, a gente sentou e decidiu, vamos fechar? O que vamos fazer para não fechar?” (E21).

Esse fato evidencia que o prestador privado com fins lucrativos não tem sido no âmbito da assistência hospitalar, pelo menos para essa região, alternativa predominante para a provisão de serviços públicos de saúde. Nesse sentido, o campo de estudo apresenta alguns fatores que não favorecem a presença de instituições privadas com fins lucrativos, como por exemplo, localidades em que predominam MPP, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa demanda e dificuldade de alocação de profissionais.

Esse aspecto pode estar relacionado ao aumento dos estabelecimentos filantrópicos – *filantropização* e à introdução de novos modelos de gestão na administração pública. Destaca-se também que a maioria dos estabelecimentos privados que não atendem demanda SUS na região, estão alocados nos municípios de maior porte, especialmente em Londrina, município sede da macrorregião norte e que apresenta maior renda per capita da região (IBGE, 2019). Demonstrando assim, que os municípios com indicadores socioeconômicos mais baixos dependem principalmente da oferta de serviços públicos (LIMA *et al.*, 2019) e reforçando a tendência desse modelo concentrar-se em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno financeiro (MACHADO, 2012).

Pesquisa realizada com o banco de dados do SCNES em âmbito nacional retrata que, embora o número de hospitais privados tenha apresentado pequena redução e por consequência um aumento do modelo misto (particular/SUS) para a oferta de serviços ao SUS de forma complementar, os estabelecimentos hospitalares privados com vínculo contratual com o setor público permanecem sendo a maioria. A mesma pesquisa revela que as clínicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) no Brasil são também predominantemente privadas (VIACAVA *et al.*, 2018).

Quanto aos SADT, observa-se um leque expressivo de estabelecimentos com finalidades específicas (consultas especializadas, procedimentos, terapia, diagnose laboratorial e/ou de imagem) contratualizadas com a gestão pública municipal e estadual (SILVA, 2018). Isso pode indicar que não houve investimentos na rede pública em SADT, ou que os serviços não são incorporados à medida que se atualizam.

Dado o contexto inicial, este caso tratará de um HPP privado, localizado em município de pequeno porte da 17ª Regional de Saúde. O município possui cerca de 12.000 habitantes, o HPP foi fundado em 1950 e vendido aos atuais donos na década de 1980, possui apenas 19 leitos e é o único estabelecimento hospitalar com atendimento de urgência e emergência do município. A história do hospital é cheia de idas e vindas, com mudanças na composição de sua sociedade e com intrínseco envolvimento político municipal. Segundo os entrevistados, os sócios e a razão social do estabelecimento se confundiam e por longo tempo a prestação de contas era realizada de maneira informal, esse aspecto, entre outros, geraram uma dívida de cerca de R\$ 3.500.000,00 ao hospital, tendo por consequência 20% de seu prédio leiloado em 2019 (CBN, 2019).

Desde sua concepção o hospital possui natureza privada: “[...] *ele sempre foi privado, prestou serviço ao antigo FUNRURAL e depois a APMI [Associação de Proteção à Infância e a Maternidade], mas depois de volta ao FUNRURAL e depois ao SUS. É o único hospital do município*” (E21). Atualmente, a demanda do hospital é majoritariamente SUS. Até pouco tempo tinha credenciamento com uma cooperativa privada de médicos, mas as exigências da empresa para a prestação de serviços tornaram-se inviáveis, aspecto que também foi mencionado em outras regiões: “*Agora a gente tá com um problema com a própria UNIMED, não estamos mais conseguindo nos adequar, nas exigências, não estamos fazendo internamento, só ambulatório*” (E21).

Segundo pesquisa realizada sobre os HPP na 17ª RS, este hospital realizou no ano de 2018, 839 internações, a grande maioria com duração de dois a quatro dias e a um custo médio de R\$ 597,40. Destaca-se que, naquele ano, este foi o HPP situado em MPP daquela região, que realizou o maior número de internações na região e com o maior custo médio/internação. Na avaliação dos pesquisadores, o hospital não “apresentou internações cirúrgicas e tem cadastrados poucos equipamentos e serviços especializados nos registros do CNES, o que leva a supor

a existência de distorções na emissão das AIH para esta instituição” (SOUZA *et al*, 2020).

Quanto aos aspectos contratuais, o HPP está sob gestão estadual, seu contrato é por produção – teto físico-financeiro das AIH e do componente ambulatorial, além disso, possui segundo um dos entrevistados “convênio” com a prefeitura municipal para retaguarda ambulatorial, entre 17h e 07h. O “convênio” com a prefeitura é organizado para o pagamento dos plantonistas (14h de plantão) no período de retaguarda e de procedimentos realizados neste intervalo. A contratação dos profissionais, insumos e materiais ficam por conta do estabelecimento.

Possivelmente o convênio que o entrevistado relatou é um contrato administrativo baseado no credenciamento de serviços por intermédio da Lei n.º 8.666/93. Uma vez que o instrumento de contrato por convênio não é aplicado aos estabelecimentos privados com fins lucrativos (BRASIL, 2010c, 2016d) e ainda que o fosse, seria considerado um contrato paralelo, assim como o contrato administrativo estabelecido, já que o município não possui a gestão do teto da média e alta complexidade.

Quanto aos desafios envolvidos na contratualização, mais uma vez, o componente político partidário emerge na análise dos resultados, como o principal fator que condiciona as políticas de saúde nestes territórios.

“Eu acho que o primeiro desafio é o político, porque cada período eleitoral é um estresse para os funcionários e para o corpo médico, [...] e aí começa toda uma situação de querer utilizar a estrutura hospitalar na busca de votos, na busca de apoio, na busca de facilidades, o que acaba atrapalhando muito, o bom andamento [da instituição]” (E21).

Nesta perspectiva, os HPP, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos, são vistos ora como um problema à gestão municipal devido aos gastos e à baixa resolutividade de atendimento e ora como estratégia e palco de práticas clientelistas. Nesse sentido, existem entre ambas as partes, pressões para o fechamento desses estabelecimentos. No entanto, o peso social dessas instituições tende a prevalecer nesse debate. Além disso, a ausência de alternativas regionais para a prestação de serviços e retaguarda clínica e ambulatorial condiciona esse processo, de tal forma que, nem os municípios e tão pouco os estabelecimentos enxergam saídas viáveis para este problema.

“[...] agora tá de novo nessa história de tira, não tira, fecha, não fecha, o que faz? Eu acredito que isso vai ficar [assim], cozinha, cozinha e vai acabar continuando do jeito que tá, porque ele [o hospital] tem um peso social muito importante, ele não pode, ele não pode fechar” (E21).

O argumento utilizado por gestores públicos e técnicos para encerrar as atividades desses estabelecimentos está relacionado principalmente aos custos dessas instituições e a possibilidade de melhorar seu atendimento quando da gestão privada, alegação que não cabe no caso discutido, pois o mesmo é gerido por uma empresa particular. Nessa situação, o principal condicionante, passa a ser o componente político partidário, devido ao envolvimento de seus donos com grupos correligionários ou opositores aos membros do executivo municipal.

Atualmente esse HPP custa ao erário público municipal cerca de R\$ 120.000,00 mensais, incluso os gastos com os plantões e procedimentos. O hospital não realiza nenhuma cirurgia e não está inserido nas linhas de cuidado consideradas prioritárias pelo estado, com exceção de ser porta aberta à RUE (Rede de Urgência e Emergência). Comparativamente, este valor apresenta-se menor do que os municípios que possuem HPP municipais, mas equivalente ao valor declarado por gestores de municípios com 1/3 da população desse caso, demonstrando que os custos hospitalares obedecem à regra da economia de escala.

Para os prestadores do caso é vantagem para o município o contrato com o HPP, pois as responsabilidades com a contratação dos profissionais, manutenção, impostos e custos previdenciários ficam por conta do estabelecimento. Além disso, o estabelecimento não possui nenhum benefício fiscal e/ou tributário, dessa forma, como qualquer outra empresa, contribui com os impostos e tributos municipais.

“[Toda] a gestão é do hospital, por isso que fica viável financeiramente [ao município] entendeu, porque o hospital ele gasta com tudo e inclusive paga ISS, paga todas as taxas, inclusive as taxas municipais água, luz e todos os impostos, não tem absolutamente nenhum privilégio financeiro por ser o único prestador de serviço e mesmo o município [tendo] interesse nessa prestação de serviço, não tem nenhuma vantagem” (E21).

No entanto, esse aspecto não é um padrão no contexto nacional. Sabe-se de inúmeras desonerações e renúncias fiscais permitidas pelo Estado aos grupos e corporações privadas no Brasil. Dados da Receita Federal mostram cerca de R\$ 267,3 bilhões em renúncias no ano de 2015 (ANFIP, 2016), nos diversos setores da

economia. Só os planos de saúde privado tiveram, no mesmo ano, renúncias e subsídios fiscais na ordem de R\$ 12,5 bilhões (STEVANIN, 2015). Segundo Santos (2021) o valor compatível com as renúncias fiscais de prestadores privados já é maior que todo o lucro do setor.

As renúncias fiscais também envolvem as pessoas físicas, que por meio da declaração de imposto de renda, pode informar sem um teto estabelecido, gastos em saúde para a redução do imposto. Segundo Mendes e Weiller (2015) esse aspecto, induzido pelo próprio governo, gera aumento da procura por planos de saúde e do modelo assistencialista baseado em hospitalizações.

Mesmo com a ausência de isenções, o prestador do caso mencionado não pretende trocar a razão social do estabelecimento, mas confirmou na entrevista a tentativa frustrada de “doá-lo” à igreja católica ou à evangélica.

“[...] então nós procuramos a igreja católica, quase conseguimos nos livrar e entregar para a igreja, mas não conseguimos, aí teve uma pessoa advogada lá que disse não, a igreja não pode pegar, sai daí porque isso aí é fria, eles não dão conta [...] bom, aí tentamos na igreja evangélica também não deu certo, aí desistimos, resolvemos tocar” (E21).

Por outro lado, ainda que em menor parcela na receita, o estabelecimento possui a prerrogativa do lucro, ou seja, pode realizar consultas, procedimentos clínicos, diagnósticos e internações particulares. Ocorre que dos 19 leitos que o HPP possui apenas 01 é cadastrado no SCNES na condição de particular (SCNES, 2021). Ou seja, são os recursos públicos que mantém a instituição.

Retornando aos aspectos contratuais, o estabelecimento não está inserido na Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, 2004a), tão pouco na PNHOSP, que somente contratualizou hospitais privados acima de 50 leitos (BRASIL, 2013c).

O prestador acredita que o contrato com o município poderia ganhar mais transparência se fossem estabelecidos critérios e metas baseadas em indicadores de resultado: *“O mais importante seria que esse convênio, tivesse [uma] comissão de avaliação, de controle, que tivesse metas a cumprir e que fosse realmente executado o que está pactuado. Eu acho que seria o ideal, a gente teria uma coisa transparente, uma coisa mais adequada com a nossa necessidade” (E21).*

A importância da comissão de avaliação de contratos também foi evidenciada na fala de outros entrevistados: *“A comissão de avaliação e que diante dessa*

avaliação fica efetuado o repasse financeiro. É assim que funciona, tá claro em todos os sentidos, [a avaliação] deveria existir não só na média e alta complexidade, na atenção básica também” (E21).

Ainda assim, o prestador avalia o contrato estabelecido e as práticas de gestão de sua instituição, com melhor qualidade que aquela realizada pelos hospitais *filantrópicos privados*: “[...] *porque o filantrópico tem a própria direção da filantropia que [o] fiscaliza, pero no mucho. E eu acho assim, pior do que o nosso, em alguns municípios eu acho que é bem pior. Eu tenho uma amiga que é freira sabe, ela até largou porque ficou com tanta raiva, do que estavam fazendo com o hospital que ela trabalhava [...] isso é usar o filantrópico com nome de santo até para fazer falcatrua, no nome do santo, nem São Camilo⁴⁷ dá conta [...] alguns médicos ainda utilizam aquilo como seus hospitais particulares, é pior do que o daqui. Eu digo isso, porque o nosso santo aqui chega a ficar até envergado para poder pagar todas as contas, mas paga [...]*” (E21).

Pela análise das entrevistas e do levantamento de dados secundários percebe-se que o modelo hospitalar de gestão sob natureza jurídica privada com fins lucrativos, não apresenta participação efetiva na regionalização dos serviços de saúde que compõem. A condição de serem os únicos hospitais de seu território os colocam no mesmo raciocínio dos demais HPP públicos ou filantrópicos, quanto ao papel e atuação desses estabelecimentos em suas microrregiões.

No entanto, se de um lado os estabelecimentos hospitalares privados com vínculo ao SUS diminuíram, por outro, cresceu o número de associações *filantrópicas privadas* e de outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (clínicas, laboratórios, centros médicos etc.) que podem ou não se vincular a esses hospitais, bem como à própria organização pública. Ao considerar que atualmente o ente municipal é, proporcionalmente, o maior responsável pela alocação de recursos públicos em saúde, compreende-se a capilaridade do setor privado a este nível de governo.

Pesquisa realizada em uma região formada por MPP mostrou uma relação assimétrica entre gestores públicos e prestadores privados, marcada por práticas

⁴⁷ São Camilo de Lellis foi um religioso italiano, fundador da Ordem dos Ministros dos Enfermos. É venerado como santo da Igreja Católica e é considerado protetor dos enfermos e dos hospitais (Sanzio Ciatelli, Pantaleone Dolera. *The Life of S. Camillus of Lellis, Founder of the Clerks Regular Servants of the Sick*. Col: Saints and servants of God, 1850).

clientelistas, constrangimentos na oferta e demanda de serviços e condutas inadequadas do ponto de vista da *compliance*⁴⁸ da gestão dos contratos, como cobranças extras, duplicidades no faturamento de AIH, troca de procedimentos licitados, entre outros (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Manica (2018) o setor saúde possui significativa exposição ao risco de corrupção, devido à intensa relação com o setor privado e ao expressivo valor repassado a estas instituições.

Ademais, a participação privada nos serviços de saúde revela-se também, por outras formas, quer seja, perante as organizações sociais, como discutido na seção anterior, quer seja, pela terceirização e empresariamento dos serviços de saúde, aspecto observado em diferentes modalidades e fortemente presente na administração pública direta e indireta.

Dessa forma, a discussão da relação público-privada no SUS apresenta diferentes configurações decorrentes dos movimentos e circuitos do capital nesse setor (PAIM, 2018). Assim, ela pode ser analisada no contexto micro e macro do sistema de saúde.

Na análise do macro contexto, sabe-se que do total de gastos em saúde, 46% são relacionados ao setor público, incluindo os custos com o privado complementar, para ofertar serviços de saúde a 75% da população, enquanto os outros 54% estão relacionados aos gastos do subsistema privado suplementar, destinados apenas, a 25% da população brasileira. Alguns pesquisadores têm-se dedicado a entender melhor a relação público-privada do subsistema suplementar, por meio de aspectos como a dominância financeira⁴⁹ e a financeirização do setor e apontam para um olhar mais amplo que não se restrinja à análise do privado somente pela perspectiva da complementariedade de serviços.

Ocorre que, ao mesmo tempo em que o sistema suplementar condiciona o SUS, a rede de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, principalmente a complementar, também o faz, pois não se encontra totalmente integrada à política

⁴⁸ Após a publicação da Lei Anticorrupção (12.846/2013) foi impulsionada em diversas áreas da gestão pública e privada, incluindo a saúde, a institucionalização de uma cultura de boas práticas de gestão, com o objetivo dos estabelecimentos e profissionais assumirem uma postura ética em relação aos contratos, serviços e assistência executada, impedindo condutas corruptivas e antiéticas, e ampliando sua transparência (MANICA, 2018).

⁴⁹ A dominância financeira refere-se a uma nova fase da articulação público-privada, marcada pela venda de empresas, seus ativos e carteiras de clientes, aprofundando a intermediação entre prestadores e consumidores, assim como novas relações entre aparelhos do Estado e o capital financeiro (inclusive internacional) (PAIM, 2018).

nacional de saúde. Segundo Campos (2018) é necessário estender o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) às instituições hospitalares e neste caso também às ambulatoriais conveniadas, como resposta a esse problema consolidado na trajetória do SUS.

Segundo Paim (2018) a rede de serviços públicos especializados vem sendo afetada devido aos reduzidos recursos e à baixa infraestrutura, fatores que impulsionam a sua execução pelo setor privado e que somados aos grandes desafios do sistema, entre eles, a ausência do planejamento ascendente, a necessidade de organização de redes regionalizadas e de um modelo de atenção capaz de dar conta da complexidade das demandas da população, comprometem o acesso universal à saúde.

Essas características vêm reforçando a atuação de organismos multilaterais, como o Banco Mundial, que em 2017 emitiu relatório afirmando que o Brasil apresenta gastos excessivos em saúde, especialmente por contar com uma rede hospitalar ineficiente. O relatório propõe a racionalização dessa rede por meio da redução dos HPP e incentiva reformas no setor com apoio da iniciativa privada, com vistas ao fortalecimento da cobertura universal de saúde⁵⁰, aspecto que se contrapõe ao conceito de acesso universal, assim como é garantido pelo SUS.

Campos (2018) afirma que o relatório do Banco Mundial ignora as desigualdades regionais, quanto à função dos HPP em regiões de difícil acesso e do interior do país e quanto às diversas experiências brasileiras de êxito relacionadas à inovação e inserção desses estabelecimentos na rede de atenção à saúde. Para o autor, as características neoliberais apresentadas pelo Relatório do Banco do Mundial (2017) vêm sendo incorporadas no ideário político de partidos e governantes, com reflexos nos gestores públicos de saúde e em seus conselhos representativos (CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS), fator que tem afastado essas instituições das premissas do MRSB.

Os aspectos mencionados acima apresentam um pouco da complexa relação público-privada estabelecida no país. No entanto, a privatização em sentido amplo e a ameaça do capital não são tão visíveis à sociedade como são os desafios do SUS,

⁵⁰ Segundo Giovanella *et al* (2018) o termo cobertura universal é empregado em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais.

principalmente quanto aos problemas relacionados ao acesso, filas e a não garantia da integralidade da atenção (PAIM, 2018).

Nesse sentido, com o propósito de contribuir para este debate, a próxima seção discutirá a terceirização e a privatização de serviços de saúde, baseando-se no caso da terceirização da gestão de leitos COVID em um hospital do campo de pesquisa.

Ademais, é importante acrescentar ainda, fato ocorrido no desenvolvimento da pesquisa, com o estabelecimento descrito no caso acima. Em meados de abril de 2021, o HPP solicitou descredenciamento do SUS à gestão estadual e o pedido foi aceito pelo nível central da SESA na condição de rescisão amigável⁵¹. Ocorre que o município que sedia o estabelecimento só foi informado próximo ao encerramento do contrato, o que geraria possível desassistência à população residente, além de se encontrar em desconformidade à garantia constitucional do direito à saúde e ao princípio da continuidade. Dessa forma, o MP do Paraná, por meio do processo n.º 0001701-64.2021.8.16.0090 deliberou que o município e a SESA deveriam apresentar em conjunto um plano de contingenciamento para a regularização de um serviço ininterrupto de urgência e emergência para atendimento aos beneficiários do SUS e o estabelecimento deveria manter-se em funcionamento até a regularização de medida alternativa ao caso, sob pena de multa de R\$ 2.000,00/dia (PARANÁ, 2021b).

Esse fato reforça a necessidade da revisão dos procedimentos contratuais no que tange a viabilidade dessas instituições, ao mesmo tempo em que demonstra determinada importância das mesmas para os MPP.

⁵¹ Para a rescisão de contratos administrativos, a Lei n.º 8.666/93 prevê três possibilidades: i – amigavelmente, por acordo entre as partes, mediante comunicado pelo interessado com no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência; ii – unilateralmente, pelo município, diante do não cumprimento, por parte do contratado, das obrigações assumidas por este no presente contrato, e/ou pela verificação das hipóteses previstas nos incisos do art. 78, da lei n.º 8.666/93; e, iii- judicialmente, nos termos da legislação processual em vigor.

6.4.2 A Terceirização

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou situação pandêmica da infecção causada pelo novo coronavírus SarsCov-2 (OMS, 2020). Anterior a esta data o Decreto Federal n.º 10.212, de 30 de janeiro de 2020, já havia publicado o texto do Regulamento Sanitário Internacional, e o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n.º 188, de 03 de fevereiro de 2020 declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (BRASIL, 2020b, 2020c).

Após a declaração da OMS, outras normativas serviram para que os estados e municípios pudessem ampliar os seus serviços de saúde, particularmente de leitos de UTI e enfermarias, em especial a Portaria MS/GM n.º 395, de 16 de março de 2020, que estabeleceu recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID – 19 (BRASIL, 2020d).

No entanto, sabe-se que esse processo não ocorreu de forma coordenada no país, dado os desafios já reconhecidos para a regionalização dos serviços de saúde, particularmente quanto às diferenças regionais e seus condicionantes, mas especialmente, quanto às relações federativas ou a ausência delas. Esses fatores motivaram a organização de diferentes arranjos locais e regionais para o enfrentamento desses problemas, com destaque para iniciativas como os consórcios verticais e o comitê científico de enfrentamento da COVID-19 do Nordeste (LIMA *et al.*, 2020).

A ausência de coordenação federal provocou a publicação da Medida Provisória (MP) n.º 926/2020 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) para que estados e municípios tivessem autonomia para regulamentar, por exemplo, as medidas de prevenção (BRASIL, 2020e).

A coordenação federal do sistema de saúde deveria estar associada a medidas de cooperação entre os entes, não significando a imposição de formas de participação conjunta, mas a instituição de mecanismos de parceria consensualmente acordados, o que é essencial para a governança e sustentabilidade da federação (SOUZA, 2019). Especialmente no contexto da pandemia, a coordenação federal associada à prática cooperativa entre os entes,

otimizaria recursos comuns e possibilitaria maior equilíbrio regional, preservando a unidade federativa.

No estado do Paraná as normativas para ampliação dos serviços e tomada de decisão gestora foram baseadas no Decreto Estadual n.º 4.230, de 16 de março de 2020, que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da pandemia e no Decreto Estadual n.º 4.298 de 19 de março de 2020, que declarou situação de emergência em todo o território paranaense (PARANÁ, 2020b, 2020c).

Nesse contexto a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná ampliou o número de leitos no estado por meio de dois movimentos, o primeiro com a contratualização de hospitais da rede própria e daqueles sob sua gestão contratual e o segundo com a “inauguração” de parte dos leitos de três estruturas hospitalares recém-construídas, mas até o momento não efetivadas, sendo elas, o Hospital Regional de Telêmaco Borga (21ªRS), o Hospital Regional de Guarapuava (5ª RS) e Hospital Regional de Ivaiporã (22ªRS). A possibilidade de abertura de leitos nesses estabelecimentos, fez com que a organização de hospitais de campanha não fosse estabelecida como estratégia do estado ao enfrentamento da pandemia.

O caso dessa seção, portanto, tratará do contrato estabelecido entre a SESA e uma entidade sem fins lucrativos para a gestão de leitos COVID do Hospital Regional de Ivaiporã. Ainda que a instituição contratada seja uma instituição sem fins lucrativos, optou-se por trabalhar esse tema como um sub tópico desse capítulo. Parte-se do entendimento de que a terceirização de serviços de saúde compreende um universo mais amplo de atuação do capital privado, que não se limita às entidades filantrópicas, bem como destaca-se o fato que essas instituições se constituem como empresas.

Primeiro, é importante destacar que a contratação e a ativação de leitos no Estado do Paraná foram regulamentadas por duas resoluções, a Resolução SESA n.º 340/2020 prevista com recursos estaduais; e a Resolução SESA n.º 864/2020 prevista com recurso estadual e federal. Ambas, referem-se à contratualização de leitos e os respectivos valores repassados para cada leito ocupado ou disponível, todos mediados pela central de regulação estadual. Os valores pactuados com os prestadores para manter os leitos disponíveis foram de R\$ 800,00/dia para leitos UTI e R\$ 300,00/dia para leitos de enfermaria (PARANÁ, 2020d, 2020e).

Com o leito ocupado por um paciente acometido pela infecção do novo coronavírus, o prestador deveria apresentar a AIH para faturamento. Essa

apresentação foi considerada um ato formal, porque os prestadores contratualizados no período pandêmico, não estavam recebendo por produção e/ou por avaliação de metas, devido à interrupção de atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos eletivos, mas conforme a média mensal de produção dos últimos seis meses: *“Apesar de que a gente tem que lembrar que nesse período o faturamento, ele foi um faturamento vamos dizer assim simbólico, porque ele não atribui o valor. Os pagamentos eram pela média dos últimos meses [...]”* (E22). Também foi realizado um complemento por leito ocupado não habilitado.

Para leitos habilitados, a complementação financeira no valor da AIH foi de até R\$ 800,00/dia. Para os estabelecimentos sob gestão estadual, o repasse financeiro se deu por meio do contrato do prestador com a SESA e para os estabelecimentos sob gestão municipal, o repasse se deu por meio da modalidade fundo a fundo, ou seja, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Para as unidades geridas pela fundação pública de direito privado do estado (FUNEAS) o contrato foi realizado por convênio. Os contratos para leitos COVID não foram vinculados ao alcance de metas e/ou resultados.

Já para a oferta de serviços nos Hospitais Regionais mencionados foram executadas dispensas de licitação para a contratação de empresas que assumissem a gerência dos leitos. No Hospital Regional de Ivaiporã foram abertos 20 leitos de UTI e 60 leitos de enfermaria, todos sob controle da Central de Regulação do Estado. A contratação desses novos leitos não passou pela regional de saúde: *“a contratação dele foi feito direto pelo gabinete, de certo por dispensa de licitação. Eles mandaram para gente fazer a vistoria em todos os leitos COVID para ver se realmente tinha respirador, tudo certinho, fomos lá dentro, tinha tudo certinho”*. *“Ele [o contrato] é da superintendência de unidades próprias então ele nem é da seção de contrato, não é assistencial né, então não é o [mesmo] contrato que eles fazem com os outros prestadores”* (E22).

Dessa forma, a gestão dos leitos COVID do Hospital Regional de Ivaiporã foi assumida por uma associação privada sem fins lucrativos (filantrópica), mantenedora de uma rede de hospitais e de serviços de saúde no noroeste do estado, por meio de uma dispensa de licitação. A prerrogativa jurídica utilizada para a dispensa está

baseada no artigo 34 da Lei Estadual n.º 15.608/2007⁵² e no artigo 4º da Lei n.º 13.979/2020: “*Fica dispensada a licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus de que trata esta Lei*” (BRASIL, 2020f).

O primeiro contrato (n.º 2220-125/2020) com a associação teve vigência de seis meses, de maio a novembro de 2020 e valor contratual de R\$ 16.920.000,00 (dezesesseis milhões e novecentos e vinte mil reais) para a gestão de 20 leitos de UTI e 60 leitos de enfermagem clínica, prorrogado por igual período (PARANÁ, 2020g).

Observa-se, no relato desse caso, que o estado optou pela terceirização do serviço, pois ocorreu a contratação de uma empresa para a gerência de uma unidade própria, ao invés de assumi-la pela administração direta. A justificativa para tal pode estar associada à urgência na oferta de serviços e a possibilidade desses leitos não serem definitivos. Observa-se também, que a empresa licitada é uma associação privada sem fins lucrativos, corroborando o que foi discutido na seção que abordou esse tipo de estabelecimento, especialmente, no que diz respeito ao comportamento de mercado observado no *filantrópico privado*.

Os entrevistados também mencionaram a ocorrência de terceirização por meio de dispensa de licitação para o Hospital Regional de Telêmaco Borba.

“*E aí eles abriram uma licitação desses leitos COVID e quem ganhou foi o hospital lá de Telêmaco Borba? [...]. Não! Quem ganhou foi um hospital de Ponta Grossa que terceirizou o serviço para o hospital de Telêmaco Borba*” (E11).

O contrato foi estabelecido com uma empresa de um município de grande porte daquela região, mas para sua execução a empresa contratou outra instituição do município onde o hospital está alocado, processo que a literatura considera como *quarteirização*, ou seja, subcontratos realizados por determinada empresa para a prestação de um serviço (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

A terceirização no âmbito da contratualização de serviços de saúde não é um fenômeno específico para a gestão de estabelecimentos de saúde. Ela também tem

⁵² Art. 34. É dispensável a licitação: IV - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos (PARANÁ, 2018f).

sido executada para o provimento de recursos humanos na administração pública, inclusive para atividades finalísticas e de forma mais clássica para a prestação de serviços diversos, compondo também, um subprojeto dos orçamentos públicos da administração direta e indireta. Alguns autores consideram esse processo como uma das muitas formas de privatização.

Nesse sentido, a discussão sobre distintas formas de privatização no SUS requer a compreensão de que esse fenômeno também se insere na esfera da terceirização de serviços e da força de trabalho no sistema público de saúde, além de outras formas de materializar a relação privada, quer seja por meio da publicização ou da desestatização de serviços públicos.

A publicização refere-se ao fomento às organizações sem fins lucrativos, particularmente, às OS, para prestação de serviços de interesse público, por meio de métodos de gestão procedente do setor privado, mas submetidas, em tese, ao controle estatal e social. A desestatização, por sua vez, pode ser compreendida pela transferência, para a iniciativa privada, da execução de serviços públicos, diretamente ou através de entidades controladas (BRASIL, 1997).

Assim, o debate a respeito da privatização dos serviços de saúde é amplo e muitas vezes incorporado por divergências conceituais e insuficientes dado à complexidade do tema. Esse debate também está vinculado aos aspectos institucionais e ideológicos dos atores envolvidos e impulsionados por movimentos ultra e neoliberais a respeito do papel e dos limites de atuação do Estado nas políticas públicas. Para a sua melhor compreensão, alguns autores têm categorizado a privatização em etapas, que vai desde a participação do setor privado nas políticas públicas até a sua venda e apropriação propriamente dita (SÁNCHEZ-MARTÍNEZ; ABELLÁN-PERPIÑANA; OLIVA-MORENO, 2014; MUSCHELL, 2014).

Nesse sentido, a privatização dos serviços de saúde é classificada segundo Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñána e Oliva-Moreno (2014) em três grupos: a) a privatização formal, quando o Estado transfere a administração para entidades públicas de direito privado, por exemplo, as fundações estatais; b) a funcional, quando a transferência ocorre para entidades sem fins lucrativos (filantrópicos, organizações sociais e consórcios públicos); e, c) material, quando há a venda ao setor privado.

Já para Muschell (1995) existem apenas duas formas de categorizar a privatização: *1*) a privatização passiva, que se refere ao crescimento do setor privado

por sua própria conta, sem nenhuma mudança relacionada à política governamental; e, *ii*) a privatização ativa, na qual o governo incentiva a participação e ampliação do setor privado, por meio de legislação e normativas que o beneficiam.

A privatização ativa, segundo PAIM (2018) ocorre por meio de dois boicotes do Estado em relação aos serviços públicos de saúde. O primeiro, o boicote “passivo” é fruto do subfinanciamento público, processo compreendido como um *feedback positivo* à privatização dos serviços e o segundo o boicote “ativo”, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação.

As características observadas nesta pesquisa a respeito das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços indicam a uma privatização ativa do Estado, aspecto que é corroborado tanto por dados do SCNES (2020), que apontam que cerca de 70% dos estabelecimentos do SUS no Brasil estão vinculados ao setor privado, percentual que atinge 72% na região pesquisada, quanto da análise dos diversos estímulos legislativos às entidades sem fins lucrativos, como por exemplo, as isenções tributárias, que totalizam até 0,5% do PIB nacional.

Outro aspecto que deve ser mencionado é que o processo de privatização ao influenciar a implantação de determinadas modalidades gestoras, geram consequências na forma de provimento da força de trabalho no SUS e no modelo de atenção à saúde.

Em recente publicação, Ney e Gonçalves (2020) relacionam as reformas da administração pública e o processo de políticas neoliberais, com o desmonte do Estado e com reflexos importantes nos regimes jurídicos funcionais. Segundo os autores a cada reforma promovida pelo Estado, o vínculo empregatício dos servidores públicos foi tornando-se cada vez mais precarizado.

A primeira reforma ocorreu com a criação da CLT em 1943 e com ela a primeira ruptura no regime jurídico único (RJU), o que hoje corresponde ao vínculo estatutário; a segunda deu-se por meio da publicação do Decreto Lei n.º 200/67 e com ele a criação de entidades da administração pública indireta (Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e de Economia Mista), que apesar de vinculadas ao setor público assumiu o regime celetista com forma de vinculação profissional. A CLT descreve regras gerais de contratação de pessoal e assim, ignora o acúmulo de conhecimento e o potencial de intervenção das carreiras do Estado, possíveis no regime estatutário na administração pública. E por fim, a terceira reforma em 1995,

com a publicação do Plano Nacional de Publicização, criação das Organizações Sociais, e a tentativa de dar fim ao RJU em 1998 com a EC 19/1998, por meio da contratação de pessoal na modalidade emprego público via CLT (NEY; GONÇALVES, 2020). No entanto, a proposta foi posteriormente invalidada pela Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n.º 2135 de 07/03/08⁵³, a qual retornou com o RJU para provimento de cargos públicos (BRASIL, 2008).

Considera-se que atualmente vive-se o quarto ciclo reformista, possibilitado particularmente pela legislação que colocou em prática a Lei da Terceirização (BRASIL, 2017a) e da Reforma Trabalhista (BRASIL, 2017b). Esses fatores promoveram a inclusão de vínculos flexíveis de trabalho, incluídos no rol funcional de servidores temporários, de regime jurídico especial. A flexibilização da força de trabalho no setor público também integra o projeto privatista, que, se por um lado possui o pretexto de ganhar eficiência, por outro, reduz direitos trabalhistas e repercute na organização e nos resultados dos serviços de saúde.

Segundo Campos (2018), as reformas mencionadas acima não podem ser consideradas reformas propriamente ditas, pelo contrário, devem ser entendidas por contrarreformas, pois se caracterizam por ações conservadoras, regressivas e centradas na desconstrução de direitos. Nesta perspectiva, o modelo indutor privatizante do Estado e seus reflexos no SUS são contrários às propostas trazidas pelo MRSB.

No entanto, a relação do sistema público com o privado e a mútua dependência entre ambos parece ser indeclinável (VIANA, FONSECA, SILVA, 2017). Dessa forma, a reflexão sobre o processo de regionalização, tanto na região de pesquisa como nas demais regiões brasileiras, não deve ignorar a participação privada nos serviços de saúde, seu escopo de atuação, amplitude, “desejos” e intenções, bem como de suas distintas configurações.

Em outras palavras, a relação privada com o sistema de saúde apresenta-se como um condicionante extremamente importante ao processo de regionalização, particularmente, pelo fato de o setor responsabilizar-se por expressiva oferta dos

⁵³ Portanto, da data da publicação da EC 19/1998 até a data da publicação do julgamento da liminar da ADIN 2135/08 era legal a admissão por emprego público, e os que foram assim admitidos e que permaneciam atuando, mantiveram esse tipo de vínculo. Depois de 07/03/08 a única exceção ao RJU, no caso da saúde, refere-se às categorias de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), que podem ser admitidos por emprego público via CLT (EC 51 de 14/02/06 e a EC 63 de 04/02/2010), exclusivamente no âmbito do SUS.

serviços, sejam eles especializados, ambulatoriais ou hospitalares, como também da atenção primária, em alguns territórios.

Esse enfrentamento passa pelo fortalecimento do processo de contratualização/regulação e segurança jurídica dos contratos estabelecidos, assim como pelos desafios, já pontuados nas sessões anteriores, quanto às responsabilidades e limites dos entes federados sobre a gestão contratual desses estabelecimentos. Ao mesmo tempo é urgente a revisão da legislação que favorece e amplia a atuação do setor complementar e também do subsistema de saúde suplementar, uma vez que entidades privadas sem fins lucrativos comercializam planos privados, ao mesmo tempo em que mantém serviços contratualizados ao SUS.

Os aspectos discutidos nessa seção reforçam a condição de “*Estado-empresário*” atribuído à administração pública, ou seja, quando o Estado implementa e incorpora práticas gerenciais do privado, por meio das concepções trazidas pela *New Public Management* (NPM).

Sabe-se que o contrato discutido no relato desse caso é exclusivo para o atendimento de leitos COVID. No entanto, foi mencionado na seção anterior, que abordou o caso dos *filantrópicos privados* (6.3.1), que esses estabelecimentos geralmente não são porta aberta à região e, além disso, realizam certa seleção na oferta de serviços.

Nessa perspectiva, as modalidades institucionais de gestão de cunho privatista assumem um tipo de gerencialismo de acesso, pois promovem barreiras aos serviços não contratualizados pelos estabelecimentos. Essa questão foi tema da pesquisa de Goya e Andrade (2018) que, ao analisarem o processo de regionalização no estado do Ceará constataram que a contratualização dos serviços regionais por resultados, baseadas no ideário neoliberal e promovidas por organismos multilaterais, estão mais voltadas ao alcance da cobertura dos serviços do que à universalidade do sistema.

Assim, os elementos constituintes e os resultados dos modelos de gestão privada também influenciam, em alguma medida, o fortalecimento do modelo de atenção à saúde, biomédico e assistencial, predominante nesses estabelecimentos. Influenciam também os jogos, as relações de poder e devido ao amplo universo de atores e instituições envolvidos na oferta e na gestão dos serviços de saúde, as forças em disputa para recursos públicos, políticos e sociais, constituídas na

atualidade.

Nesse contexto, observa-se, como já destacado, a introdução cada vez mais proeminente de mecanismos de mercado nos serviços públicos de saúde, o que remete ao fenômeno de mercantilização do SUS. Entende-se que o termo mercantilização acomoda esse processo de forma mais ampla e se relaciona ao aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde, mediante a participação direta do setor privado enquanto prestador de serviços e de recursos privados no financiamento, assim como a adoção de princípios privados de gestão, remuneração e organização dos sistemas (FERREIRA; MENDES, 2018).

A mercantilização em termos de processo pode se expressar de forma implícita e explícita. O processo é explícito quando envolve transferência direta de responsabilidade do setor público para o privado e é caracterizado como implícito quando ocorre a adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público.

No Brasil observamos os dois fenômenos, embora a mercantilização implícita, inclusive por meio de incentivos fiscais e tributários já seja uma realidade em diferentes regiões do país, principalmente no eixo sudeste-sul, no qual o setor privado encontra maiores condições de crescimento.

No entanto, vale mencionar que a crise do capitalismo em anos recentes, provocou uma tendência já prevista por Karl Marx de penetração, capilarização e expansão de relações capitalistas em todas as esferas da produção material, como nos serviços de saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Para Marx (1985) tanto o Estado está a serviço da reprodução do capital, como a concorrência entre os capitais se dá em todos os planos em que o mercado se faz presente, especialmente nas políticas a ele direcionadas.

Assim, as políticas de contra reforma do Estado, adotadas no Brasil e em países em desenvolvimento, caminham para a mercantilização explícita dos serviços de saúde por meio de características neopatrimonialistas⁵⁴ e de terceirização não só dos serviços como da própria gestão (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Nesse sentido, advoga-se, conforme defende Salgado (2021), que serviços podem ser terceirizados, a gestão pública não.

⁵⁴ Neopatrimonialismo pode ser conceituado como uma nova relação de benefícios entre o público e o privado que envolvem o Estado e o mercado (DOMINGUES, 2008).

Dessa forma, questiona-se: como fomentar nos atores públicos e privados a cooperação com vistas ao processo de regionalização no SUS, se possuem projetos e concepções distintas? Seria o processo de regionalização integrado à contratualização, ainda que potente, suficiente para a organização de serviços regionalizados?

Os resultados da pesquisa apontam que o processo da construção de uma rede de atenção regionalizada deve considerar, sem ingenuidade, o rol de estabelecimentos privados ambulatoriais e hospitalares com ou sem fins lucrativos de uma região. No campo de pesquisa, ainda que o número absoluto de estabelecimentos hospitalares desse grupo seja menor, eles concentram a maior parte dos leitos da região, especialmente nas instituições *filantrópicas privadas*. Dessa forma, os estabelecimentos privados e híbridos configuram-se junto aos muitos contratos terceirizados de ASPS e da força de trabalho no SUS, de fato, a privatização realizada em regiões compostas por MPP. O caso também nos dá pistas de como os serviços privados lucraram e estão lucrando com a pandemia em curso.

O fator lucro talvez seja a condição mais relevante que separa os serviços públicos, entre eles os de saúde, das muitas formas de privatização do Estado. Mesmo que na administração pública direta e indireta se observe um incentivo crescente ao empresariamento do setor, os estabelecimentos públicos ainda mantêm muitos serviços próprios, não possuem a prerrogativa de escolha de demanda, pelo menos na perspectiva legal e principalmente não detêm o lucro como resultado final, características que os estabelecimentos privados, com a exceção dos *filantrópicos puros*, tendem a apresentar.

Há que se considerar também, que os serviços privados lucrativos utilizam de sua influência e poder em diversos níveis de governo e estruturam e são estruturados, a partir da perspectiva coletiva e política que consideram ser prioridade o investimento público nesses estabelecimentos, se comparado aos investimentos em estabelecimentos da administração direta, por exemplo, nos HPP. Essa condição é explicada pela corrente neoinstitucionalista, por meio de padrões de comportamento fomentado pelas instituições governamentais ao ditarem preferências sociais, além de lobbys e pressão de associações representativas dessas instituições.

Quanto ao processo de contratualização nesses estabelecimentos, defende-

se a avaliação de metas e resultados, não pela perspectiva da indução de organismos multilaterais, mas pela concepção que essa ação é um dos aspectos que podem contribuir com a melhoria dos serviços pactuados, mediante as necessidades locais/regionais, principalmente por constituir-se como ferramenta para o fortalecimento da governança pública dessa rede, desde que, corretamente e eticamente executada, por meio das comissões de avaliações.

Segundo Alcoforado (2005) o processo de contratualização pode ser dividido em três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento. Essa última característica pode ser medida por meio de indicadores do tipo “*output*”, ou de produção e indicadores do tipo “*outcomes*” ou de impacto e resultado.

No entanto, deve-se ter em mente que a definição de indicadores rígidos e engessados pode levar ao estabelecimento da cultura do “desempenho a qualquer custo”, como por exemplo, estratégias de manipulação dos dados, o que a literatura caracteriza como *gaming* (PERDICARIS, 2012).

Hood (2007, p. 100) descreve o *gaming* como uma consequência não intencional de um sistema de metas, definindo-o como “a forma deliberada de manipulação ou fabricação de dados”. Por outro lado, as metas podem servir de auxílio para uma mudança no comportamento institucional, ou efeito *Hawthorne*⁵⁵.

De qualquer forma, nem sempre serão estabelecidas todas as metas possíveis para um determinado serviço. Por esta razão a literatura vem defendendo para sistemas complexos, como o de saúde, a implementação de contratos que apresentem um equilíbrio entre as metas e o fortalecimento da colaboração, diálogo e confiança recíproca entre contratante e contratado, os chamados contratos relacionais (PERDICARIS, 2012).

O contrato relacional é uma forma de contratualização baseada em aprendizados e por isso requer um sistema maduro. Os termos explícitos no contrato são apenas um arcabouço, pois há termos implícitos e entendimentos que determinam o comportamento das partes, principalmente em sistemas como o SUS, em que prestador e gestor estão mutualmente dependentes (PERDICARIS, 2012).

⁵⁵ O efeito Hawthorne ocorre quando as pessoas mudam um comportamento porque sabem que estão sendo monitoradas. O estudo original foi realizado em 1927 e avaliou a relação entre a intensidade da luz (forte, moderada ou fraca) e produtividade na fábrica Hawthorne Works, constatando que o aumento da produtividade não se deu pela intensidade de luz, mas sim pelo fato que os trabalhadores sabiam que estavam sendo avaliados. (Sackett Catalogue of Bias Collaboration, Spencer EA, Mahtani K, Hawthorne bias. In: Catalogue of Bias 2017: <https://catalogofbias.org/biases/hawthorne-effect/>).

Os aspectos apresentados acima a respeito das possibilidades e mudanças que o processo de regionalização, cooperação e contratualização dos serviços de saúde podem fomentar, ainda que potentes, parecem ser insuficientes à força do capital, à sua influência sobre os atores envolvidos e, a forma como age e se organiza nos serviços de saúde. Principalmente, quando se considera a implementação da contratualização nos sistemas públicos como uma iniciativa induzida por organismos multilaterais e, o processo de regionalização como uma consequência da globalização do capital e de produção material.

De qualquer forma, a atuação do capital parece ser indeclinável sobre o sistema de saúde. Nesse contexto, questiona-se como barrar esse movimento? Quais mecanismos favoreceriam feedbacks negativos a esse processo?

Entende-se que possíveis alternativas atravessam conjuntamente: *i)* maiores investimentos e recursos financeiros ao setor público; e, *ii)* um projeto político coletivo, quer seja por meio de levante popular, a partir da exaustão da população, ou sua politização. Nesse último, compreende-se a importância do papel e inserção das universidades, por meio de projetos pedagógicos destinados aos usuários, profissionais e gestores, com o propósito de resgatar os princípios do MRSB e fortalecer o próprio SUS, como política pública prioritária e universal.

6.5 O CASO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

Esta seção tratará a respeito de um hospital da macrorregião de pesquisa que é gerido por uma fundação estatal. As fundações são instituições criadas e mantidas pelo poder público, destinada a realizar atividades de interesse público, sob amparo e controle permanente do governo. As fundações foram instituídas pelo Decreto Lei n.º 200/1967, pertencem à administração indireta e podem possuir regime jurídico de direito público ou privado. Embora previstas desde a década de 1960, a CF (1988) não tratou em seu texto das fundações de direito privado, e estabeleceu para as fundações públicas de direito público o regime jurídico semelhante aos das Autarquias.

As fundações públicas com regime jurídico privado foram reconduzidas como modalidade jurídica no contexto da Reforma Administrativa do Estado por meio da EC 19/1998. No entanto, só foram instituídas anos mais tarde, pela Lei Complementar n.º 92-A/2007, no primeiro governo do presidente Lula por meio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) (BRASIL, 2007a).

As fundações públicas de direito privado, também conhecidas por fundação governamental ou fundação estatal de direito privado (FEDP), são instituições dotadas de autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos públicos diretos do tesouro do ente que a instituiu e/ou de outras fontes (BRASIL, 2015a), além disso, não é regida pela LRF (IBAÑEZ, VECINA NETO, 2007). Em 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou por unanimidade a constitucionalidade das Fundações Estatais em saúde (IDISA, 2020).

No Paraná, o governo do Estado instituiu por meio da Lei Estadual n.º 17.959, de 11 de março de 2014 a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS). A FUNEAS é uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de beneficência social, de interesse e de utilidade pública regida por seu estatuto e pela Lei n.º 17.959/2014. Integra a administração pública indireta do Estado do Paraná vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para efeito de supervisão e fiscalização de suas finalidades. Tem por objetivo descrito em lei, desenvolver e executar ações e serviços de saúde nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde:

Art. 2º A Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná terá por finalidade desenvolver e executar ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, de desenvolvimento, pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, medicamentos e insumos, e de educação permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS do Estado do Paraná nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 2014)

As instituições da administração pública indireta foram pensadas para dar mais agilidade aos processos de trabalho (autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira). Gozam de privilégios processuais e das imunidades previstas na Constituição, na forma do § 2º do art. 150, no que tange à isenção de imposto sobre o patrimônio, renda e serviços.

Como mencionado, as FEDP possuem patrimônio próprio (adquirido ou doado), realizam contratação da força de trabalho por CLT sem estabilidade ao profissional e precisam fazer licitação sempre que a ação envolver dinheiro público (com regulamento próprio baseado na Lei 8666/93). Geralmente o processo de licitação é centralizado nas sedes das fundações, fato que também ocorre na FUNEAS.

Atualmente a FUNEAS gerencia cinco hospitais estaduais no Paraná: Hospital Regional de Guaraqueçaba, Hospital Regional do Litoral (Paranaguá), Hospital Infantil Waldemar Monastier (Campo Largo), Hospital Regional do Sudoeste (Francisco Beltrão), Hospital Regional do Norte Pioneiro (Santo Antônio da Platina); e duas instituições: a Escola de Saúde Pública do Paraná (Curitiba) e o Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos (CPPI - Piraquara).

Trataremos aqui do Hospital Regional do Norte Pioneiro (HRNP), localizado no município de Santo Antônio da Platina na 19ª Regional de Saúde de Jacarezinho. De acordo com o IBGE a estimativa populacional nesse município é de 46.251 habitantes (IBGE, 2020). O HRNP foi instituído por meio de uma parceria entre uma instituição internacional ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), a *World Family Organization*⁵⁶ (WFO), ou Organização Mundial da Família e contou também com o apoio da Associação de Proteção à Maternidade e Infância (APMI), devido às taxas regionais muito elevadas de mortalidade materna e infantil na década de 1990.

A WFO financiou parte da construção do hospital, que é de modelo e

⁵⁶ Essa organização tem como objetivo principal representar as famílias do mundo em diversos níveis, defender seus interesses e atuar com elas e por elas perante os governos e a comunidade internacional.

engenharia canadense. A instituição demorou a iniciar suas atividades e foi inaugurada várias vezes, até que o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNORP) assumiu a gestão do estabelecimento em 2007.

Isso significa que desde o início de suas atividades em 2007 até por volta de 2017, o hospital foi custeado pelos municípios da região, via ação consorciada. Em 2018 os prefeitos solicitaram que a SESA o assumisse, devido ao custo de sua manutenção, sendo incorporado pela FUNEAS no mesmo ano.

“Sempre foi uma briga muito grande para poder passar na verdade o hospital para administração do Estado, por que ele foi criado, foi doado o terreno, aí uma ONG construiu, quem sempre administrou foi o Consórcio intermunicipal de Jacarezinho” (E11).

Atualmente, o estabelecimento possui 75 leitos, 52 fixos e 23 complementares (SCNES, 2020). É referência na rede materna e infantil para o risco habitual de alguns municípios e ao alto risco dessa região.

Os entrevistados mencionam que as vantagens da instituição ser gerida por uma fundação de direito privado, estão relacionadas à flexibilização dos contratos públicos e o fato da FUNEAS construir licitações globais realizadas para todas as unidades que estão sob gestão da fundação. Além disso, citaram como aspecto positivo, a terceirização por meio de pessoa jurídica, de empresas para a execução de serviços e atividades meio e fim, incluindo a força de trabalho.

Como já citado, o propósito do HRNP, desde sua concepção, foi o de oferecer assistência materna e infantil. No entanto, os gestores entrevistados mencionaram que a relação entre os municípios e a equipe médica de referência para as gestantes sempre foi conflitante. Houve relatos que eram negados acessos a algumas gestantes em início de dilatação uterina e que por vezes, os partos ocorreram no transporte sanitário durante o retorno das mesmas aos municípios de origem.

“Era um vai e vem com a gestante, que muitas vezes ganhava o bebê na ambulância. Sem assistência, porque muitas vezes [na ambulância] vai sem o técnico de enfermagem, é só com motorista e o motorista tinha que fazer o parto” (E11).

Esse fato ocorria com maior frequência quando a instituição era gerida pelo Consórcio, no entanto, mesmo com a mudança da gestão hospitalar para a FUNEAS, a equipe médica permaneceu. *Agora dizer para você que melhorou o trato*

da equipe médica, não. Eles distraíram muita a gestante, distraíram o município [...] (E11).

Esse aspecto é dos exemplos de como a organização de uma rede temática ou linha de cuidado, envolve inúmeras questões, que vão desde o fluxo à execução da assistência. Mas, ao mesmo tempo, sinaliza para o fato que regiões formadas por municípios pequenos possuem menor quantidade de profissionais de saúde especializados. Para algumas áreas médicas, por exemplo, não há nenhum especialista na região.

A distribuição de especialidades médicas no Brasil é bastante desigual e condiciona a regionalização de serviços de regiões pequenas (SILVA *et al.*, 2020), o que evidencia que a escolha pela modalidade de gestão nem sempre corrigirá problemas na oferta de serviços, impostos pela escassez de profissionais e densidade tecnológica nas regiões de saúde. Em contrapartida, se o financiamento da rede estiver vinculado ao alcance de metas e resultados, os sujeitos membros das comissões de avaliação, terão por meio do instrumento e da possibilidade de reter recursos financeiros, artifícios para possíveis correções nas condutas do estabelecimento. Esses elementos reforçam a necessidade de qualificação da atenção primária, a adoção de protocolos clínicos e de instrumentos de estratificação de risco.

Os entrevistados mencionaram também que a rede materno infantil já foi, por sua vez, mais fragilizada, pois o estabelecimento não detinha o serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, ou seja, apesar de ser referência para a gestação de alto risco, os casos graves em neonatos eram transferidos para outros serviços. A UTI neonatal foi credenciada nesse estabelecimento pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM n.º 160 de 09 de abril de 2010, mas somente em 2014, iniciou as atividades com oito leitos ativos, após uma parceria da SESA com o CISNORP.

Ainda em relação à oferta de serviços, a estrutura hospitalar também previa uma UTI adulta com 10 leitos, mas o serviço somente foi aberto com a contratualização de leitos COVID, de acordo com a legislação discutida na seção anterior.

“Então o ano passado a secretaria de [Estado da] saúde fez um estudo de viabilização de abertura e estruturação da unidade de terapia intensiva e esbarramos no quesito força de trabalho médico. Infectologista, para você ter noção,

não temos infectologista na décima nona regional de saúde. Então não conseguimos abri-la, mesmo fisicamente com equipamento. Ela estando perfeita, [mas] não tinha recursos humanos. Com a vinda da COVID, tornou viável algumas exceções né” (E18).

Nesse caso o contrato foi estabelecido entre a SESA e a FUNEAS, que terceirizou os serviços, por meio da abertura de um procedimento auxiliar de credenciamento de empresas com intuito da oferta de equipes assistenciais de saúde (médicos plantonistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem) na ordem de R\$ 4.220.496,00 (quatro milhões, duzentos e vinte mil, quatrocentos e noventa e seis reais) por um período de 12 meses. Além dos leitos de UTI, também foram credenciados leitos de unidade intermediária e enfermaria. Atualmente o HRNP é referência para cerca de 300 mil habitantes, residentes na 19ª Regional de Saúde.

Em relação às questões contratuais, o contrato realizado com as fundações públicas caracteriza-se por contratos de gestão. Inicialmente, o contrato de gestão foi definido como o contrato administrativo celebrado entre dois entes da administração pública, ou seja, quando tanto o sujeito ativo e o passivo eram integrantes da administração pública. Com advento da Reforma do Estado, a reconfiguração das fundações públicas de direito privado e a criação das organizações sociais, esse instrumento contratual passou a ser utilizado sem critérios específicos.

Esse aspecto, causa certa divergência entre doutrinadores do direito administrativo, que consideram o contrato de gestão inválido, principalmente quando os órgãos da administração indireta não estão previstos em lei. De forma geral, o contrato de gestão é um contrato administrativo por meio do qual a administração pública busca dar maior autonomia às fundações públicas, garantindo maior transferência orçamentária e eficiência. São contratos celebrados com periodicidade mínima de um ano e estabelecem metas, indicadores de desempenho e critérios de avaliação (MARINELA, 2014).

O art. 37 da CF 1988 determina que a administração pública direta e indireta de qualquer um dos poderes (União, Estados, Distrito Federal e municípios) obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (LIMPE). O princípio da eficiência foi introduzido pela EC 19/98, a mesma que trata das fundações públicas de direito privado. Além disso, a Emenda também deu ao contrato de gestão *status* de regra constitucional, art.37 § 8º:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal.

No entanto, mesmo que previsto na constituição, o contrato de gestão é questionado juridicamente. Entre as críticas, destacam-se a estruturação de um instrumento unilateral, do Estado para o Estado e a incoerência em designar à outro órgão ligado à administração pública, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, pois estes estariam subordinados à mesma estrutura hierárquica, ou seja, constituir um contrato para alcançar um objetivo que em tese a administração pública já deveria possuir (MARINELA, 2014).

Por outro lado, as vantagens do contrato firmado, neste caso para viabilidade de uma fundação pública de direito privado (FUNEAS), pode estar relacionada como estratégia de fuga à LRF e ao empresariamento dos serviços públicos de saúde.

A LRF, Lei Complementar n.º 101/2000, instituída no bojo da Reforma do Estado por estímulo de organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), determina que a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da federação, não exceda os percentuais da receita corrente líquida em 50% na União e 60% em Estados e municípios. Essa normativa ao mesmo tempo em que objetiva reduzir o escopo de atuação do Estado, condiciona o avanço de políticas públicas, como a saúde, que se organiza e mantém como seu principal instrumento a força de trabalho dos profissionais do SUS. Além disso, incentiva à adoção de terceirizações, credenciamentos e o fortalecimento de modelos que não são regidos por essa instrução legal, como as fundações públicas de direito privado.

Outra “vantagem” para adoção da Fundação, que pode ser destacada foi o fato de os municípios, neste caso, interromperem o custeio per capita, que variou entre R\$ 0,40 a R\$ 0,60 por habitante/mês no período que o estabelecimento foi gerido pelo consórcio, os desonerando do custeio da instituição.

Ainda sobre a contratualização, o estabelecimento não possui contrato de metas vinculadas ao recurso federal e o município onde está alocado também não é gestor do teto de média e alta complexidade. Além disso, por estar sob gestão da

FUNEAS, é ela quem recebe a transferência dos recursos do ente estadual, já previstos no contrato de gestão. Dessa forma a fundação é quem gere os recursos de produção desse estabelecimento e possui autonomia para uma contratualização interna com as unidades sob sua responsabilidade.

Quanto à inserção desta modalidade de gestão no âmbito regional, os entrevistados mencionaram, pelo menos em relação ao caso em discussão, problemas próximos e/ou idênticos aos estabelecimentos mantidos e geridos pela administração pública direta, entre eles, a dificuldade no acesso e a assistência parcial e fragmentada de alguns serviços. Para um dos entrevistados o hospital tem os mesmos problemas que um serviço público e escolhem a demanda como um serviço privado, ou seja, o fato de ser um hospital público regional não é sinônimo que atenderá as necessidades da região: *“Sim, eles têm as mesmas dificuldades, não posso te dizer que não. A decisão do que eles vão fazer lá, eles não tomam baseados [na necessidade regional] não, que aí já querem na CIR, é o que eles querem atender, na verdade”* (E11).

A concepção de um estabelecimento hospitalar mantido pelo ente estadual pode dar uma falsa conotação que a instituição se organize às principais demandas e gargalos regionais, como o acesso a cirurgias eletivas de média complexidade. No entanto, o estabelecimento não avançou nessa esfera. Tanto que na última campanha de cirurgias eletivas, o hospital apenas credenciou o atendimento após grande pressão dos gestores municipais: *“Eles fizeram algumas cirurgias lá sim, mas a intenção da região é que fosse um hospital que pudesse atender mais cirurgias eletivas, não fosse só um número pequeno, porque acaba indo pacientes daqui para Curitiba para fazer uma eletiva. Uma época aqui o Hospital de Santa Mariana [HPP], estava recebendo na última campanha de cirurgia eletiva né, ele se credenciou e estava fazendo aqui da maioria da região”* (E11).

Embora inserida no texto constitucional por meio da EC 19/98, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) só foram instituídas por lei em 2007. Sua implementação ficou a cargo do MPOG, que publicou, em 2003, o documento “Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula”.

Silva, Lima e Teixeira (2015) alertam que diferentemente do plano nacional do governo anterior de publicização, que defendia um Estado regulador e financiador, o plano de governo do presidente Lula apresentou como proposta um “Estado atuante, promotor de crescimento e da justiça social e fiscalmente

sustentável, a partir das reformas que a sociedade apoiar” (BRASIL, 2003, p. 8).

O documento segundo as autoras apresenta que a incapacidade do Estado em assegurar os direitos civis e sociais básicos é justificada por um déficit institucional, consequência de uma trajetória histórica que produziu um Estado frágil e possibilitou a atuação de entes não estatais na oferta de serviços públicos, além disso, reforçam os aspectos patrimonialistas, como a base do sistema administrativo brasileiro, destacados no documento.

Ibañez e Vecina Neto (2007) ao analisarem os diferentes modelos de gestão em saúde afirmam que a administração pública direta possui baixa capacidade operacional e que seus dogmas administrativos não permitem gerenciar com eficiência, instituições complexas, como as de saúde. Reiteram que o próprio TCU, em 2006, reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública empurram o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado, com intuito de viabilizar-se. No entanto, criticam o PDRAE dos anos 90, ou “Reforma Bresser”, ao alegarem que esse plano tendenciou-se mais para a ampliação do terceiro setor, do que para introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública.

É sabido que as consequências do modelo de gestão burocrática dificultam a administração direta. Inúmeros processos, como a contratação da força de trabalho e as etapas genéricas dos processos de licitação (Lei 8666/93), prejudicam a gestão dos serviços de saúde. No entanto, por outro lado, órgãos de controle as justificam devido ao grande volume de recursos movimentados no SUS, e, portanto, mostram-se como estratégias necessárias para limitar desvios, bem como a má utilização dos recursos públicos.

Entretanto, as FEDP apesar de gozarem de certa autonomia administrativa e formato jurídico inovador comparado aos demais modelos, permanecem reforçando práticas do modelo de gestão patrimonialista, ao proverem cargos políticos na direção da fundação, bem como para a gerência de suas unidades: “[...] *porque a gente teve grandes problemas também porque os administradores anteriores do hospital [...] tinha alguns [que] não tinham conhecimento nenhum, era carga político né e ele ficava lá como cargo político e não entendia nada e [nada] avançava*” (E11). As FEDP, assim como as OS, podem remunerar diretores com valores acima do teto salarial do respectivo nível de governo que as mantém.

Quanto à contratação da força de trabalho, as FEDP devem seguir o regime

jurídico celetista, mas o caso pesquisado vem realizando a contratação de pessoal na modalidade de terceirização: *“Na equipe de enfermagem e na equipe assistencial, nós já estamos com empresa licitada e essa empresa fez a absorção da mesma equipe de trabalho [que já atuava na instituição]”*.

Apenas não são terceirizados os serviços de apoio hospitalar que a região não possui fornecedor, aspecto que reforça determinado empresariamento para a oferta de serviços de saúde: *“Se você me perguntasse para terceirizar a lavanderia no hospital, seria mais interessante para nós, mas hoje eu não tenho um prestador que tenha interesse”* (E18).

E ainda que, a instituição pertença à administração indireta, e possua por intermédio de sua direção, relação mais próxima com o nível central do estado, o estabelecimento encontra-se em um território regional, sendo assim, integra a rede de serviços dessa região, participa e deve estar condicionado ao processo de governança regional. Ocorre que os entrevistados pontuaram fragilidades na sede descentralizada do estado naquela região: *“Nós estamos aqui na 19ª regional com a regional muito fragilizada. Eles tinham uma falta grande servidores, aí foi recomposta a maioria dessas vagas por cargo de confiança, que não sabem nem o que é saúde pública e isso fragilizou demais a região, demais mesmo [...] quando a regional não está à frente conduzindo o processo, que é um processo do estado né, a FUNEAS é um braço do estado, a gente fica fragilizado, fica patinando né, eu penso que tudo isso é [muito] difícil”* (E18).

Observa-se que para a efetivação da relação federativa e da governança nessa região é necessária a participação de todos os atores e entes envolvidos. Nesse contexto, Silva, Lima e Teixeira (2015) destacam que o modelo de FEDP não dá conta de garantir a participação social, aos moldes do que é preconizado no arcabouço jurídico do SUS. Além disso, a ausência de liderança e coordenação do estado enfraquece ainda mais o processo de governança regional e consequentemente de possíveis intervenções junto à instituição hospitalar para atendimento às demandas da população. Uma vez que, segundo Ibañez e Vecina Neto (2007) deve haver uma associação dos contratos de gestão das FEDP com as necessidades regionais e locais, para que seja assegurada a integração, articulação e equilíbrio da rede de atenção à saúde.

Isso significa que existe grande importância do papel do estado na contratualização, condução, coordenação e aperfeiçoamento dos processos de

pactuação acerca das necessidades regionais. Além disso, o caso nos mostra que a fragilidade da governança regional pode impedir avanços no processo de regionalização e conformação da rede de atenção à saúde, independente do modelo de gestão instituído em um ou mais estabelecimentos que a compõem.

O modelo de gestão por meio da FEDP, pelo menos neste caso, apresenta-se condicionado aos desafios já reconhecidos do processo de organização de redes regionalizadas, como por exemplo, a escassez de mão de obra especializada. Esses aspectos fazem com que esse prestador se apresente limitado, com problemas idênticos ou semelhantes aos estabelecimentos da administração direta.

O fortalecimento das relações contratuais, bem como da articulação e governança dessa região podem apresentar-se como importantes estratégias para potencializar e colher os benefícios de um modelo, que em tese, apresenta maior autonomia de gestão.

6.6 O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Nesta seção trataremos dos Consórcio Públicos de Saúde (CPS) e dos aspectos que os envolvem no processo de regionalização e incentivo à cooperação entre os gestores de saúde. O texto da CF (1988) no artigo 241 já previa que os entes federados poderiam utilizar-se de consórcios públicos para cooperação e coordenação de esforços. O artigo 10º da Lei 8080/1990 e artigo 3º § 3º da Lei 8142/1990 também normatizaram as possibilidades de estados e municípios estabelecerem consórcios para execução de ações e serviços de saúde. A NOB 01/1996 também estabeleceu que os consórcios de saúde são estratégias para articulação intermunicipal.

Mas foi apenas com a publicação da Lei 11.107/2005, ou Lei dos Consórcios, regulamentada pelo Decreto 6.107/2007, que os consórcios passaram a dotar de maior segurança jurídica.

Segundo a Lei 11.107/2005 o consórcio público pode constituir-se por meio de uma associação pública ou pessoa jurídica de direito privado, podendo assumir diferentes configurações. São considerados consórcios horizontais, ou intermunicipais, aqueles formados entre os municípios. Já os consórcios verticais podem incluir todos os entes federados – municípios, distrito federal, estados e União, em diferentes desenhos (CNM, 2016). No entanto, a legislação rege que a União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os estados em cujos territórios estejam os municípios consorciados. Além disso, reforça que os consórcios públicos na área da saúde deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

Os objetivos dos consórcios públicos são determinados pelos entes da federação que se consorciam, observando sempre os limites constitucionais. Para o cumprimento de seus objetivos o consórcio público poderá firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos de governo; ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da federação consorciados, sem a necessidade de licitação (BRASIL, 2005a).

Quanto ao regime jurídico, os consórcios podem adquirir natureza jurídica de direito público e privado. O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes consorciados. O consórcio

público com personalidade jurídica de direito privado observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Como destacado, os consórcios públicos de direito público são considerados associações públicas. A associação pública adquire personalidade jurídica a partir da promulgação das leis dos entes federados que ratificam o protocolo de intenções e o convertem em contrato de consórcio. Por sua vez, o consórcio público de direito privado adquire personalidade jurídica por meio da inscrição de seus atos constitutivos, ou seja, de seu estatuto, no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, pelos poderes executivos dos entes consorciados (BRASIL, 2014d).

Os consórcios públicos gozam de imunidade tributária, na forma do art. 150, da Constituição Federal, mas, não possuem imunidade previdenciária, assim, contribuem com a quota patronal para o sistema de previdência de seus empregados.

Além disso, constituem-se na atualidade um instrumento para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns entre os entes consorciados. Contudo, para que seja possível a formação de um consórcio é necessária a percepção de que essa alternativa, ou seja, a sua formação, é uma resposta efetiva a um problema que seja comum aos associados (BRASIL, 2014d). Portanto, os consórcios têm sido considerados instrumentos potentes para determinados problemas das políticas de saúde, utilizando-se da ação coletiva e da cooperação entre os entes federados, conforme destaca um dos entrevistados:

“Os consórcios públicos de saúde são instrumentos de apoio à gestão municipal, eles atuam por meio da ação coletiva, desenvolvendo programas de interesse comum entre os entes consorciados, eles também podem atuar enquanto parceiros dos demais entes federativos na organização do sistema de saúde do estado, mas quanto à oferta de serviços públicos na área de saúde, o consórcio ele precisa se configurar primeiro enquanto um instrumento de ação coletiva, ou seja, é importante que o consórcio possa perceber o seu papel enquanto ente deliberado. Ele não tem demandas originárias né e não é um ente individual e também não é um simples prestador, então ele não tem interesses individuais, interesses próprios da organização consórcio, [ele atende] aos interesses que são delegados pelo coletivo dos entes municipais, dos entes consorciados” (E16).

Na perspectiva do sistema de saúde, os consórcios podem ser entendidos como um instrumento de apoio à gestão municipal, ao fortalecer as relações federativas por meio da ação coletiva entre gestores (MENDONÇA, ANDRADE, 2018). Por constituir-se a partir do contrato de rateio entre os municípios, os consórcios não são e não podem ser considerados um ente federado, mas sim, uma modalidade de gestão descentralizada, que atende interesses e demandas coletivas dos entes consorciados.

Para embasar as discussões sobre o papel dessa modalidade de gestão no processo de regionalização, esse caso discute os elementos e características pontuadas pelos entrevistados a respeito dos Consórcios Públicos. Utilizaremos o caso do Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR) da 17ª Regional de Saúde. Essa região possui 21 municípios, sendo que 17 deles são considerados de pequeno porte. Optou-se por descrever esse caso, pois é o consórcio mais antigo da região pesquisada, fundado antes da publicação da Lei n.º 11.107/2005 e situado em Londrina, sede da macrorregião de saúde.

Assim como os outros quatro consórcios públicos da macrorregião pesquisada, o CISMEPAR foi instituído por um movimento estadual de formação de consórcios no Paraná, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, em substituição aos antigos Centros Regionais de Especialidades (CRE). Cabe ressaltar que o estado do Paraná possui uma grande experiência com consórcios públicos, apresentando inclusive um consórcio de aquisição de medicamentos que congrega 398 municípios do estado, com exceção da capital. Dessa forma, os municípios mais próximos ou limítrofes de outras regiões de saúde, por vezes, participam de mais de um consórcio intermunicipal.

Os consórcios apresentam-se como uma importante estratégia para os municípios, especialmente os de pequeno porte, para acesso aos serviços de média complexidade, entre outros aspectos que envolvem o apoio às demandas administrativas e contábeis, bem como potencial para o matriciamento e desenvolvimento de programas voltados à educação permanente em saúde (EPS).

“[...] , mas assim, acredito que assim a gente tem uma válvula de escape muito grande com o consórcio, a gente consegue dar conta de certas demandas que o município sozinho não consegue resolver né e aí tem a questão das referências [...] eu acho o consórcio super válido para a gestão municipal principalmente, de município de pequeno porte, ele é uma saída muito boa para os municípios, porque

a gente consegue dar vazão da demanda [...]” (E19).

“Olha o consórcio, ele tem essa parte assistencial, mas ele é bem atuante nessa parte de formação, sempre aperfeiçoando, capacitando, aqui fica afastando médicos, nessa parte de formação ele é bem atuante, o consórcio também auxilia os municípios em questões administrativas mesmo, porque o consórcio tem uma estrutura administrativa, essa parte mesmo de RH, questão de contratos, ele tem uma bagagem, ele tem uma experiência, então ele sempre auxilia os municípios, eles estão sempre prontos e deixam bem claro que estão à disposição” (E20).

Mendonça e Andrade (2018) apontam para o papel de articulação dos consórcios junto ao gestor municipal no processo de planejamento e gestão em saúde. As autoras identificaram, no estudo realizado com gestores de municípios de pequeno porte, que a participação dos gestores e a relação horizontal promovida pelos consórcios são fatores importantes para efetividade da ação coletiva.

Quanto à condição de intermediador dos serviços necessários aos municípios consorciados, o consórcio apresenta como potencialidade a possibilidade de trabalhar com valores menores do que os praticados em credenciamentos municipais, e, por possuir determinada autonomia para a organização de valores distintos aos da tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP). Nesse aspecto, o consórcio pode reduzir o valor contratual de procedimentos por meio de economia em escala, ao mesmo tempo, em que o volume dos procedimentos e/ou consultas contratualizadas servem como “iscas” para garantir a vinculação de especialistas, principalmente em regiões com escassez de profissionais.

Vale ressaltar, que os valores negociados pelos consórcios, tabela SUS ou tabela do próprio consórcio, dependerão da fonte do recurso. Isso significa que contratos com base no teto ambulatorial dos municípios consorciados a partir de recursos federais por meio da tabela SUS, devem ser formalizados tendo essa tabela como instrumento para o teto contratual. Por outro lado, os contratos estabelecidos a partir de recursos de rateio de fonte municipal, poderão utilizar-se da tabela do consórcio, como por exemplo, os contratos de programáticos.

Por meio da celebração do contrato de programa, os entes federativos podem estabelecer a gestão associada de serviços públicos com um programa de trabalho que, mediante contrato, pode ser executado por empresa, fundação ou autarquia da administração indireta de qualquer um dos cooperantes (BRASIL,

2014d). A aplicação do contrato de programa é obrigatória nas situações em que houver prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa.

Na região pesquisada, a maior parte dos municípios não possuem a gestão do teto MAC e nesse caso utilizam de recursos de fonte livre para o custeio da atenção especializada ambulatorial e hospitalar consorciada, uma vez que o financiamento de ASPS ocorre de forma tripartite. Esses recursos devem estar programados na subfunção 302 (média e alta complexidade).

Ocorre que, além da contrapartida financeira aos consórcios, muitos municípios também mantêm diversos serviços de média complexidade dentro de seus territórios, muitas vezes em duplicidade ao que já está contratualizado pelo primeiro.

Na perspectiva do gestor, essa ação é necessária pois a oferta de procedimentos e consultas pelo consórcio é insuficiente para a demanda municipal. Nesse aspecto, observa-se que os gestores municipais ainda concebem a ideia de fortalecer primeiro a gestão municipal, por exemplo, com a contratação de serviço de determinada especialidade médica apenas aos seus munícipes, quando comparada a possibilidade de estimular que este mesmo profissional se vincule ao consórcio, fortalecendo dessa forma, a oferta de procedimentos para a região.

Por outro lado, um dos entrevistados relatou que a contratação de profissionais diretamente pelo município é necessária tendo em vista que, a distribuição das vagas de procedimentos e consultas pela instituição consorciada, descrita no caso, não obedece ao critério do pagamento per capita municipal, mas sim ao critério da estratificação de risco dos pacientes, por meio do serviço de regulação oferecido pelo próprio consórcio.

Para o gestor, a atividade de regulação não é uma responsabilidade que deveria ser assumida pelo consórcio, por entender que esse instrumento regulatório impede, em alguma medida, o acesso de seus munícipes aos serviços ofertados e por essa razão, mantém contrato por credenciamento na modalidade de inexigibilidade com outros prestadores em seu município: *“A gente acaba só encaminhando para o CISMEPAR aquilo que a gente não faz no município”* (E19).

“Agora quando o consórcio vira para mim e fala assim eu só tenho 50 [consultas] no mês, ele está dizendo para eu contratar por fora, é isso que ele está fazendo. Então qual é o instrumento do consórcio, entende? Por que nós estamos com tanto contrato paralelo? Porque o consórcio que era um instrumento chave para

fazer isso, acha que ele é o dono e pode fazer o que ele quer. E a gestão também não se posiciona. Por que quem que é presidente do consórcio? Prefeito! E quem sabe a necessidade? Gestor! Entende?” (E10).

Pode-se inferir a partir desses aspectos, que a questão política partidária, no sentido de oferecer serviços especializados no município, somadas às questões que envolvem o processo de regionalização, particularmente, o fortalecimento do ente municipal promovido pela descentralização autárquica, ainda impõem aos municípios uma série de contradições, já que realizam contratos, por vezes ilegais, acima do valor de mercado, para oferta de serviços que poderiam ser acessados com acordos e pactuações regionais.

“O que eu sinto na verdade e isso é cultural, é cultura é nosso mesmo, cada município, nós não estamos preparados, eu acho ainda, a regionalizar, cada um no seu, então vamos implantar tal serviço, eu quero no meu, eu quero no meu, ele quer ter essa independência. Mas depois que a gente começa a estudar essa questão de viabilidade, custo, de acesso e tudo mais e quando a gente começa a estudar a região, então, a gente [entende que] ainda tem que avançar bastante sabe? Gestor [tem que] olhar a região, não olhar só o município. É o pulo do gato, a gente tem que avançar e colocar isso em mente, olhar a região, porque se você fortalece a região, seu município faz parte dela” (E20).

Do ponto de vista contratual, tem-se falado até aqui, do papel do consórcio como instrumento para legalização de contratos dos municípios de pequeno porte. É importante destacar primeiro, que os consórcios situados em municípios gestores do teto da média complexidade, contratualizam com o município gestor as ASPS conforme tabela SUS, aos demais municípios da região. Para os consórcios que estão localizados em municípios que não são os gestores do teto, os valores correspondentes à média complexidade são contratualizados pelo estado, geralmente insuficientes para a demanda.

Os consórcios possuem potência jurídico legal para serem os intermediadores de contratos dentro da região e entre as microrregiões, conforme as necessidades regionais. Sabe-se que grande parte dos municípios realizam contratos considerados duplicados e/ou paralelos com gestores privados e filantrópicos.

Nesse sentido, os contratos entre os municípios e prestadores, intermediados pelo consórcio, possuem do ponto de vista jurídico maior legalidade,

quanto à perspectiva da execução de serviços complementares aos entes consorciados, sem que sejam considerados paralelos ou duplicados, mas desde que obedeçam ao critério de complementariedade descrito nas leis orgânicas do SUS. No entanto, essa questão deve ser vista com cuidado, para que não transfira à gestão consorciada, o mesmo problema que já ocorre no território municipal e dessa forma, utilizar-se do consórcio apenas como uma maneira de resolução de um problema individual e não coletivo.

“O Consórcio tem que atender a demanda dos municípios, não a sua demanda. Aí entra a questão de uma coisa muito distinta, quando a gente fala do consórcio nesse processo de contratação não é pegar um instrumento de contrato e por dentro do consórcio para pagar, não é isso. O consórcio ele faz parte da atenção secundária e tem que organizar essa rede de atenção como um todo. Então assim o consórcio tem que vir no sentido de apoiar a contratualização e a regionalização. E não simplesmente tentar gerenciar a região” (E10).

Quanto à governança da ação consorciada, as decisões passam por estruturas diferentes e complementares. No caso do CISMEPAR, formam a organização dos processos de deliberação: o conselho curador ou de administração, o conselho de prefeitos ou assembleia geral, o conselho consultivo – formado pelos secretários de saúde e o conselho fiscal. Dada a natureza associativa do consórcio público, os conselhos, principalmente o curador, devem preferencialmente ser formados por representação colegiada, inclusive de usuários.

Fato mencionado nas entrevistas foi a incompatibilidade das decisões dos prefeitos nas assembleias, em relação às perspectivas analíticas dos secretários para determinado rumo ou pactuação em saúde: “[...] *o que vejo é essa separação entre os dois, são dois comitês, um dos secretários e outro dos prefeitos. E um não participa do outro né [...] então, certas situações os prefeitos tomam as decisões, sem conhecimento da área de saúde e a maioria deles acabam tomando essa decisão*” (E19).

Outro elemento interessante a ser discutido é o papel de apoio que os consórcios têm oferecido aos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS). Foi observado um movimento na macrorregião de pesquisa, que a presidência dos CRESEMS tem sido cada vez mais assumidas por gestores dos municípios pequenos. Essa liderança já foi por vezes, vista como uma responsabilidade nata dos municípios sede ou dos de maior porte de uma mesma

região de saúde. Sendo assim, a importância do consórcio para o CRESEMS aumenta à medida que o município consorciado é mais dependente dos serviços oferecidos por ele.

E ainda que os municípios pequenos apresentem características semelhantes, para uma atitude efetiva de apoio à regionalização, o consórcio, compreendido aqui por uma instituição demandada pelos municípios, deve ter um olhar ampliado para entender as diferenças. E também deve considerar os problemas comuns relacionados ao porte e à estrutura dos serviços de saúde dos municípios e de suas microrregiões.

O caso em discussão (CISMEPAR), por exemplo, organiza a atenção aos 21 municípios, por grupo de porte populacional, na perspectiva que cada grupo é constituído por municípios com necessidades parecidas e problemas comuns, sendo eles: a) o grupo do G6, grupo constituído por seis municípios com até seis mil habitantes; b) grupo do G11, grupo de onze municípios que possuem entre seis até vinte mil habitantes; c) o grupo do G17, grupo constituído por todos os municípios de pequeno porte I (até vinte mil habitantes), formado pela união entre o G6 e o G11; d) grupo do G3, constituído por três municípios que possuem de 50 a 100 mil habitantes; e) grupo do G1, com o único município com mais de 100 mil habitantes; e finalmente, f) o grupo do G4, formado apenas pelos municípios de médio e grande porte, G3 e G1 juntos.

Essa divisão se justifica, na perspectiva que o posicionamento e a cooperação entre os municípios de pequeno e maior porte são distintos, quando colocados na mesma arena de pactuação, bem como quanto à resposta do consórcio aos problemas apresentados por eles.

Segundo as entrevistas, a cooperação nesta região aproxima os gestores com as mesmas semelhanças populacionais, nesse caso formado pelo grupo com até vinte mil habitantes, G17, ou grupo dos municípios de pequeno porte. Isso ocorre devido a possuírem problemas comuns e a agirem por meio de estratégias de apoio e solidariedade. Como já mencionado, esses municípios vêm assumindo posições de destaque nas regiões, como a presidência do CRESEMS. São, na opinião dos entrevistados, os municípios que mais precisam do consórcio, e nos quais o consórcio atua como norteador de algumas ações. No entanto, a maior proximidade do consórcio com os esses pequenos gera conflitos com os maiores, pelo menos no caso em discussão.

Por outro lado, ainda na visão dos entrevistados, os municípios de médio e grande porte (G4) possuem maior dificuldade de cooperar, não pedem ajuda para outros e competem entre si. No entanto, aqueles que são sede de microrregião (G3), ou seja, a referência de um subgrupo de municípios da mesma região de saúde, desenvolveram outro padrão de cooperação, algo mais estratégico, que envolve posicionamento e/ou alinhamento político para a tomada de decisão, frente à pactuações com o único município de grande porte. Esses municípios possuem como semelhanças equipes técnicas mais consolidadas e gestores de carreira.

No entanto, para além dos problemas mencionados, as entrevistas possibilitaram a identificação de outras questões que devem ser enfrentadas no exercício da ação consorciada, dentre eles destacam-se:

- i)* a tomada de decisão: a tomada de decisão da ação consorciada deve atender as necessidades de toda a região e não apenas de parte ou de um único ente;
- ii)* equilíbrio na ação coletiva: nem sempre é possível equilibrar a ação coletiva em regiões que possuem municípios com diferenças populacionais e necessidades muito distintas;
- iii)* localização do consórcio na organização institucional: o consórcio encontra-se em uma esfera tangencial das decisões colegiadas do SUS. Por outro lado, possui sua própria organização enquanto elemento técnico-político, uma vez que reúne os chefes do executivo para a tomada de decisão, sendo esse talvez, o único espaço em que esses atores podem atuar de forma mais presente nas políticas regionais de saúde;
- iv)* uniformidade de gestão e autonomia entre os consorciados: este item é considerado um problema devido à possibilidade de haver distribuições desiguais de poder entre os entes e também por um mesmo território apresentar municípios sem e com a gestão do teto MAC. Os consórcios inseridos dentro de um território de gestão municipal do teto da média e alta complexidade, podem contratualizar direto com o município sede e porventura apresentar menores valores per capita aos consorciados;
- v)* mecanismos de controle: os consórcios sofrem os mesmos mecanismos de controle que os entes federados, embora não sejam

um, mas integram a administração pública descentralizada se constituindo como um órgão desta. Quando executa determinado programa ao município a prestação de contas deve ser equivalente no município e uniformizada pelo consórcio;

- vi) uniformização do custo das ASPS: devido às disparidades regionais, os preços dos serviços de saúde variam nas microrregiões, no entanto, as exigências jurídicas do consórcio o impede de fazer dispensas de licitação e/ou uma compra direta, o que por vezes pode baratear o custo da ação, se o município o fizer de forma isolada. Isso pode reforçar diferentes contratos por parte dos municípios envolvidos. Por outro lado, a segurança jurídica da compra consorciada e a redução do peso de trabalho técnico-operacional, parecem ser aspectos positivos para a opção pelo consórcio.

Por outro lado, algumas potencialidades da ação consorciada puderam ser identificadas, entre elas:

- i) representatividade: os municípios consorciados podem possuir maior força de representatividade regional, perante outras regiões, bem como perante o ente estadual e federal;
- ii) apoio técnico: o consórcio a depender do seu porte, possui uma equipe técnica, inclusive administrativa, disponível a auxiliar o município no planejamento e com possibilidades de executar os serviços necessários à gestão municipal. No entanto, essa característica ocorrerá se a máxima "*o consórcio pertence aos municípios*", for utilizado em favor deles;
- iii) otimização de recursos: os consórcios podem, devido à possibilidade de dividir custos, ganhar em escala na oferta de serviços;
- iv) complementação de recursos pelos demais entes federados: os consórcios potencializam o financiamento tripartite e possibilitam a contrapartida municipal de convênios;
- v) tabelas próprias de remuneração: a ação consorciada permite organização e remuneração compatível com a realidade regional, no sentido de viabilizar serviços que não seriam executados se apoiados na tabela SUS. Por outro lado, a tabela serve como uma base de

programação dos procedimentos e para custear aqueles que os contratos a utilizam como referência.

Como destacado, os municípios podem, por meio do consórcio, desenvolver diversas ações, tais como para a complementariedade de serviços, para a intermediação na execução de contratos e na atualidade também para a contratação de recursos humanos, especialmente, após as limitações impostas pela Lei Complementar n.º 173/2020⁵⁷, que impediu novas contratações, com exceção de reposições, no período da pandemia (BRASIL, 2020g). Sendo assim, o consórcio também funciona como uma estratégia do gestor para a garantia da força de trabalho e ainda para fugir da LRF.

“Nesse sentido, [...] o consórcio é uma grande estratégia de soluções, mas ele não é solução para tudo” (E16).

É vetado ao consórcio, por exemplo, à execução de serviços na AB. Para a contratação de pessoal com vistas à execução de serviços e programas, o consórcio deve realizar primeiro a seleção competitiva pública, sob regime da CLT, após se necessário, um novo chamamento público e por último, pode lançar mão da contratação de empresas terceirizadas.

Segundo o Ministério Público do Trabalho (MPT) o consórcio é uma solução para os pequenos municípios e até para os estados, no sentido de resolver questões relacionadas ao acesso de média e alta complexidade. No entanto, no entendimento do MPT esse modelo de gestão não possui legalidade para a terceirização da força de trabalho.

“O que a gente atuou aqui algumas vezes é que mesmo sendo uma entidade indireta, o consórcio tem que respeitar as regras de contratação. E eles não estão respeitando, eles não respeitam, fazem também contratação por PJ e é engraçado também para algumas profissões eles criam o cargo [...] fisioterapeuta, às vezes, até enfermeiro, técnico de enfermagem, eles criam os cargos. Agora para outros profissionais que eles chegam à conclusão que tinha que prestar serviço, eles não criam o cargo [...] médico ginecologista, o médico pediatra. E começa a executar

⁵⁷ Discorre no art. 8º da Lei Complementar n.º 173 de 27 de maio de 2020 que os entes federados afetados pela calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19 ficam proibidos, até 31 de dezembro de 2021, admitir ou contratar pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia, de direção e de assessoramento que não acarretem aumento de despesa, as reposições decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios (BRASIL, 2020g).

isso por meio de PJ. A gente também entende que é errado” (E3).

Como discutido, os contratos estabelecidos no consórcio são basicamente de dois tipos, o contrato de rateio e o contrato de programa. O primeiro é realizado entre os municípios para a execução da ação consorciada, que ocorre com a aprovação pelo legislativo municipal do protocolo de intenção para o rateio dos custos administrativos. Já o contrato de programa é executado de acordo com as especificidades do objeto final, com intuito de atender as necessidades de um coletivo. E ainda, celebra contratos administrativos com os prestadores de serviços.

O consórcio também pode celebrar convênios com outros entes da federação, como os estados e transferir recursos aos municípios, estratégia que tem sido usada em regiões do Paraná, em substituição ao TCEP.

Quanto aos convênios estabelecidos, no Paraná, iniciou-se em 2012 o programa de apoio aos consórcios intermunicipais de saúde, o COMSUS. Esse foi um programa da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) que nasceu com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária para atender as necessidades de saúde da população (PARANÁ, 2012). Seu principal objetivo foi de reimplantar os Centros de Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde, mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA.

Além disso, tinha como intuito fomentar e custear a assistência nas linhas de cuidado prioritárias no estado, em especial, a materna infantil e a linha das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes), por meio do fortalecimento do modelo de atenção às condições crônicas (MACC). O convênio do COMSUS encerrou-se no final de 2020.

Nesse período, diversas regiões do estado que não executaram todo o contrato devolveram recursos expressivos aos cofres estaduais. Observa-se duas características principais nesse aspecto. A primeira pode estar relacionada ao engessamento provocado pela prestação de contas dos convênios, que no estado se dá por meio do Sistema Integrado de Transferência (SIT) do TCE; e a segunda reside nos desafios para a formação das linhas de cuidado nessas regiões, principalmente aquelas voltadas às condições crônicas.

Para o ano de 2021, a SESA apresentou aos moldes do COMSUS, o Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, o QualiCIS.

A lógica do QualiCIS é a alocação de recursos para o fomento e criação dos

ambulatórios de especialidades médicas (AMES) regionais, e a inclusão dos consórcios como Pontos de Atenção à Saúde Especializada (PASE), além disso, apresenta-se como um instrumento indutor para as redes temáticas prioritárias.

A diferença com o convênio anterior (COMSUS) é que o QualiCIS prevê contrapartida financeira municipal em até 5% do valor total. O valor global do convênio também é maior que o primeiro, possui como critério contratual avaliação semestral e repasse do valor de custeio fixo de 30% e 70% mediante o alcance de metas, como por exemplo, a comprovação de atendimento em sete linhas de cuidado: materna, infantil, saúde mental, saúde do idoso, hipertensão, diabetes e especialidades regionais. Esse critério foi estabelecido para todos os consórcios situados em regiões com mais de 125.000 habitantes (PARANÁ, 2020h) e é o caso das cinco regiões de saúde que compõem a macrorregião norte.

Na perspectiva do QualiCIS, o estado aloca recursos nos consórcios com objetivo e estratégia de potencializar o processo de regionalização. No entanto, esses valores poderiam ser alocados diretamente em um serviço de sua rede própria, ou ainda, em outro serviço que este possua a gestão do contrato, por exemplo. Nesse contexto, pode-se inferir que além da coordenação da política, o convênio com os consórcios, são também utilizados de forma a induzi-los a trabalharem conforme as regras do estado, por meio da organização de políticas de saúde que vá ao encontro de seus interesses.

E ainda que os consórcios se apresentem, sobremaneira, como uma importante ferramenta para a prestação de serviços em saúde, especialmente na atenção especializada, não se pode ignorar que os serviços ofertados diretamente pela rede própria desses estabelecimentos por meio de seus colaboradores efetivos é menor do que os serviços oferecidos por meio dos contratos diretos e indiretos estabelecidos com diferentes empresas. Esse aspecto potencializa em certa medida o processo de empresariamento dos serviços de saúde, no que tange à terceirização de serviços e à força de trabalho no SUS.

Viana, Miranda e Silva (2015) ao analisarem cenários prospectivos de organização dos modelos de gestão dos serviços de saúde no Brasil para o ano de 2030, apresentam a possibilidade de três possíveis tendências, que os autores classificaram em: tendência ao empresariamento, à regionalização e à privatização, respectivamente. Na tendência ao empresariamento, ou ao pluralismo empresariado, órgãos da administração indireta, privada sem fins lucrativos e de

serviços complementares e/ou suplementares, terão ainda maior participação na gestão dos serviços de saúde. Essa tendência ao empresariamento, se apresentará, segundo os autores, por meio de uma “universalidade básica” e ações e serviços fragmentados. E mesmo que possua redes minimamente estruturadas, a governança dessa rede terá características operativas e sua regulação se baseará no contrato administrativo.

A segunda tendência correspondente à regionalização e envolve inovação institucional com ênfase na universalidade integral e equidade redistributiva. Nesse cenário os modelos de gestão estão integrados, com predomínio de serviços de natureza jurídica de direito público, seguimentos da administração pública direta e indireta, organizados por redes regionais de serviços, com governança constitutiva e direcional, coordenação federativa, forte regulação e controle social. A terceira e última tendência, está relacionada à privatização dos serviços para oligopólios de mercado, com regulação agenciada e governança mercantil. Nesse cenário prevalece o pluralismo mercantil com maior participação de instituições privadas com fins lucrativos. Os serviços executados serão seletivos, fragmentados e desintegrados da rede de atenção e de forma suplementar ao SUS (VIANA; MIRANDA; SILVA, 2015).

Por outro lado, questiona-se o interesse do financiamento estadual nos consórcios, para além do processo de regionalização e indução de políticas públicas. Considerando que os consórcios no estado do Paraná são intermunicipais, não caberia ao estado, por exemplo, fomentar a organização de consórcios verticais, para sua efetiva participação, no que diz respeito ao custeio e manutenção desses serviços? Ao que parece a relação do estado com o consórcio é mais próxima às suas potencialidades de prestador do que devido à sua representatividade municipal.

Julião e Olivieri (2020) ao estudarem a organização dos consórcios no Ceará, apontam que regiões com carências estruturais e físicas dos serviços de saúde, ao constituírem consórcios intermunicipais, podem estar apenas transferindo ao consórcio os mesmos problemas que possuem no âmbito municipal. Dessa forma, os autores incentivam a formação de consórcios verticais, alegando que o custo da manutenção do consórcio é alto, ao mesmo tempo, a população necessita do acesso aos serviços e o estado precisa participar e coordenar o processo de regionalização nos diferentes territórios.

E em outra perspectiva, embora o consórcio seja uma “entidade” formada e gerida pelos municípios, em alguma medida, essa instituição ganhou “vida própria”. Isso significa, que mesmo que o consórcio “instituição” não tenha demandas originárias, no sentido de apenas executar aquilo que lhe é demandado pelos municípios consorciados, observa-se que essas instituições também apresentam determinados interesses nas conduções de seus projetos e nas políticas que participam, inclusive pela organização de associações⁵⁸ que o representam.

Esse aspecto, colabora para a compreensão da complexa engenharia institucional e jurídico legal do SUS e determina níveis distintos de poder e negociação nos mais diversos espaços de pactuação em saúde e nos quais a regionalização está envolvida. Nessa perspectiva, distintas modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços ocupam e dividem espaço na condução dos serviços públicos de saúde.

A perspectiva da corrente neoinstitucionalista (MENICUCCI, 2003; PIERSON, 2004) defende que a alocação de recursos de uma política altera a arena de atores e de interesses sobre o financiamento público e, ainda que uma política prévia constrói ramificações e arranjos, depois de institucionalizados as chances de mudança de rumo são improváveis.

Dessa forma, com a intenção de promover maior flexibilidade às amarras da administração burocrática brasileira e atingir eficácia nos serviços públicos, os modelos criados e/ou aprimorados, a partir da década de 1990, para a gestão de serviços de saúde, incluindo os consórcios públicos, possuem grandes potencialidades do ponto de vista jurídico-administrativo, ao mesmo tempo, em que carregam em sua natureza jurídica a possibilidade de determinada indução para a aplicação de recursos públicos na compra de serviços e contratação de mão de obra terceirizada e privada.

Esses elementos corroboram a compreensão de que os diferentes modelos de gestão de saúde movimentam uma complexa rede serviços e recursos, principalmente na média e alta complexidade. Portanto, não se deve ignorar que determinados arranjos de prestação de serviços tenham como perspectiva o grau de

⁵⁸ No estado do Paraná essa representação é realizada pela Associação de Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR) que nasceu no ano de 2001, a partir da ideia de fortalecimento dos consórcios e associações intermunicipais de saúde do estado. Atualmente a ACISPAR representa 24 consórcios/associações intermunicipais do estado.

financiamento dessas ações e movimentam interesses, que vão além do alcance à maior eficiência da administração pública.

Costa (2019) ao comentar o livro de Braga (2018), a respeito do papel do empresariado e das políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo, concorda com a autora ao confirmar que esse processo por parte de grupos de interesse no financiamento público, inicia-se desde a atuação perante o aparato legal relativo à cada a modalidade de gestão, passando pela constituição de entidades de representação, até a possibilidade de financiamento da campanha de parlamentares que atuarão a favor desses grupos.

Quanto ao custo da ação consorciada, ainda que esse trabalho não tenha como objetivo a comparação das modalidades entre si, ou ainda de efetuar qualquer veredito sobre maior eficiência de uma determinada modalidade sobre outra; em uma comparação de custos da ação consorciada com outras modalidades, pode-se observar, por exemplo, que o custo do plantão médico de 12h no CISMEPAR foi de R\$ 1.150,00, enquanto o custo na FUNEAS estava em R\$ 1.450,00. Outra comparação, talvez não tão justa devido às diferenças territoriais e econômicas, foi com uma OSS responsável por um território de extensão semelhante à 17ª RS, no município de São Paulo. Nesse caso, a OSS apresentou custo cinco vezes maior que o consórcio, para a prestação de serviços muito semelhantes aos realizados pelo CISMEPAR. Esses aspectos podem indicar que os serviços consorciados tendem a ter menor custo quando comparados a outras modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços.

No entanto, além do custo, a maior diferença levantada pelos entrevistados, entre um contrato executado com uma FEDP ou com uma Organização Social de Saúde (OSS) gerida pelo ente estadual, é que nesses casos os municípios não são os donos da ação, como ocorre no consórcio. Ou seja, na ação consorciada os gestores são os donos da ação, ou deveriam ser, mediante os interesses coletivos de determinado região, ao contrário de outras modalidades de contratação.

A apropriação dos consórcios pelos municípios que os integram é fundamental para que de fato a ação regionalizada seja implementada, bem como a utilização desse “instrumento” de gestão em favor dos municípios consorciados.

No que tange à contratualização, o consórcio apresenta um importante papel no levantamento das necessidades regionais e na contratação de serviços complementares às regiões ou microrregiões de saúde. E ainda, possuem condições

para que os municípios consorciados realizem complementação financeira na tabela SUS, baseando-se na Portaria MS/GM n.º 1.606/2001⁵⁹, além de ser o intermediador para a complementariedade de serviços.

Ainda que a análise do caso apresentado tenha focado no papel e na relação do consórcio com os municípios de pequeno porte, basicamente nos municípios que não possuem a gestão do teto da média e alta complexidade, esse modelo institucional de gestão e prestação de serviço, também se apresenta muito útil na relação com municípios maiores e/ou com aqueles que possuem a gestão do teto da média complexidade. Nesse caso, o município, ao deter o teto de repasse do recurso federal da MAC, estabelece contrato com consórcio para oferta de ASPS à região. Além disso, transfere ao ente estadual, mediante contrato, o valor do teto estabelecido para as instituições estaduais presentes no território municipal. O estado por sua vez, pode firmar parceria com o consórcio ou com outros modelos de gestão, como a FEDP e/ou OS, para a gerência e execução de programas e/ou serviços nessas instituições.

O consórcio, ainda tem a possibilidade, devido a escala de procedimentos e custo, de atribuir um único contrato regional com os prestadores, a partir de demandas comuns dos municípios consorciados, constituído com metas quali e quantitativas, fortalecendo assim, a prestação de serviços e permitindo segurança jurídica-legal aos municípios com contratos em prestadores já firmados com o ente estadual.

Nessa perspectiva, advoga-se a favor de políticas que incentivem a articulação de gestores ao diagnóstico, planejamento de serviços e custos, junto aos consórcios públicos. Este movimento irá requerer um intenso levantamento das necessidades, fragilidades e serviços disponíveis na região, bem como a abertura da gestão municipal para oferta de serviços complementares entre os municípios, na perspectiva, de evitar-se a sobreposição de serviços na atenção especializada de média complexidade entre os MPP da mesma região, como é observado na atualidade.

Diante desse cenário, muitos desafios precisam ser enfrentados para

⁵⁹ Conforme o art. 1º da Portaria MS/GM n.º 1606/2001 estados, Distrito Federal e municípios podem adotar tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde, para efeito de complementação financeira, desde que justificada e utilizando recursos próprios, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade (BRASIL, 2001c).

alcançar os aspectos descritos acima, no entanto, um deles é fundamental para o promover o processo de regionalização – a compreensão e reflexão do significado do trabalho regional pelos atores envolvidos, por meio do sentido subjetivo da palavra “região”. Acredita-se que enquanto o conceito de “região” não fizer sentido aos gestores públicos de saúde, o sistema tende a não avançar, bem como não fortalecer as inúmeras áreas e políticas construídas e em construção, que permeiam o campo da saúde coletiva no Brasil.

6.7 PERSPECTIVAS ANALÍTICAS DAS MODALIDADES DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Essa seção aborda algumas características, consideradas importantes quanto às análises das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços apresentadas nos capítulos anteriores, com o propósito de detalhar e/ou aprofundar alguns aspectos.

Inicialmente, discute-se com base em dimensões e variáveis elencadas, determinados aspectos dos casos analisados. A seção ainda aborda os aspectos regulatórios trazidos nos contratos de cada caso e pontua vantagens e desvantagens analisadas na pesquisa empírica. Por fim, arrisca-se em identificar alguns pressupostos pós-análise, que podem ser generalizados em outros contextos; identifica tendências quanto à contratualização/regionalização de serviços de saúde; e elenca propostas para o tema.

Para tal, utiliza-se do apoio do referencial de análises de políticas em três dimensões, conforme a matriz abaixo (Quadro 17).

Quadro 17 - Matriz de análise de pesquisa.

Dimensões		Análises
Histórico-estrutural	Elementos do macro e micro contexto que influenciam a articulação entre regionalização e contratualização em cada um dos casos analisados.	Macro e micro contexto (político, econômico e social) a respeito do processo de regionalização/contratualização com vistas à assistência à saúde.
Político-institucional	Atores , relações de poder e malha relacional que influenciam a relação entre contratualização e regionalização na região de pesquisa. O conteúdo e o processo de implementação das políticas públicas e elementos que influenciam os arranjos de contratualização estabelecidos em cada região - grupos ou partidos	Atores públicos e de mercado, instituições e organizações sociais que atuam direta e/ou indiretamente com a política e participam da oferta de serviços na região de pesquisa. O conteúdo da política de descentralização/regionalização em saúde e de aspectos normativos para a contratualização de serviços, bem como, da cooperação. E o processo de implementação da política de

	políticos, movimentos sociais, atores de mercado e demais instituições.	contratualização e regionalização, diante das diferentes modalidades jurídicas de prestação de serviços.
Conjuntural	Fatos e/ou elementos centrais que pertencem ao quadro conjuntural de análise.	Características que influenciam e determinam direta ou indiretamente o processo de regionalização/contratualização em cada uma das modalidades de gestão e prestação de serviço.

Fonte: Adaptado Pereira (2014).

A matriz considera aspectos nas dimensões histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural.

A dimensão histórico-estrutural aborda os elementos do macro e do micro contexto que influenciam o objeto de pesquisa.

A segunda dimensão, político-institucional, leva em consideração os atores envolvidos, as relações de poder e jogos de interesse entre os sujeitos e instituições que atuam direta e/ou indiretamente com a política e participam da oferta de serviços na região de pesquisa, bem como o conteúdo das políticas de contratualização e regionalização e suas características no campo, além dos diversos processos que determinam ou influenciam os arranjos de contratualização, como grupos e partidos políticos, atores de mercado e demais instituições. Essa dimensão também propõe reconhecer os elementos presentes na implementação da política de regionalização diante das diferentes modalidades jurídicas de gestão e prestação de serviços.

E por fim, a dimensão conjuntural, que identifica fatos e/ou elementos centrais que pertencem ao quadro conjuntural de análise e que estão relacionados e determinam, de certa forma, às modalidades de gestão e prestação de serviços elencadas para a pesquisa.

Também foi considerada para essa análise os seguintes componentes e variáveis em relação aos casos discutidos: i) **a organização da atenção**, considerando o perfil dos prestadores e as relações público-privadas; ii) **a regulação**, como se apresenta e seus mecanismos; iii) a inserção de cada caso na conformação da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** e o papel em determinadas linhas de cuidado; e, iv) **a governança** dos atores envolvidos,

seus papéis, os fóruns existentes e a participação da comunidade nos diferentes espaços que estão sendo implementados. Os aspectos foram trazidos no quadro 18.

Quadro 18 – Aspectos das modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços quanto à dimensões/variáveis elencadas:

Casos		Caso 1: Administração Pública – HPP	Caso 2.1: Privado sem fins lucrativos	Caso 2.2: Organização Social	Caso 3: Privado com fins lucrativos	Caso 4: FEDP	Caso 5: CPS
Dimensão							
Histórico- estrutural	Contexto Micro	Vazio assistencial na média complexidade; Estratégia de viabilidade da instituição.	Processo de mudança da natureza jurídica. Diferenças entre o escopo do filantrópico “puro” e “privado”.	Alternativa para contratação de profissionais e “agilidade” de processos de gestão.	Número reduzido de hospitais vinculados ao SUS; mas grande número de serviços ambulatoriais.	Desoneração dos municípios quanto à manutenção do estabelecimento.	Intermediador contratual para serviços da AAE e hospitalar.
	Contexto Macro	Influência de organismos multilaterais - ineficiência da rede hospitalar.	Instituições que participam da oferta de serviços no SUS desde sua concepção. Aproveitam o maior número de leitos.	Modelo marcado por ampliação do setor e desregulamentação.	Mercantilização dos serviços de saúde no âmbito da atenção ambulatorial especializada, prestado inclusive por instituições hospitalares.	Alternativa aos serviços públicos devido à natureza jurídica de direito privado.	Empresariamento dos serviços terceirizados. Disputa quanto ao papel gestor do território.
Político- institucional	Conteúdo	Ausência de política normativa. HPP não foram incluídos na PNHOSP.	Política com incentivos para isenção social e tributária.	Modelo não está condicionado à LRF; Isenção social e tributária.	Ausência de política específica para AAE.	Modelo não está condicionado à LRF; Flexibilidade para contratação de profissionais e serviços.	Modalidade com potencial técnico e jurídico para apoio à organização da RAS.
	Atores	Iniciativa do gestor municipal; passo à frente aos demais municípios para ampliar o escopo da instituição.	Atores de mercado e públicos com relações políticas com o nível estadual e parlamentares.	Relações entre atores de mercado e públicos, capilaridade do modelo aos pequenos municípios.	Relações político-partidárias entre os proprietários do serviço e membros do executivo.	Indicação de membros pelo executivo estadual. Ampliação de unidades próprias do Estado sob gestão da fundação.	Gestores avaliam positivamente o serviço, no entanto entendem que executam ações que não são de sua competência. Disputas de poder entre gestores e o CPS.
	Processos	Prefeito do município foi secretário de saúde; município pequeno de economia agrícola; relação	Relação público-privada de interesse ao acesso facilitado e não equitativo entre usuários de uma mesma região.	Atuação do controle externo (Ministério Público do Trabalho) na região.	AH: Terceirização de serviços à grupos específicos. AAE: Contratos baseados na oferta e não na demanda.	Ampliação da mercantilização dos serviços de saúde por meio de terceirizações.	Instituição ganha “vida própria” para desenvolver projetos e condução de estratégias. Relação com atores

		estreita com a gestão estadual e parlamentares.			Em ambos, são realizados contratos administrativos.		de mercado.
Conjuntural	Conjuntura	Iniciativa frente à fragilidade dos HPP	Mercantilização de serviços públicos	Privatização da gestão pública	Privatização da AAE	Desoneração da gestão pública	Terceirização de ASPS
Variáveis							
Organização da atenção		Cobertura da AB adequada, mas região com muitas fragilidades. Baixa oferta de serviços de média complexidade.	AH: Geralmente são retaguarda para urgência e emergência. Taxa de ocupação baixa e ICSAB alta, mas que pode variar de acordo com o município e estabelecimento. Ofertam serviços também na AAE.	Opção pela OS parece estar relacionada às vantagens quanto à contratação de pessoal.	Número pequeno de estabelecimentos que ofertam serviços pelo SUS na AH.	Tendência à gestão dos serviços próprios estaduais no território.	Oferece serviços necessários à média complexidade, com crescente terceirização.
Regulação		Incipiente. Não possui a participação do ente estadual. Realiza o serviço mediante pactuação de AIH.	Regulação dependerá do instrumento contratual utilizado e realização da avaliação/monitoramento pelo ente competente.	Modelo aparenta maior controle de órgãos externos.	AAE: Regulação pela AB baseada na oferta de serviços. Ausência de protocolos clínicos.	Regulação do acesso pelo sistema de central de leitos.	Executam regulação de acesso para alguns serviços oferecidos.
Papel na RAS		Não definido. Sobreposição de oferta.	Referência regional para determinados serviços a depender de seu porte: materna infantil e atenção às urgências.	Retaguarda às urgências e emergências aos municípios da microrregião.	AAE: Diversidade de serviços não integrados. AH: Sem papel definido na RAS.	Referência regional para determinados serviços. Condicionado aos fatores da regionalização.	Apoio às ações da AAE e hospitalar na região.
Governança		Não tem a participação dos municípios envolvidos. Iniciativa unilateral.	Maior poder dos prestadores privados quanto à tomada de decisão final. Gestores reféns e não organizados.	Modelo deveria manter a gestão do serviço pelo ente público. Transferência à OS.	Incipiente, especialmente à AAE.	Insuficiente participação dos gestores regionais no processo de governança do estabelecimento.	Único espaço de “maior” participação de prefeitos na política de saúde regional.

(AAE: Atenção ambulatorial especializada; AH: Atenção Hospitalar; ICSAB: Internação por causas sensíveis à atenção básica)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na primeira dimensão, a **histórico-estrutural** observa-se a importância do contexto e de fatores dos níveis macro, micro e do conteúdo das políticas que interferem e condicionam cada caso. É fato que o macro contexto e o conteúdo de políticas do tipo *top-down* influenciam a organização e implementação de políticas e serviços públicos no território. No entanto, as características locais são igualmente importantes e necessitam ser destacadas.

Algo identificado nos casos é que a escolha de um, ou outro determinado modelo, para a prestação ou gestão de serviços de saúde, pode por vezes parecer ausência de opção, já que em determinados casos a relação existente entre os atores (públicos, privados e de mercado) é de extrema dependência e mantida mais por questões políticas que técnicas. Assim, a “opção” pela contratualização de determinado serviço ganha o *status* de habitual, uma vez que sua contratualização é naturalizada. Essa situação foi observada principalmente nos casos em que não existem serviços concorrentes no território, especialmente onde prevalecem os HPP.

Como já discutido, esses estabelecimentos (HPP) possuem alto custo e baixa resolutividade e ainda estão inseridos em um sistema desfinanciado. O governo federal, desde a publicação da PNHOSP, já demonstrou desinteresse em fomentar políticas específicas para a permanência dessas instituições. Acredita-se que muitas delas deixarão de existir por inanição e outras permanecerão sem um papel definido, uma vez que sem uma política indutora, esses estabelecimentos estarão vinculados aos aspectos políticos locais e microrregionais.

Outras características, que emergem do contexto local, também foram identificadas quanto à contratualização dos serviços e encontram-se relacionadas aos seguintes aspectos:

- Estratégia para viabilização de uma necessidade local e regional;
- Convergência de interesses entre os atores envolvidos;
- Ideais políticos quanto à oferta de serviços e desenvolvimento local;
- Benefícios de determinado modelo no que tange às isenções tributárias e fiscais;
- Alternativa à LRF, agilidade na aquisição de materiais e contratação de força de trabalho;
- Interferência de órgãos do controle externo; e,

- Influência e favorecimento de atores privados sobre as decisões de atores públicos.

Outra questão observada é o potencial da figura jurídica dos consórcios para a contratualização de serviços ambulatoriais e hospitalares regionais e para a organização da RAS. No entanto, apesar de constituir-se por meio de uma figura jurídica com grande potencial de arranjos, o modelo não é extinto de problemas. Entre eles, destaca-se, a escolha e preferência por determinadas demandas, e certa pretensão em ocupar a função de gestor regional sobre o território, conforme destacado por alguns entrevistados.

Na dimensão **político-institucional** observou-se que a relação entre atores públicos, privados e de mercado, envolvem aspectos político-partidários. Além disso, foi identificado também, intensa relação entre prestadores de serviços com parlamentares e atores do nível estadual. As tratativas entre esses atores ocorrem sem a participação dos atores públicos locais, para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos, principalmente de emendas e de seu monitoramento posterior, pois não há garantia que recursos e/ou equipamentos recebidos por serviços privados com ou sem fins lucrativos sejam destinados aos usuários da esfera pública. Cabe mencionar também que as relações de poder no âmbito da contratualização envolvem o poder médico especializado e o poder de mercado, os quais formam vínculos e canais de força que podem explicar a configuração dessas relações.

Tais aspectos são importantes para análise de políticas, especialmente para a corrente do neoinstitucionalismo histórico, uma vez que essa abordagem valoriza a análise dos atores, seus interesses e suas ações estratégicas no âmbito de estudo das políticas públicas.

O neoinstitucionalismo enfatiza a ideia do Estado como ator e, assim, o papel e a atuação de suas instituições. Além disso, considera outras duas ideias centrais:

- A primeira reconhece que a ação do Estado (e das suas instituições – regras formais e informais) é dotada de sentido e influenciada pela relação de forças que se estabelece entre os atores estatais, partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas presentes no interior das instituições, que podem tensionar uma política pública, acelerando-a ou a interrompendo;

- e de que a ação estatal é historicamente condicionada (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018).

Isso significa dizer que a ação dos atores envolvidos nos casos descritos não é neutra, pelo contrário, ela é o resultado da soma entre as consequências produzidas pelas políticas anteriores e de seus condicionantes e as relações entre os diferentes sujeitos.

Nesse sentido, a ação dos atores (estatais, privados e de mercado) podem ser identificadas em redes locais, microrregionais e regionais, que em determinada medida condicionam as escolhas políticas e as ações desenvolvidas no território. Marques (2019) conceitua a rede de políticas formada por esses atores, por meio de uma perspectiva teórica que considera que um fenômeno social deve ser analisado considerando os padrões de relação entre as entidades sociais envolvidas.

Dessa maneira, a malha relacional identificada na pesquisa converge com intensa relação dos atores dessa região com personagens do nível estadual. Esse aspecto pode estar relacionado à influência do ente estadual sobre os serviços, especialmente os hospitalares, uma vez que são os responsáveis pelos contratos com essas instituições. Atualmente, apenas dois municípios dessa macrorregião de saúde (composta por 97 municípios) possuem a gestão orçamentária do teto da MAC. Também não há como negar a influência desses atores sobre os CPS no estado, na medida que alocam recursos nesses estabelecimentos a partir de uma série de requisitos jurídicos e assistenciais.

Em outra perspectiva, leva-se à inferir que não há interesse do estado do Paraná, diferente do que ocorreu em outros estados brasileiros com características semelhantes ao seu grau de institucionalização da política de saúde, como o estado de São Paulo, em incentivar que os municípios assumam a gestão orçamentária desse nível de atenção. Infere-se nesse caso, que o estado do Paraná perderia o poder que detém sobre os prestadores locais e regionais, no que diz respeito à alocação de recursos, barganhas políticas e indução de programas, bem como a movimentação do teto MAC desses estabelecimentos em seu fundo de saúde.

Entende-se, a partir desses elementos, que a descentralização das macro funções gestoras aos municípios no estado do Paraná foi incompleta, principalmente quanto aos aspectos que envolvem a regulação – da atenção e do acesso à média complexidade. Ainda que os MPP assumam expressiva parcela de recursos nesse

nível de atenção e executem a gerência dos serviços hospitalares, eles não são os gestores dos contratos, cabendo às regionais de saúde essa função.

Ocorre que as regionais também não possuem corpo técnico suficiente e adequado para executá-la. Nas entrevistas foi mencionado, por exemplo, a contratação de pessoas para ocupar cargos nas regionais por indicação política, sem formação ou experiência na área de gestão, para assumir a responsabilidade sobre a regulação regional.

Foi mencionado também, certa preocupação por parte de alguns entrevistados, a respeito de uma tendência de gestores e equipes municipais/estaduais de discutirem de forma mais intensa aspectos da assistência (mesmo antes da pandemia) e em certa medida, deixarem de lado, demais aspectos que envolvem a gestão do sistema de saúde, como a contratualização e regulação dos serviços.

Essa característica pode estar relacionada ao grau de comprometimento e alinhamento dos gestores de saúde com o MRSB, muitos com concepções privatista do SUS, alinhados com projetos políticos de tendência à partidos de direita e extrema direita, bem como de seu nível de preparação para a gestão de sistemas complexos como o SUS e ainda, influenciada pela ausência de políticas indutoras, tanto do nível estadual e federal, quanto de interesses que proveem de organismos multilaterais.

Argumenta-se, portanto, que somente munido de informação de qualidade, a gestão poderá realmente mensurar os aspectos positivos e negativos de suas escolhas.

Dessa forma, as características observadas que envolvem a contratualização dos serviços estão relacionadas às questões estruturais e institucionais já mencionadas, como a relação pública-privada, atuação do controle externo, isenções fiscais e tributárias, limites provocados pela LRF e a ausência de normativas atualizadas quanto ao papel dos HPP. Além desses aspectos, também não há uma política nacional específica para a AAE.

Foi observado, ainda, que os processos de mercantilização dos serviços de saúde por meio de terceirizações, já muito comuns na AAE, também podem ser observados na atenção hospitalar. Além disso, esse processo tem avançado também para a APS, por meio da publicação da lei de criação da ADAPS (BRASIL, 2019b). Nesse caso, o governo federal passa a ser o prestador de ASPS no âmbito

local, afetando o comando único em cada esfera de governo e causando mudanças na relação entre os entes federativos.

Nesse contexto, o setor saúde passa atender aos anseios do mercado para sua organização, retirando a gestão do ente público e passando para as organizações de natureza privada, e/ou mercantilizando os serviços por dentro da esfera pública.

Dessa forma, a mercantilização dos serviços de saúde pode ser conceituada por meio do aumento da participação do setor privado no financiamento e na prestação de serviços de saúde, além da crescente incorporação de princípios privados nos sistemas públicos de saúde (FERREIRA; MENDES, 2018).

Nesse cenário, a regulação pública deveria ser diretamente proporcional ao tamanho da participação do setor privado ou de instituições de natureza privada na atenção especializada. No entanto, como mencionado, os casos pesquisados apresentam serviços regulatórios incipientes, quer seja por contratos mediados com cláusulas insuficientes, ou com pouca condição de estabelecer sanções ao contratado, bem como pelo fato da avaliação do contrato, mesmo que realizada de forma propositiva e concreta, pode por vezes não alterar a realidade observada, uma vez que as relações de poder entre prestadores e os gestores dos contratos não consideram as informações destacadas na avaliação local dos serviços. Ou ainda, o fato dos prestadores, principalmente privados, não se preocuparem com a oferta/pontuação de determinados procedimentos que avaliam como desinteressantes devido ao seu custo-benefício.

Ainda nessa dimensão, identificou-se que determinados contratos são respostas à pressão da população, para acesso facilitado e não equitativo entre os usuários de uma mesma região. Ao mesmo tempo, que determinadas modalidades, como a FEDP e o CPS, podem assumir projetos próprios, sem considerar as necessidades regionais, ou ainda atuarem em favor do município cujo prefeito é o presidente da instituição.

Na **dimensão conjuntural**, procurou-se identificar fatos e/ou elementos centrais que pertencem ao contexto geral de cada caso. Observou-se na análise de conjuntura que a fragilização dos estabelecimentos vinculados à administração direta e da própria gestão pública, por meio da mercantilização dos serviços de saúde, privatização da gestão e a terceirização das ASPS, são os elementos, que de

certa forma, agem como determinantes dos processos de contratualização/regionalização das modalidades elencadas na pesquisa.

Quanto as variáveis observadas na matriz de análise, os aspectos relacionados à **organização da atenção** mostram-se dependentes da resolutividade da atenção primária dos municípios pesquisados. Ainda que a cobertura da APS seja satisfatória, as taxas de internação por causa sensíveis e demais indicadores, representam que a cobertura não garante por si só resultados. Por outro lado, sabe-se também que demais fatores envolvem a vinculação de usuários diretamente aos serviços hospitalares.

Fato importante de ser destacado é que as instituições hospitalares da região, principalmente sem fins lucrativos, também ofertam serviços na AAE. Esse aspecto, faz com que os municípios se encontrem ainda mais dependentes e fomentem contratos individuais junto a esses estabelecimentos, o que em tese não fortalece o processo de regionalização, mesmo quando realizados por contratos intermediados pelos consórcios.

Quanto ao modelo de gestão de unidades próprias do estado, a FEDP foi identificada como uma tendência para a gestão de serviços estaduais, assumindo durante a pesquisa, a gestão de outros dois estabelecimentos no município polo dessa macrorregião (Hospital Zona Norte – HZN e Hospital Zona Sul – HZS).

Quanto aos aspectos que envolvem a **regulação**, observou-se atuação incipiente de municípios e, sobretudo, do ente estadual, conforme descrito anteriormente.

Os contratos entre as instituições hospitalares e o ente estadual preveem a disponibilização de todos os leitos à central de regulação. Nesse sentido, a transferência de pacientes entre as instituições fica sob responsabilidade da central de leitos, no entanto, municípios com contratos administrativos executados diretamente com o prestador privado pode ter acesso facilitado. Em relação às cláusulas contratuais, a regulação dependerá do instrumento utilizado e da realização da avaliação/monitoramento pelo ente competente. O quadro 19 apresenta os principais aspectos regulatórios trazidos nos contratos de cada caso:

Quadro 19 – Aspectos regulatórios e de governança regional apresentados nos contratos entre os casos analisados:

Casos	Aspectos Regulatórios e de governança trazidos nos contratos
Caso 1: Administração Pública – HPP	Contrato prevê avaliação trimestral por comissão nomeada de forma paritária para monitoramento das responsabilidades trazidas no Plano Operativo (PO), entre elas, a política de humanização, acolhimento com triagem de risco, política nacional de medicamentos, alimentação e nutrição, saúde da mulher, políticas disciplinadas pela PNHOSP e segurança do paciente. Não há metas específicas e indicadores de resultado.
Caso 2.1: Privado sem fins lucrativos	Plano Operativo destaca as responsabilidades gerais do estabelecimento enquanto referência à média complexidade e retaguarda de urgência/emergência. Descreve as linhas de cuidado que deverão ser desenvolvidas; a adoção de protocolos; comissões; e ações em cada uma das políticas prioritárias descritas no contrato. Detalha as habilitações, estrutura tecnológica e capacidade instalada, bem como a programação mensal estabelecida para a assistência. Prevê aspectos da Comissão Permanente de Avaliação e um conjunto de indicadores e metas, com respectiva pontuação (indicadores assistenciais gerais; assistências de redes; e de gestão). E modelos para avaliação de metas quantitativas (60%) e qualitativas (40%), com percentual de repasse a depender do desempenho, além da avaliação de convênios específicos (HOSPSUS).
Caso 2.2: Organização Social	O contrato de gestão estabelecido entre o município e a OS estabelece a descrição de serviços, o sistema de pagamento e indicadores de qualidade. Além de obrigações gerais entre as partes, que incluem aspectos assistenciais e de gestão. O contrato ainda prevê repasse de 90% do valor contratual (fixo) e 10% baseado na avaliação dos indicadores estabelecidos, bem como discorre sobre a organização da comissão de avaliação do contrato.
Caso 3: Privado com fins lucrativos	Contrato estabelecido com o ente estadual. Prevê o teto financeiro ambulatorial e hospitalar contratualizado. Além de sanções administrativas e aspectos gerais, não há metas específicas e indicadores de resultado.
Caso 4: FEDP	O contrato de gestão descreve os objetivos e serviços do estabelecimento junto à região de saúde. Destaca que o acesso é regulado pela Central de Regulação do sistema estadual. Possui cerca

	de 30 indicadores para avaliação de diferentes áreas de atuação institucional, pela comissão de avaliação do contrato.
Caso 5: CPS	O instrumento geral aborda as regras jurídicas do contrato do tipo administrativo (contrato de rateio e de programa) estabelecido junto aos entes consorciados. Aborda sobre a organização da assembleia geral, conselho curador e fiscal, além do papel dos diversos setores que o integra. Detalha as sanções por inadimplência aos entes consorciados e aspectos do Plano de Ação Conjunto de Interesse Comum (PLACIC) e do Plano de Ação Anual (PAA) do consórcio. Há plano de metas e detalhamento de despesas das ações, onde estão previstas as metas físicas e financeiras.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi observado também que existem iniciativas no âmbito da regulação do acesso e da assistência, entre as diferentes linhas de cuidado, especialmente quanto à organização de fluxos regionais baseados em protocolos clínicos estaduais. O CPS elencado para a pesquisa, por exemplo, realiza serviço de regulação para as especialidades médicas que oferta, no entanto, municípios pequenos queixam-se de dificuldade de acesso e entendem que essa seria uma função gestora e não da ação consorciada. Ainda foi referido, a importância do SAMU, no sentido de auxiliar o acesso de pacientes nas referências contratualizadas.

Os serviços hospitalares de abrangência regional, principalmente os “filantrópicos privados”, também executam certo tipo de regulação, ao não permitirem o acesso de pacientes, ainda que cadastrados na central de leitos estadual, justificando ausência de profissionais para determinada especialidade e/ou contrariando a habilitação do serviço e do próprio contrato. Dessa forma, constata-se que na ausência de regulação pública, ela passa a ser realizada pelo próprio prestador.

É necessário pontuar que, durante o estado de calamidade pública, provocada pela pandemia, os serviços de saúde receberam pela média de produção dos meses anteriores, conforme decreto federal vigente até 31/12/2021 (BRASIL, 2021b).

Dessa forma, a produção do relatório das respectivas comissões de avaliação, passou a ter caráter de acompanhamento e perdeu o caráter

avaliativo/coercitivo. Diante dessa situação, muitas comissões não atuaram, já que os serviços receberiam os valores contratuais independente de atingirem ou não as metas estabelecidas.

Nessa perspectiva, questiona-se, se a regulação desses estabelecimentos tem nas regras contratuais, um fim em si mesmo, ou seja: “Os contratos e/ou processos de contratualização são suficientes para garantir a execução dos serviços, tendo eles caráter regional ou não, assim como pactuados entre as partes?”

Nesse aspecto, Pereira, Lima e Machado (2018) afirmam que um dos grandes desafios à regionalização do SUS é o desenvolvimento de instrumentos, entre eles os contratuais, que fortaleçam a gestão compartilhada e as relações intergovernamentais em nível regional. As autoras acreditam que são esses instrumentos que podem promover a consolidação dessas regiões, em termos de prestação de serviços, capacidade de gestão e de gasto.

Isso significa que, embora a contratualização se constitua como fator *sine qua non* ao desenvolvimento da regionalização dos serviços de saúde, outros fatores devem ser pensados e fortalecidos para que os contratos de fato representem sua função regulatória e de garantia do acesso aos usuários aos serviços de saúde.

Entre os fatores destacam-se o fortalecimento dos atores públicos e dos espaços de pactuação regional; e de estratégias de consolidação e mecanismos de regulação do acesso e da assistência à saúde.

Quanto ao **papel na RAS** dos estabelecimentos pesquisados, identificou-se que alguns apresentam “papel não definido” e/ou realizam “sobreposição de oferta”; enquanto outros assumem serviços de retaguarda e referência microrregional ou regional. Além disso, percebe-se que a oferta de serviços dependerá de seu porte.

Serviços locais e pequenos geralmente são apenas retaguarda para urgência e emergência, realizam o primeiro atendimento e encaminham os casos para as referências regionais ou macrorregionais. Serviços de maior porte possuem outras habilitações e funções nas linhas de cuidado, como a referência para a linha materna infantil. No entanto, todos estão condicionados aos aspectos que envolvem a regionalização, como, por exemplo, a fixação de profissionais e a oferta conforme sua densidade tecnológica.

Por fim, reconhece-se que os aspectos que envolvem a **governança** na contratualização dos serviços de saúde nessa região, ainda não é uma questão que

foi incorporada nos espaços de decisão e pactuação regional. Talvez pela ausência de alternativas, os gestores acabam cedendo às pressões ou imposições dos prestadores de serviço, principalmente os privados. No entanto, esse aspecto também foi observado em prestadores públicos, a partir da tomada de decisão unilateral, no que diz respeito ao que ofertar, a quantidade e como. Isso significa, que o prestador, independente da natureza jurídica, pública ou privada, é quem geralmente determina a oferta de serviços.

Aspecto pouco observado foi a inserção do controle social sobre o tema da contratualização e regionalização dos serviços. A legislação não prevê espaços para atuação do controle social nos CPS, tão pouco em determinados contratos com prestadores de serviços. Sob a perspectiva da regionalização, a participação do controle social e a realização de conferências regionais e/ou macrorregionais de saúde, ainda que previstas na legislação, não é realidade nas regiões brasileiras.

Por outro lado, os CPS organizam espaços, nos quais há a participação de prefeitos. Em uma região de saúde, os entrevistados mencionaram a implementação, no decorrer da pandemia, de espaços dialógicos entre gestores, para discussão de fragilidades e potencialidades dos entes municipais, dentre eles, aspectos que envolvem o fortalecimento regional, como a contratualização de serviços e fluxos de transferência. No entanto, questiona-se se esses espaços também são neutros, na medida em que diferentes instituições e atores participantes apresentam interesses e propostas distintas sobre os rumos e possibilidades da região de saúde.

Em continuidade à discussão dos casos e tendo em vista que não era um objetivo desse trabalho definir qual dos modelos é a melhor opção a ser assumida, até porque, como visto, essa escolha dependerá de muitos elementos, os quais vão desde a relação dos atores envolvidos até as características do contexto em que está inserido. E ainda que, não pareça razoável comparar serviços hospitalares e de diferentes portes e naturezas jurídicas, com um serviço consorciado, foi possível, ainda assim, destacar as principais vantagens e desvantagens de cada um desses casos, quanto aos aspectos que envolvem a regionalização e contratualização de serviços (Quadro 20).

Os CPS foram inclusos nessa análise, pois apesar de assumir de forma mais clara a prestação de serviços ambulatoriais, intermediam contratos hospitalares de cunho regional e microrregional.

Quadro 20 – Vantagens e desvantagens quanto à contratualização/regionalização dos casos apresentados na análise:

Casos	Vantagens	Desvantagens
Caso 1: Administração Pública – HPP	Prestar um serviço considerado pela região como uma necessidade. O resultado não se baseia no lucro.	Regulação e acesso definidos pelo prestador, ainda que público.
Caso 2.1: Privado sem fins lucrativos	Quando tem abrangência regional possui maior complexidade e densidade tecnológica e oferta de serviços ambulatoriais.	Fazem contrato direto com alguns municípios. Se filantrópico privado seleciona a oferta de serviço. Negociam diretamente com parlamentares e membros do nível central da SESA. Relação política partidária com atores do nível local.
Caso 2.2: Organização Social	Contratação de pessoal e aquisição de materiais e insumos. Alternativa à LRF.	Não é considerado um serviço complementar. Só oferta aquilo que está no Contrato de Gestão.
Caso 3: Privado com fins lucrativos	Retaguarda à urgência e emergência microrregional.	Figura jurídica impede de estabelecer convênio e receber incentivos dos entes federados.
Caso 4: FEDP	Alternativa à LRF. Agilidade na contratação de pessoal e insumos.	Incipiente participação dos gestores na definição dos serviços ofertados e na governança. Vinculação de atores políticos nos cargos de gestão.
Caso 5: CPS	Modelo jurídico que favorece a contratualização de serviços regionais.	Indícios de determinada pretensão em ocupar a função de gestor regional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise dos casos apresenta alguns pressupostos, que de forma cuidadosa, uma vez que os contextos são diferentes, podem ser generalizados para outras regiões e microrregiões brasileiras. Um HPP, por exemplo, pode ser referência para execução de algum vazio assistencial em determinada região, no entanto, a oferta dos serviços não deve ser pensada apenas sob a ótica de quem a oferece, mas sim por todos os atores envolvidos.

Os prestadores filantrópicos privados são instituições estratégicas e ofertam serviços importantes de cunho regional, mas há maior necessidade de regulação pelos entes públicos, especialmente por essa modalidade concentrar grande parte dos leitos hospitalares.

Já, os modelos que oferecem modos flexíveis de contratação de pessoal (terceirizados) e insumos (OS e FEDP), devem ser pensados com cautela. Ainda que não se possa negar uma tendência para essas formas de contratação, elas ainda podem ser consideradas fraudulentas, devido à fuga da LRF. Além disso, a governança dessas instituições é incipiente, com pouca participação dos atores regionais.

Os privados com fins lucrativos parecem não mais fazer questão de oferecer serviços complementares ao SUS. Como pontuado, esse aspecto pode estar relacionado ao movimento de filantropização dessas instituições, em busca de isenções sociais e tributárias, ou ainda, o fato estarem cada vez mais escassos serviços dessa natureza jurídica em hospitais de municípios ou regiões de pequeno porte, provavelmente relacionados à contratualização, baseada em valores não atrativos da tabela SUS. Esses serviços também não realizam convênio e tão pouco recebem incentivos nos contratos firmados com os entes federados. Essas características fortalecem ainda mais o fato de estarem alocados em regiões formadas por municípios maiores, com maior densidade demográfica e tecnológica.

E por fim, os CPS mostram-se como instrumentos jurídicos potentes para a contratualização de serviços com vistas à regionalização. Entretanto, a pesquisa empírica demonstrou certa pretensão desses atores em ocupar a função de gestor regional. Esse aspecto, gera inúmeras disputas quanto à posição dos CPS nas esferas de poder e pactuação e certo distanciamento dos atores municipais junto à condução desse serviço.

Além dos aspectos mencionados no quadro acima, entende-se que o modelo de gestão e/ou de prestação de serviço condiciona diretamente a gestão da força de

trabalho no SUS. A terceirização, a “pejotização” e outras formas de precarização de vínculo, tem consequências diretas na garantia e continuidade da política de saúde. Esse cenário poderá ficar ainda mais contraditório se houver a aprovação da proposta de emenda constitucional (PEC) n.º 32/2020.

A PEC n.º32/2020 em tramitação no congresso, faz parte de uma das medidas do atual governo para a reforma administrativa brasileira, ela altera 27 dispositivos da Constituição Federal e introduz 87 novos, correspondentes às formas de contratação e estabilidade de funcionários públicos. A PEC n.º 32/2020 prevê a ampliação de contratações temporárias e terceirizadas para o setor público, além da redução de direitos e garantias conquistadas (licença-prêmio; adicional por tempo de serviço; parcelas indenizatórias; adicional de substituição não efetiva; progressão na carreira e promoção baseada em tempo de serviço; incorporação ao salário por substituição; entre outros direitos). No entanto, valerá apenas para as carreiras que não são exclusivas do Estado. Ou seja, militares das forças armadas, juízes e parlamentares, não entram nas regras e atualmente constituem os setores com os maiores privilégios e salários entre o funcionalismo público.

Isso significa, que pode haver uma tendência ainda maior na terceirização e na contratação temporária da força de trabalho no SUS, independente da modalidade (pública e/ou privada) dos serviços, fragilizando ainda mais as políticas de saúde.

Além da tendência na contratação da força de trabalho, mencionada acima, outras tendências podem ser destacadas, no que diz respeito ao processo de contratualização/regionalização.

A primeira pode ser descrita pela **tendência à privatização** implícita e explícita dos serviços, por meio da mercantilização e terceirização da oferta. Os aspectos desse processo apresentam concepções neoliberais, desde a ampliação da lógica e dos princípios do privado (como a avaliação de metas e desempenho), até a ampliação dos mecanismos de mercado e participação privada na prestação e gestão dos serviços de saúde, terceirização e sua privatização *strictu sensu*, quando a gestão de instituições públicas é transferida para instituições de natureza privada.

A segunda, ainda que pouca expressiva nessa região é a **tendência à gestão do território**, como já ocorre em alguns distritos regionais de municípios brasileiros, no qual uma determinada instituição privada, assume a gestão de serviços, desde a AB à AAE.

A terceira tendência **é baseada no fortalecimento dos entes públicos**, por meio do desenvolvimento de sistemas de informação de base regional, com certa terceirização/empresariamento de serviços complementares e regulação pública.

Entende-se que a rotatividade dos gestores municipais e ausência de coletivos fortalecidos entre esses atores nas diversas regiões do país, abre espaço para os interesses do privado, que vem demonstrando maior capilaridade aos MPP, especialmente na AAE. Ao mesmo tempo, o enfraquecimento desses atores, deixa ainda mais evidente a importância, junto aos demais entes, de instituições representativas dos gestores locais, como os COSEMS. No entanto, sabe-se que a institucionalização dos COSEMS nos diferentes estados brasileiros, não é homogênea e nem sempre permeadas pelo mesmo interesse.

Considera-se que as tendências mencionadas, poderão ser em alguma medida, determinadas pela organização dos comitês executivos de governança macrorregional, conforme prevê a última etapa do Planejamento Regional Integrado (PRI) (BRASIL, 2018b).

Ocorre que há certa preocupação desses espaços serem ocupados por atores privados e de mercado, interessados na contratualização do território, na medida em que os atores públicos podem encontrar-se cooptados ou convencidos que a ideia da participação privada na gestão e na oferta de serviços de saúde, apresenta melhores resultados. No entanto, é reconhecida as limitações do ente público em regular o privado e ao mesmo tempo, oferecer os serviços não contratualizados, e/ou aqueles em que o setor não demonstra interesse de ofertar.

Dessa forma, compreende-se como uma maneira de frear esses movimentos, o fortalecimento dos atores públicos regionais (prefeitos, gestores e profissionais de saúde) no sentido de promover sua autonomia, seja no aspecto de reconhecer as fragilidades e potencialidades do território, bem como, no sentido de serem capazes de atuar no fortalecimento da regionalização, da participação popular e de espaços de cooperação entre os diferentes atores envolvidos.

Essa perspectiva prevê a consolidação regional da ideia do SUS como sistema, na qual importa menos as modalidades (ou instrumentos jurídicos) e importa mais a garantia da integralidade da atenção à saúde aos usuários e a governança dos gestores públicos.

Para a sua concretização, algumas propostas podem ser destacadas:

- A criação de núcleos de regionalização/contratualização junto às universidades locais e aos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ou Pública, que incentivem o debate e a formação de gestores. Esses núcleos poderiam ser financiados com recursos, que atualmente financiam projetos de regionalização PROADI promovidos por hospitais de excelência. Entende-se que as universidades possuem *know how* para atuarem como apoio desses processos nos territórios que integram. Essa atividade não deveria estar a cargo de instituições hospitalares privadas, ainda que sem fins lucrativos, pois sua capilaridade nos diferentes territórios brasileiros é pequena e/ou quase ausente e seus apoiadores desconhecem as especificidades dos territórios regionais;
- Outra estratégia passa pela reconstrução/atualização dos Planos Diretores de Regionalização (PDR). Ter clareza das referências e vazios assistenciais de cada região é o primeiro passo para que os gestores possam compreender de fato suas necessidades e prioridades;
- A garantia da realização de conferências regionais de saúde, conforme prevê o planejamento ascendente, também fortaleceria a participação da comunidade e do controle social, na discussão de temas de interesse regional;
- Advoga-se pelo fortalecimento de espaços de deliberação entre gestores, como as reuniões de CRESEMS e CIR e das microrregiões de saúde;
- Ainda, a elaboração de estratégias para ampliar o grau de governança dos atores regionais na gestão do SUS, por meio de formação específica, fornecida pelas universidades locais e instituições parceiras, aos membros do CRESEMS e CIR;
- A defesa de arranjos de gestão e prestação de serviços públicos, que apresentem possibilidade de maior regulação dos entes públicos e oferta de serviço a partir das necessidades locais;
- A possibilidade de intensificar a atuação de serviços de regulação regional e da formação de complexos reguladores descentralizados sob gestão compartilhada, além de aprimorar esse campo de atuação, por meio da articulação interfederativa e definição de responsabilidades operacionais,

integração dos sistemas de informação, bem como, efetivar os processos de auditoria, controle e avaliação.

- E por fim e não menos importante, a necessidade de rever as estratégias de financiamento tripartite em vigência, com aporte de recursos de forma proporcional aos entes envolvidos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos discutidos nesse trabalho apontam para elementos que envolvem a cooperação entre os entes federados e o processo de regionalização da atenção à saúde, mediante diferentes estratégias ou modelos de prestação de serviços, em regiões formadas por municípios de pequeno porte.

O objetivo da pesquisa foi o de compreender como esses modelos de contratualização relacionam-se com a cooperação e com o processo de regionalização do SUS na macrorregião norte do Paraná.

Dessa forma, buscou-se sintetizar esses elementos no quadro abaixo, o qual apresenta de forma mais organizada os achados desse trabalho nos dois principais campos de análise. O primeiro está relacionado às formas de cooperação, incluindo algumas de suas diversas expressões e representações, as quais vão muito além do ato de cooperar propriamente dito; e o segundo se refere aos aspectos envolvidos no processo de regionalização, em outras palavras, como os modelos estudados colaboram para esse processo.

Quadro 21 – Aspectos envolvidos na cooperação e na regionalização de acordo com os casos analisados na pesquisa, 2021.

Casos Empíricos	Aspectos envolvidos na Cooperação	Aspectos relacionados à Regionalização
Administração Pública	<p>Cooperação federativa.</p> <p>O caso apresenta um exemplo de cooperação federativa intermunicipal positiva, por meio da colaboração mútua. O município que presta o serviço tem ganhos na atenção à saúde, na economia e desenvolvimento local, e os demais municípios ganhos na oferta para demandas reprimidas.</p>	<p>A iniciativa reforça o processo de regionalização entre os municípios que compõem a região de saúde, mas não se configura como uma estratégia comum entre os HPP públicos, os quais apresentam sobreposição da oferta de serviços e política regulamentadora desatualizada.</p> <p>Chama atenção para políticas públicas que devem considerar formas de otimização desses</p>

			pontos de atenção na rede de atenção microrregional ou regional.
Filantrópico	Filantrópico Puro	<p>Cooperação clássica.</p> <p>O caso empírico mostra que os hospitais inseridos nessa categoria são estabelecimentos dispostos à oferta de serviços públicos, pois esse aspecto constitui a natureza da instituição. O financiamento das ações é específico com recursos da MAC e por meio de doações, sem contrapartidas municipais.</p>	No aspecto da regionalização, constituem-se como referência para a urgência emergência, obstetrícia e trauma, à apenas um, ou à grupo de municípios de sua região.
	Filantrópico Privado	<p>Cooperação regulada e contratual.</p> <p>São estabelecimentos privados que alteraram sua natureza jurídica com fins estratégicos. Recebem contrapartida municipal, e na maior parte das vezes, não são estabelecimentos porta aberta.</p>	Se forem HPP ofertam serviços de retaguarda apenas ao município do território. Quando inseridos em municípios de referência microrregional ou regional, executam serviços aos demais municípios de forma regulada, com determinado gerencialismo na oferta, mas podem apresentar benefícios na oferta aos municípios contratantes. Exige maior controle por parte da administração pública.
	Organização Social	<p>Cooperação contratual e limitada.</p> <p>Executa apenas as ações previstas no contrato de gestão. Apresenta benefícios ao município</p>	A perspectiva do contrato é específica ao município, com pouco ou nenhum serviço disponível aos municípios circunvizinhos.

		contratante, e à OS (ente de cooperação) quanto às isenções tributárias e previdenciárias.	
Privado	Privado	<p>Cooperação privada e lucrativa.</p> <p>Na região, atualmente, a maioria dos estabelecimentos hospitalares privados possui contrato para a complementação de serviços com recursos de MAC. Já os serviços ambulatoriais, realizam contrato diretamente como ente municipal e com o consórcio.</p>	Pelo menos nesse caso, não se observou nenhum movimento para a regionalização dos serviços. O contrato para oferta de serviços ambulatoriais é realizado de forma individualizada entre os municípios e serviços privados, esses contratos obedecem aos critérios de mercado.
	Terceirização	<p>Cooperação intencional e lucrativa.</p> <p>No caso analisado, observou-se uma dispensa de licitação para a oferta dos serviços por um prestador específico, bem como relatos de terceirização. Também foi constatado práticas de terceirização para a realização de licitação por credenciamento (inexigibilidade) à compra/execução de serviços ambulatoriais e para a gestão de recursos humanos.</p>	O caso analisado possui condições técnicas e operacionais para servir de referência regional e macrorregional, desde que os municípios se envolvam na definição da carta de serviços do estabelecimento. Por sua vez, a prática municipal de licitação na modalidade de credenciamento não parece reforçar o processo de regionalização, pelo contrário, constituem-se na maior parte das vezes, em contratos duplicados, paralelos e ilegais. No contexto da pandemia, os serviços analisados nesse caso

			foram utilizados para ampliação da oferta de leitos, mas sua atuação não se limitou à região que está localizado.
Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP)	Cooperação contratual e limitada. A modalidade mostra-se no contexto analisado por meio de uma cooperação contratual e limitada.		Ainda que seja custeado pelo ente estadual e referência para uma determinada região, os municípios referenciados possuem pouco ou quase nenhum tipo de intervenção e/ou possibilidade de definir os serviços ofertados, representando um modelo que experimenta, pelo menos nesse caso, baixo nível de governança regional. Ainda assim, é referência para área materna-infantil e traumatologia fechada para sua região.
Consórcio Público de Saúde	Cooperação Interfederativa e técnica. Observa-se a necessidade de melhorar a compreensão sobre a razão e operacionalização dos consórcios entre os gestores públicos.		Possui grande potencialidade para o processo de regionalização, no entanto, mecanismos contratuais para oferta de serviço fortalece o empresariamento dos serviços públicos de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No entanto, os resultados também deixam claro, que todas as formas de contratualização das modalidades discutidas, estão diretamente relacionadas à gestão dos municípios envolvidos em uma determinada região. Revelam que não há como discutir o processo de regionalização sem pensar nas hipóteses de contratualização dos serviços e sobretudo, nas políticas públicas específicas que os envolvem, particularmente o vazio legislativo e/ou regulamentador nesse campo.

Outro aspecto fundamental a ser colocado é o cenário observado de compra de

serviços de saúde pelos modelos analisados, compatível com características de mercados oligopsônicos. Essa categoria de mercado é marcada por poucos compradores ou pagadores, aqui representados pelo estado do Paraná e pelos municípios estudados, quando comparados aos inúmeros vendedores, ou prestadores, tanto ambulatoriais quanto hospitalares.

Nesse tipo de mercado quem determina o preço dos serviços é quem compra, já que possui o capital financeiro para tal, pois em tese, existe um número de vendedores em grande quantidade. Ocorre que no SUS, isso não acontece na prática. Observa-se ainda, que esse processo de compra dos serviços é marcado por forte empresariamento e benefícios jurídicos-legais relacionados às diversas modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços utilizadas para análise. Há, portanto, um processo de privatização por dentro do SUS, que atende ao fortalecimento de determinados setores e é promovido por meio de arenas políticas que se organizam com o propósito de angariar e utilizar recursos públicos, utilizando-se de emendas constitucionais e da própria legislação.

Nesse contexto, o Estado não consegue estabelecer processos contratuais e regulatórios expressivos que apresentem resultados na assistência e ao mesmo tempo operacionalizá-la.

De acordo com o referencial teórico da Análise de Políticas adotado nesse trabalho pode-se inferir muitos componentes dessa perspectiva analítica junto ao objeto de estudo. Todavia, a análise de política pode ser entendida como um conjunto de observações, de caráter descritivo, explicativo e normativo, acerca das políticas públicas, na perspectiva de encontrar respostas para as seguintes questões: “o que/como é?”, “por que é assim?” e “como deveria/poderia ser”.

A opção de apresentação desses elementos, bem como, as categorias identificadas na matriz de análise, foram diluídos nos diferentes casos apresentados e novamente discutidos no capítulo 6.7. No entanto, algumas dessas características merecem ser novamente destacadas, dentre elas:

- i) o contexto dos MPP no que tange às limitações provocadas pelo nível de responsabilidades assumidas (sem a gestão do teto MAC), para a contratualização de serviços da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, produz iniquidades na oferta e a utiliza instrumentos contratuais considerados ilegais;
- ii) prevalecem características mistas de implantação da política de

- regionalização em relação à contratualização de serviços e à cooperação dos entes federados, com ênfase na implementação de ações de tipos mais hierarquizadas (*top-down*) e em alguns casos, com maior ou menor envolvimento dos atores locais (*bottom-up*);
- iii) distintas concepções dos atores envolvidos quanto ao processo de privatização e terceirização dos serviços de saúde;
 - iv) legislações e normativas referentes às políticas de saúde capazes de formar grupos e arenas de interesse no financiamento público. Em âmbito nacional esses grupos são movidos por determinados interesses, mas que podem apresentar-se, ainda que estratégicos, de forma distinta nos municípios de pequeno porte;
 - v) provisão de profissionais de saúde por meio da terceirização e da precarização de vínculos, a depender da modalidade de prestação de serviços, como uma consequência dos resultados das reformas administrativas;
 - vi) ausência de atualização e lacunas na legislação, bem como no conteúdo de políticas de contratualização, interferindo diretamente no processo de regionalização;
 - vii) a necessidade de um instrumento contratual de cooperação microrregional ou regional que permita o planejamento territorial e segurança jurídica para a contratualização horizontal e alocação de recursos tripartite;
 - viii) ausência ou tímido papel do ente estadual no processo de regionalização e frágil atuação na oferta de serviços regionalizados, mesmo naqueles sob sua responsabilidade; e
 - ix) necessidade de fortalecimento dos mecanismos de governança entre os atores locais, especialmente os públicos, bem como dos espaços de negociação e articulação gestora.

Percebe-se, portanto, que essa discussão se encontra em um emaranhado e complexo imbróglio, que envolvem, principalmente: as normativas e os processos legais da contratualização de serviços; os condicionantes gerais do processo de regionalização; as responsabilidades gestoras dos entes federados; e ainda, as consequências da implantação de determinados modelos de gestão, quanto ao

provimento de profissionais e sua proximidade com processos de terceirização e privatização dos serviços de saúde.

Afinal, quem ganha ou quem perde com toda essa situação? E como, mesmo dentro desse contexto, podemos avançar no processo de regionalização?

A resposta a essa indagação não é simples, muito menos única às diversas realidades regionais do país, especialmente as que envolvem municípios pequenos, como o campo de análise desse trabalho. Além disso, cabe destacar que instituir mecanismos mais sólidos de contratualização, por meio da organização de linhas de cuidado baseadas na demanda e definidora da oferta entre os prestadores regionais, pode mexer com questões contratuais já consolidadas, colocando em ameaça os arranjos de financiamento/regulação contrários aos interesses de prestadores e atores públicos.

No entanto, entende-se que movimentos como o Planejamento Regional Integrado (PRI) podem e devem ser utilizados para repensar as potencialidades do território e fortalecer estratégias ascendentes de organização regional. Advoga-se também a favor do envolvimento das universidades públicas, por meio da criação de núcleos e/ou observatórios para apoio à regionalização dos diferentes territórios nacionais.

Esse planejamento deve envolver as necessidades de oferta e a demanda regional, sendo uma das estratégias a serem cogitadas, a otimização dos HPP às situações locais e a mobilização dos gestores com vistas ao fortalecimento da cooperação entre os entes federados. Mas, para tal é necessário mais clareza e segurança jurídica quanto às possibilidades de contratualização interfederativa horizontal entre entes públicos municipais.

Necessita-se também que as políticas de contratualização sejam discutidas em âmbito nacional e de forma associada ao processo de regionalização. Além disso, deve-se fomentar a participação social nas discussões do planejamento regional, bem como garantir formas de atuar nos comitês de governança macrorregionais.

Entende-se que a contratualização não se finda no ato normativo contratual e na definição de metas e indicadores, como a literatura pressupõe. A contratualização no SUS é um movimento, que nasce do instrumento jurídico contratual, mas que permeia as estratégias de pactuação, de relações de cooperação entre os atores e de aprimoramento dos aspectos regulatórios. Nessa perspectiva, o instrumento contratual é importante, mas, demais aspectos o são igualmente. Cabe destacar que

se constituem fundamentais para avanços no processo de regionalização no SUS: um maior envolvimento dos atores, especialmente municipais e estadual, com vistas ao fortalecimento da governança dos processos de regionalização; do estabelecimento de arranjos de cooperação e do amadurecimento das instâncias de pactuação regional.

Isso significa que o processo de contratualização com vistas à regionalização pressupõe aspectos que extrapolam as cláusulas contratuais e as características jurídico-legais dos contratos. Na perspectiva do fortalecimento do interesse público, esse processo dependerá de outros elementos, como a possibilidade de construção de acordos, sanções e cooperação entre os atores envolvidos.

Ademais, entende-se que essa pesquisa, apesar de apresentar algumas limitações no campo metodológico, como o fato de apresentar e analisar aspectos de um contexto específico, traz proposições e análises relevantes, não só quanto à indissociada relação entre contratualização/regionalização e as formas diversas de cooperação entre os entes, mas principalmente, pela contribuição com o debate, com vistas às possibilidades de avanços, particularmente, no campo da gestão do SUS.

Nesse propósito, outras pesquisas podem ser realizadas para aprofundar a análise desse tema ou de alguns dos principais achados. Entre eles, sugere-se a possibilidade de ampliar a abrangência do campo de análise, buscando por pesquisas em âmbito estadual e federal, especialmente para a contratualização federativa horizontal, com o olhar para diferentes regiões brasileiras, e/ou de análises de cunho comparativo e quantitativo a partir de métricas que podem ser mensuradas independente da modalidade ou do tamanho do território, embora a métrica de eficiência dos serviços de saúde deve ser avaliada também a partir de seu valor social.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. **PPP na saúde: experiências e tendências – a experiência nacional**, 2012.

ACISPAR. **Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de saúde do Paraná**. Disponível em: <<http://acispar.org.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ALBUQUERQUE, C. P. Investigação qualitativa sobre o processo de implementação de políticas públicas. Relevância e implicações da abordagem construtivista. **6º Congresso Ibero-Americano em Investigación Cualitativa**. Atas CIAIQ, v. 3, p. 10, 2017.

ALBUQUERQUE, M.V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1055-1064, Apr. 2017.

ALCÂNTARA, C.M. Administração pública deliberativa: a experiência do Município de Curitiba, Brasil 2013-2016 e a possibilidade de retrocesso burocrático-gerencial. In: **XXII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. 2017. Madrid, España. 2017.

ALCÂNTARA, V. DE C.; PAIVA, A. L. DE; BRITO, M. J. DE. Desvelando “caixas-pretas” dos textos de estratégia: uma abordagem baseada na hermenêutica crítica. **Organizações & Sociedade**, v. 25, n. 84, p. 30–49, mar. 2018.

ALCOFORADO, F. C. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. **X Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Santiago, Chile, 2005.

ANDRADE, S.K.V. **Consórcio público de saúde e a relação federativa**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ANDREAZZI, M. DE F. S. DE; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 499–518, dez. 2014.

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social e Tributário. **Análise da Seguridade Social 2015**. 16ª edição. Brasília: ANFIP, 2016. 150 p.

ANTERO, S.A.; SALGADO, V.A.B. AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (EDS.). **Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil**. Brasília: Editora IABS, 2012.

ANS. **Agência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acessado em: 10 jan. 2020.

ARAÚJO JÚNIOR, J.L.C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, Recife, 1 (3): 203-221, set. - dez., 2001.

ARAUJO, E.C.; PONTES, E. **Análise do gasto público em saúde**. Brasília: Banco Mundial, 2017.

ARTMANN, E. **O planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma abordagem comunicativa)**. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro. Fragmento mimeografado, Curso de Planejamento- FUNASA/ENSP/RJ p. 82-97, 1993.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Brasília: BM, 2017.

BARBOSA, A.M.S; ORBEM, J.V. “Pejotização”: precarização das relações de trabalho, das relações sociais e das relações humanas. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM** [Internet]. 2015;10(2):839-59.

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.

BOURDIEU P. **O poder simbólico**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES/ HUCITEC, 1981.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasil, 1943.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 4.214, de 2 de março de 1963**. Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural”. 1963.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. 1966.

_____. Presidência da República. **Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasil, 1967.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 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, 1990a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 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 dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 8.212 de 24 de junho de 1991.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, 1991a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.180, de 22 de julho de 1991.** Cria a Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de saúde, incluindo as questões de Gerenciamento e Financiamento do SUS. Brasília, 1991b.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992.** Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n.º 545, de 20 de maio de 1993.** Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 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, 1993b.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993c.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 8.958, de 20 de dezembro de 1994.** Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE; 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS n.º 2203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica 01/96. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 9.491, de 9 de setembro de 1997**. Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei n.º 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. DF, 1997.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n.º 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1998a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998b.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998c.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999**. Regulamenta a Lei no 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999b.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória n.º 2.129-6, de 23 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social, e altera dispositivos das Leis nos 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.212 e 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.742, de 7 de dezembro de 1993, 9.604, de 5 de fevereiro de 1998, 9.639, de 25 de maio de 1998, 9.717, de 27 de novembro de 1998, e 9.796, de 5 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2001a.

_____. 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, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1606, de 11 de setembro de 2001.** Brasília, 2001c.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002.** Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Presidência da República. Código Civil Brasileiro. **Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, 2002c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula.** Brasília, DF: SEGES, 2003.

_____. 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, 2004a, 175p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.044, de 01 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília, 2004b.

_____. **Portaria interministerial n.º 1.006, de 27 de maio de 2004.** Reorienta e reformula a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2004c.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 11.107 de 6 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.721 de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005b.

_____. 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 n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar n.º 92-A/2007.** Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Brasília, 2007a.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 6017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei n.º 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. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 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 n.º 161, de 21 de janeiro de 2010.** Dispõe sobre o art. 3º da Portaria n.º 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.034, 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, 2010c.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS. vol. 8. 1ª edição, Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 936, de 27 de abril de 2011.** Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Brasília, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011c. 224p.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 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. 2011d.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 7.568, de 16 de setembro de 2011.** Altera o Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, o Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999, que regulamenta a Lei n.º 9.790, de 23 de março de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2011e.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília, 2011f.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução n.º 01 de 29 de setembro de 2011.** Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011g.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das leis n.º 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília-DF, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 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, 2012b.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução n.º 3, de 30 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012c.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução n.º 4, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 929, de 10 de maio de 2012.** Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 1.580, de 19 de julho de 2012.** Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Brasília, 2012f.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 12.868, de 15 de outubro de 2013.** Altera a Lei n.º 12.793, de 2 de abril de 2013, para dispor sobre o financiamento de bens de consumo duráveis a beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV); constitui fonte adicional de recursos para a Caixa Econômica Federal; altera a Lei n.º 12.741, de 8 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as medidas de esclarecimento ao consumidor, para prever prazo de aplicação das sanções previstas na Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990; altera as Leis n.º 12.761, de 27 de dezembro de 2012, n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009, n.º 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e n.º 9.615, de 24 de março de 1998; e dá outras providências. Brasília, 2013a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 12.873, de 24 de outubro de 2013.** Autoriza a Companhia Nacional de Abastecimento a utilizar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC, instituído pela Lei n.º 12.462, de 4 de agosto de 2011, para a contratação de todas as ações relacionadas à reforma, modernização, ampliação ou construção de unidades armazenadoras próprias destinadas às atividades de guarda e conservação de produtos agropecuários em ambiente natural; altera as Leis n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, o Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1942 - Consolidação das Leis do Trabalho, as Leis n.º 11.491, de 20 de junho de 2007, e 12.512, de 14 de outubro de 2011; dispõe sobre os contratos de financiamento do Fundo de Terras e da Reforma Agrária, de que trata a Lei Complementar n.º 93, de 4 de fevereiro de 1998; autoriza a inclusão de despesas acessórias relativas à aquisição de imóvel rural nos financiamentos de que trata a Lei Complementar n.º 93, de 4 de fevereiro de 1998; institui o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água - Programa Cisternas; altera a Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, o Decreto-Lei n.º 167, de 14 de fevereiro de 1967, as Leis n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, 9.718, de 27 de novembro de 1998, e 12.546, de 14 de setembro de 2011; autoriza a União a conceder subvenção econômica, referente à safra 2011/2012, para produtores independentes de cana-de-açúcar que desenvolvem suas atividades no Estado do Rio de Janeiro; altera a Lei n.º 11.101, de 9 de fevereiro de 2005; institui o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde - PROSUS; dispõe sobre a utilização pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos registros de preços realizados pelo Ministério da Saúde; autoriza a União, por intermédio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a conceder o uso de bens públicos imobiliários dominicais, mediante emissão de Certificado de Direito de Uso de Bem Público Imobiliário - CEDUPI; altera o Decreto-Lei n.º 3.365, de 21 de junho de 1941; dispõe sobre as dívidas originárias de perdas constatadas nas armazenagens de produtos vinculados à Política de Garantia de Preços Mínimos - PGPM e Estoques Reguladores do Governo Federal, depositados em armazéns de terceiros, anteriores a 31 de dezembro de 2011; altera a Lei n.º

10.438, de 26 de abril de 2002; autoriza o Poder Executivo a declarar estado de emergência fitossanitária ou zoossanitária, quando for constatada situação epidemiológica que indique risco iminente de introdução de doença exótica ou praga quarentenária ausente no País, ou haja risco de surto ou epidemia de doença ou praga já existente; altera a Lei n.º 9.430, de 27 de dezembro de 1996; dispõe sobre o repasse pelas entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos às suas mantenedoras de recursos financeiros recebidos dos entes públicos; altera a Medida Provisória n.º 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, as Leis n.º 10.848, de 15 de março de 2004, 12.350, de 20 de dezembro de 2010, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, 12.087, de 11 de novembro de 2009, e 10.260, de 12 de julho de 2001; e dá outras providências. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 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, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 142, de 27 de janeiro de 2014**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria n.º 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2014a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Nota Técnica n.º 12**. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Diretrizes para a reorganização dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP. Proposta do CONASS. Brasília, 30 de maio de 2014b.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.019, de 31 de julho de 2014**. Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC). Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei n.º 13.204, de 2015). DF, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS: Aspectos Básicos.** Brasília, DF, 2014d.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.204, de 14 de dezembro de 2015.** Altera a Lei n.º 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis n.º 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei n.º 91, de 28 de agosto de 1935. Brasília, 2015a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis n.º 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei n.º 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis n.º 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 12.973, de 13 de maio de 2014, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004, 11.774, de 17 de setembro de 2008, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 12.249, de 11 de junho de 2010, 10.522, de 19 de julho de 2002, 12.865, de 9 de outubro de 2013, 10.820, de 17 de dezembro de 2003, 6.634, de 2 de maio de 1979, 7.433, de 18 de dezembro de 1985, 11.977, de 7 de julho de 2009, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.076, de 30 de dezembro de 2004, 9.514, de 20 de novembro de 1997, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.074, de 7 de julho de 1995, 12.783, de 11 de janeiro de 2013, 11.943, de 28 de maio de 2009, 10.848, de 15 de março de 2004, 7.565, de 19 de dezembro de 1986, 12.462, de 4 de agosto de 2011, 9.503, de 23 de setembro de 1997, 11.442, de 5 de janeiro de 2007, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 5.991, de 17 de dezembro de 1973, 12.850, de 2 de agosto de 2013, 5.070, de 7 de julho de 1966, 9.472, de 16 de julho de 1997, 10.480, de 2 de julho de 2002, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 6.530, de 12 de maio de 1978, 5.764, de 16 de dezembro de 1971, 8.080, de 19 de setembro de 1990, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 13.043, de 13 de novembro de 2014, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a Lei Complementar n.º 123, de 14 de dezembro de 2006, o Decreto-Lei n.º 745, de 7 de agosto de 1969, e o Decreto n.º 70.235, de 6 de março de 1972; revoga dispositivos das Leis n.º 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 7.789, de 23 de novembro de 1989, 8.666, de 21 de junho

de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 10.150, de 21 de dezembro de 2000, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.973, de 13 de maio de 2014, 8.177, de 1º de março de 1991, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004 e 9.514, de 20 de novembro de 1997, e do Decreto-Lei n.º 3.365, de 21 de junho de 1941; e dá outras providências. Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 1ª ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 137p.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n.º 93, de 8 de setembro de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da união e estabelecer a desvinculação de receitas dos estados, distrito federal e municípios. Brasília, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Nota Informativa**. Contratualização. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 2567, de 25 de novembro de 2016**. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2016d.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde**. 1ª ed. Brasília, 2016e, 63p.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, 2017a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017b.

_____. Tribunal Superior do Trabalho (STF). **Súmula n.º 331 de 2017**. Brasília, 2017c. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html. Acesso em: 01 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 2.925, de 1º de novembro de 2017**. Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH). Brasília, 2017e.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n.º 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2017f.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.650, de 11 de abril de 2018**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde, de que trata o art. 4º da Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009; e altera as Leis n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.429, de 2 de junho de 1992. Brasília, 2018a.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n.º 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, 2018b.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 9.380, de 22 de maio de 2018**. Altera o Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012, e dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. Brasília, 2018c.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria n.º 233, de 15 de abril de 2019**. Estabelece regra transitória em razão da necessidade de definição de rotinas e contas contábeis, bem como classificações orçamentárias para operacionalização do item 04.01.02.01 (3) da 9ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF), aprovado pela Portaria STN n.º 389, de 14 de junho de 2018. Brasília, 2019a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n.º 44, de 25 de abril de 2019**. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto n.º 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Brasília, DF, 2019c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. DF, 2019d.

_____. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. 2020a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_taxa_cobertura.htm>. Acesso em: 25 mar. 2020.

_____. Presidência da República. **Decreto n.º 10.212, de 30 de janeiro de 2020.** Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. DF, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). DF, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 395, de 16 de março de 2020.** Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19. DF, 2020d.

_____. Presidência da República. **Medida provisória n.º 926, de 20 de março de 2020.** Altera a Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. DF, 2020e.

_____. Presidência da República. **Lei complementar n.º 173, de 27 de maio de 2020.** Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. DF, 2020f.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2020g.

_____. **Projeto de Emenda Constitucional n.º 32, de 11 de setembro de 2020.** Altera dispositivos sobre servidores e empregados públicos e modifica a organização da administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. DF, 2020h.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. DF, 2021a.

_____. Presidência da República. **Lei n.º 14.123, de 10 de março de 2021.** Altera a Lei n.º 13.650, de 11 de abril de 2018, e prorroga até 31 de dezembro de 2020 a suspensão da obrigatoriedade de manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecida pelo art. 1º da Lei n.º 13.992, de 22 de abril de 2020. DF, 2021b.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, n. 45, p. 49–95, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v.1).

CAMPOS, D.A; RODRIGUES, J.; MORETTI-PIRES, R.O. Pesquisa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 4, 2012.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, jun. 2018.

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.

CARVALHO, B.G *et al.* **Programa de qualificação e apoio às equipes municipais de gestão e planejamento**. Oficina 1. Ser gestor e regionalização. 2019.

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.

CASTRO, J. A. *et al.* **Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010**. Nota Técnica n. 9. Brasília: IPEA, set. 2012.

CBN. **Parte do único hospital de Jataizinho vai a leilão**. 2019. Disponível em: <<https://cblondrina.com.br/materias/parte-do-unico-hospital-de-jataizinho-vai-a-leilao>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Pejotização é uma realidade entre os médicos**. Internet 27/07/2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/pejotizacao-e-uma-realidade-entre-os-medicos/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CGU. Controladoria Geral da União. **Covid-19: CGU e PF apuram irregularidades com recursos da saúde no Pará**. 2020. Disponível em < <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2020/09/covid-19-cgu-e-pf-apuram-irregularidades-com-recursos-da-saude-no-para>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CNM. Confederação Nacional dos Municípios. **Cooperação Federal e a Lei dos Consórcios**. Brasília, DF, 2007.

COELHO, R. C. **Estado, governo e mercado**. Especialização em Gestão em Saúde. UFSC, 2009.

CORTES, S.V.; LIMA, L.L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo, 87: 33-62, 2012.

COSTA, P. R. N. A ação e as ideias do empresariado no processo decisório da Política Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. e00032519, 2019.

CUNHA, C. R. H. DA *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1313–1326, abr. 2020.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. DE C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 210–225, mar. 2015.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. Nova Gestão Pública (NGP): A Teoria de Administração Pública do Estado Ultraliberal. In: **XXIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito no Brasil (CONPEDI)**. 2014. Florianópolis.

DATASUS. **Departamento de informática do sistema único de saúde do Brasil**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 4ª edição, São Paulo: Atlas, 2003.

DOBASHI, B.F. Um novo pacto de gestão do SUS. **Revista Conasems**, Brasília, v.1, n.14, 2005, p. 47-48.

DOMINGOS, C. M.; FERRAZ, E. M.; CARVALHO, B. G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. **Saúde em Debate**. v. 43, n. 122, 2019.

DOMINGUES, J.M. Patrimonialismo e neopatrimonialismo. In: AVRITZER, Leonardo et al. **Corrupção: ensaio e críticas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. p. 187-192.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Washington, v. 114, n. 11, p. 115-118, 1990.

EGESTOR. Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2021.

ESPERIDIÃO, M.A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. **Saúde em debate**: Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 341-360, outubro 2018.

ESPING-ANDERSON, G. **The three worlds of welfare capitalism**. Cambridge, UK: Polity Press, 1990.

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.

FEMIPA. **Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná**. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FERREIRA, M. R. J.; MENDES, A. N. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2159–2170, jul. 2018.

FGV. Fundação Getúlio Vargas. **Escola de Economia de São Paulo. Luiz Carlos Bresser Pereira**. Disponível em: <<https://eesp.fgv.br/integrante/luiz-carlos-bresser-pereira>>. Acesso em: 5 dez. 2020.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GADAMER, H.G. **Philosophical Hermeneutics**. London: University of California Press; 1976.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método II**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método**. 3ª ed. Editora Vozes, 1999.

GALVÃO, A. *et al.* Reforma trabalhista: precarização do trabalho e os desafios para o sindicalismo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 253-269, 2019.

GERSCHMAN, *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**: Rio de Janeiro, 37(2), 2003.

GHILARDI, W. J.; CERETTA, P. S. Os equívocos legais da filantropia. **Revista Eletrônica de Contabilidade (Descontinuada)**, v. 1, n. 1, p. 70, 19 set. 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018.

GOHN, M. G. M. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Revista Mediações**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11-40, 2000.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. DE. O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 21 dez. 2018.

GUBA, Egon G; LINCOLN, Yvonna S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294p.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n.58, p. 193-224, 2003.

HAM, C.; HILL, M. The policy process in the modern capitalist state. **Pearson Education Limited**. 2ª edição, 1993.

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.

HOOD, C. Public service management by numbers: why does it vary? Where has it come from? What are the gaps and the puzzles? **Public Money and Management**, 95-102. Abr, 2007.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 2001.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. (1995). **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. suppl, p. 1831–1840, nov. 2007.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

IDISA. Instituto de Direito Sanitário. **STF declara a constitucionalidade das Fundações Estatais de Saúde, por unanimidade**. 06 de novembro de 2020. Disponível em: <<http://idisa.org.br/noticias/stf-declara-a-constitucionalidade-das-fundacoes-estatais-de-saude-por-unanimidade?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

JAIME, F. A regulação em saúde no SUS. [2014?]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2018-10/fausto_regulacao_em_saude_no_sus.pdf. Acesso em: 15/11/2021.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00037519, 2020.

LIMA, L. D. DE; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00185220, 2020.

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.

LIMA, L.D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. D. *et al.* Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. suppl 1, p. S107–S119, 2017.

LIMA, L. D. DE *et al.* Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00094618, 2019.

LIMA, L.D. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos.** Textos para discussão. Fiocruz, 2015.

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.

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.; MACHADO, C.V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T.; SPINELLI, M.A.S. (Org.). **Regiões de saúde – diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso.** Editora Hucitec, 2013, 565 p.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política.** v. 21, n. 48, 2013.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, 1996; 30(5):201-235.

LIMA, S.M.L.; RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, Sept. 2012.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª ed. Editora Fiocruz, 2012.

LOUVISON, M. **Regulação em Saúde.** USP, 2014. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/CONTRATUALIZACAO-DIA3-REGULACAODOACESSOAAATENCAOASAUDENOSUS-MARILIALOUVISON.pdf>. Acesso em: 15/11/2021.

LUZ, M. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, M.H. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L.; Escorel S.; Lobato, L.V.C.; Noronha J.C.; Carvalho A.I. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 259-2786.

MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade de Campinas: Campinas.

MANICA, F.B. **Compliance no Setor de Saúde**. 2018. Disponível: <<http://fernandomanica.com.br/site/wp-content/uploads/2018/09/Compliance-no-setor-de-Saude-29.08.2018-13h17.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MARINELA, F. **Direito Administrativo**. 8ª ed. Editora Empitus, Niterói, 2014.

MARQUES, E. C. L. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00002318, 2019.

MARQUES, E. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, n. 3, p. 8–35, 2013.

MARQUES, E.C. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 14, jan. 2019.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos didáticos**. Editora Centauro. São Paulo, 2003.

MATIAS-PEREIRA. **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. 5. ed. rev. atual. São Paulo: Atlas, 2016.

MATOS, C.A.; POMPEU, J.C. Onde estão os contratos? Análise da relação dos prestadores privados e serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, 629-643p, 2003.

MATTOS, R.; BATISTA, T.W.F.; Organizadores. **Caminhos para análises de políticas públicas**. Org: 1ª ed. Rede Unida: Porto Alegre, 2015.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno** Caracas: Fundación Altadir. 1987.

MATUS, C. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi**; trad. Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais. **Lua Nova**. São Paulo, n. 17, p. 49-66, 1989.

MENDES, Á.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 393–402, jun. 2015.

MENDES, Á.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491–505, jun. 2015.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ ABRASCO. p. 19-91, 1993.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, v. 23, n. 3, p. 206, 12 set. 2018.

MENICUCCI, T. G.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Editora Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A.M.F. Coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n.3, p. 823-865, 2016.

MENICUCCI, T.M.G. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional**. CEPAL. Série Políticas Sociais. n.196, 2014.

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.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, Rio de Janeiro, 2012.

MINAYO, M.C.S. *et al* (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21ª Edição. Editora Vozes. Petrópolis, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed., São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2006.

MORAIS, H. M. M. DE *et al*. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018.

MOTTA, P. R. DE M. O estado da arte da gestão pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82–90, fev. 2013.

MUSCHELL J. **Privatization in health**. Health economics technical briefing note. Geneva: World Health Organization; 1995.

NEY, M. S.; GONÇALVES, C. A. G. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300301, 2020.

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 24-47.

NORTH, D.C. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**. v. 5, n.1, 97-112p, 1991.

SIH. Sistema de Informação Hospitalar. Disponível em: <<https://auditasus.com.br/auditasus-login>>. Acesso em: 15 out. 2021.

OBSERVATÓRIO DO TERCEIRO SETOR. SEARA, L. **A aplicabilidade do MROSC nas parcerias da Saúde**. 2017. Disponível em: <<https://observatoriosc.org.br/aplicabilidade-do-mrosc-nas-parcerias-da-saude/>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OCKÉ, C. **A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Boletim 195. 2020. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/boletim-185-02-de-janeiro-de-2020>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

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.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo: EdUSP, 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 11 de março de 2020. Disponível: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso. Princípios e Procedimentos**. Editora Pontes. 2009.

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. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

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. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB n.º 12 de 25 de fevereiro de 2005**. Aprova a adesão do Estado do Paraná à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; e a relação de estabelecimentos selecionados para participarem da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual do Hospsus: Programa de apoio e qualificação de hospitais públicos e filantrópicos do sistema único de saúde do Estado do Paraná**. Paraná, 2011a.

_____. Tribunal de Contas do Estado. **Resolução n. 28, de 2 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a formalização, a execução, a fiscalização e a prestação de contas das transferências de recursos financeiros e demais repasses no âmbito estadual e municipal, institui o Sistema Integrado de Transferências - SIT e dá outras providências. 2011b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de apoio aos consórcios intermunicipais de saúde: COMSUS**. Curitiba, 2012.

_____. Governo do Estado. **Lei n.º 17.959 de 1 de março de 2014**. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná - FUNEAS-PARANÁ. Curitiba, 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos: HOSPSUS**. Curitiba, 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Memorando n.º 02 de 14 de fevereiro de 2018**. Contratação pelo gestor municipal do SUS, de prestadores de serviços ambulatoriais e principalmente hospitalares, localizados em municípios cuja gestão do SUS é de outro município, ou do estado. Curitiba, 2018.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023**. Curitiba, 2020a, 210p.

_____. Governo do Estado. **Decreto n.º 4230 de 16 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19. Curitiba, 2020b.

_____. Governo do Estado. **Decreto n.º 4298, 19 de março de 2020**. Declara situação de emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE n.º 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19. Curitiba, 2020c.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA n.º 340 de 24 de março de 2020**. Estabelece ações para contratação emergencial e institui recursos de custeio para oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Retaguarda Clínica para atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, com

quadro clínico compatível com a infecção por Coronavírus – COVID-19, no Estado do Paraná. Curitiba, 2020d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA n.º 864 de 07 de julho de 2020**. Estabelece ações para contratação emergencial e institui recursos de custeio para oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Retaguarda Clínica para atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, com quadro clínico compatível com a infecção por Coronavírus – COVID-19, no Estado do Paraná. Curitiba, 2020e.

_____. Governo do Estado. **Lei Estadual n.º 15.608 de 16 de agosto de 2007**. Estabelece normas sobre licitações, contratos administrativos e convênios no âmbito dos Poderes do Estado do Paraná. Curitiba, 2020f.

_____. Dispensa de licitação. **Contrato n.º 2220-125/2020**. Curitiba, 2020g.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA n.º 1.420, de 04 de dezembro de 2020**. Aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná. Curitiba, 2020h.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Planilha Diagnóstico do PRI**. 2021a.

_____. Ministério Público do Paraná. **PROJUDI - Processo: 0001701-64.2021.8.16.0090. 2021**. Disponível em: <<https://projudi.tjpr.jus.br/projudi/>>. Identificador: PJV5Q56JLNVVWKK3ZY3A. Acesso em: 20 mai. 2021b.

PERDICARIS, P.R. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no estado de São Paulo**. Tese (Doutorado em Administração). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

PEREIRA, A. M. M. Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. In: GUIZARDI, F. L. et al (Org.). **Políticas de participação e saúde**. EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014, 143-164p.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2239–2252, jul. 2018.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004.

PIERSON, P. **Politics in time: history, institutions, and social analysis**. Princeton: Princeton University Press; 2004.

PIOLA, S.F.; PAIVA, A.B.; SÁ, E.B., *et al*. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para Discussão n.

1846). Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

PORTELA, M.C. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, Dec. 2004.

PUTNAN, R. D. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. Princeton University Press, 1993.

QUEIROZ, R. B. **Formação e gestão de políticas públicas**. 2. ed. revisada, Atualizada e ampliada. Curitiba: PR. IBPEX, 2009. 260 p.

RAVIOLI, A.F., SOÁREZ, P.C.; SCHEFFER, M.C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, 2018, v. 34, n. 4, e00114217. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00114217>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

REGIÃO E REDES. **Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil**. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2016. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes; 2011.

RICOEUR, P. The Model of the Text: meaningful action considered as a text. In: **New Literary History. What is Literature?** The Johns Hopkins University Press, p. 91-117, 1973.

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.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 783–796, mar. 2017.

SALGADO, V. **Aspectos gerais da Contratualização de Desempenho Institucional**. 2018.

SALGADO, V. **Modelos de Gestão Pública**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Gestão/Departamento de Articulação e Inovação Institucional, 2010.

SALGADO, V.A.B. **Desafios da ação regulatória do Estado brasileiro**. Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração. 2012.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JUNIOR, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, 6 (3): 335-346, jul. / set., 2006.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN-PERPIÑÁN, J. M.; OLIVA-MORENO, J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, p. 75–80, jun. 2014.

SANTINI, S.M.L. **A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

SANTOS, A. C. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações**. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, F. P. DOS; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25–41, jun. 2006.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**, 2006. Disponível em: <<http://idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Reforma%2520Administrativa%2520versao%2520CEBES.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

SANTOS, L. **A direção única em cada esfera de governo: a melhor hermenêutica**. Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), (2006?). Disponível em: <http://idisa.org.br/site/documento_8697_0_a-direcao-unica-em-cada-esfera-de-governo:-a-melhor-hermeneutica.html>. Acesso em: 05 fev. 2020.

SANTOS, L. **O princípio da solidariedade no SUS**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania, 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/30/o-principio-da-solidariedade-no-sus/>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SANTOS, N. R. Live Inaugural da Alumni: A UEL e a Saúde Como Um Direito - As sementes do SUS no nosso quintal. **Youtube**, 29 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9jch291jxRU>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SANZIO, C. **The Life of S. Camillus of Lellis, Founder of the Clerks Regular Servants of the Sick**. Col: Saints and servants of God, 1850.

SCHEFFER, M. C. *et al.* Revolving doors and conflicts of interest in health regulatory agencies in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 4, p. e002325, abr. 2020.

SCNES. **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em: 10 set. 2019.

SCNES. **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em: 20 jun. 2020.

SCNES. **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acessado em: 15 ago. 2021.

SERAFIM, M.P.; DIAS, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, v.3, n.1, 2012, p.121-134.

SERVO, L.M.S.; SANTOS, M.A.B.; VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v.44, n. especial 4, p.114-129, 2020.

SESTELO, J. A. DE F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2027–2034, jun. 2018.

SESTELO, J.A.F., *et al.* A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 26, Número Especial, p. 1097-1126, dez. 2017.

SHIMIZU, L. C. B.; VERONEZI, R. J. B. Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão. **Revista Gestão & Saúde**. v. 11, n. 02, p. 14, 2020.

SILVA, J. F. M. *et al.* A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. e200019, 2020.

SILVA, J.F.M. **A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

SILVA, J.F.M. *et al.* A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300329, 2020.

SILVA, J.F.M.; CARVALHO, B.C.; SANTINI S.M.S. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Revista Gestão & Saúde**, v.11, n. 3, p. 326-39, 2020.

SILVA, J.F.M.; CARVALHO, B.G.; DOMINGOS, C.M. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3179-3188, 2018.

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.

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Caderno n.º 48. 2000. Disponível

em: <https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, V. M. DA; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 145–159, 1 dez. 2015.

SKELCHER, C. Public-Private Partnerships and a Hybridity. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr., & C. Pollitt, **The Oxford Handbook of Public Management** (pp. 347-370). New York: Oxford University Press, 2005.

SOARES G.B., BORGES F.T., SANTOS R.R., GARBIN C.A.S., MOIMAZ S.A.S., SIQUEIRA C.E.G. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Revista Gestão & Saúde**, v. 7, n 2, p. 828-850, 2016.

SOUZA, C. M. DE. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, 16: 20-45, 2006.

SOUZA, C. M. DE. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00046818, 2019.

SOUZA, F. E. A. DE *et al.* Hospitais de cidades pequenas: inserção e pactuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 3, p. 300–308, 14 out. 2020.

SPENCER, E.A; MAHTANI. K. Sackett Catalogue of Bias Collaboration. Hawthorne bias. In: **Catalogue Of Bias 2017**. Disponível em: <<https://catalogofbias.org/biases/hawthorne-effect/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

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.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em saúde**. Salvador, EDUFBA, 2017.

UGÁ, M.A.D., LÓPEZ, E.M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 915-928, 2007.

URIBE RIVERA, F. J. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 73–80, jan. 1997.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIANA, A. L. D'ÁVILA. O público e o privado na gestão da saúde. p. 12, 2015.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. suppl 1, p. S27–S43, 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

VIANA, A.L. D'ÁVILA. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, n, 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A.L. D'ÁVILA; BAPTISTA, T.W.F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2º ed. Editora Fiocruz, 2012.

VIANA, A.L. D'ÁVILA.; 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. D'ÁVILA, *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'ÁVILA.; 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. D'ÁVILA.; MIRANDA, A.S.; SILVA, H.P. Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde: Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos. **Saúde Amanhã**. Textos para Discussão n.º 2, 2015.

VIANA, A.L. D'ÁVILA.; MIRANDA, A.S.; SILVA, H.P. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: NORONHA, J.C. DE; LIMA, L.D. DE; CHORNY, A.H.; DAL POZ, M.R.; GADELHA, P; organizadores. **Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde**. Editora FIOCRUZ; 2017. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rs684>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

VIANA, A.L. D'ÁVILA; IOZZI, F.L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, suppl 2, e00022519, 2019.

VILLALBÍ, J.R.; GUIX, J.; PLASÈNCIA, A.; ARMENGOU, J.M.; LLEBARÍA, X.; TORRALBA, L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. **Gaceta Sanitaria** 2003; 17(3):231-237.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**; 9(4): 353-370. Oxford University Press, 1994.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

WFO. **World Family Organization**. Disponível em:
<<http://worldfamilyorganization.com/>>. Acessado em: 5 fev. 2021.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caracterização

O que motivou a entrevista nesta instituição:

- Pertence a uma das modalidades elencadas para a pesquisa
- Reconhecida como estratégia municipal para viabilização de serviços
- Designado como ator informante-chave
- Designada como instituição informante-chave
- Gestor Regional ou Municipal
- Gestor Estadual
- Outro:

Nome da Instituição:

Modalidade Jurídica

- Administração Pública Direta
- Administração Pública Indireta:
 - Consórcio
 - Fundação Estatal
- Entidade sem fins lucrativos
- Empresa Privada
- Não se aplica

Iniciais do Entrevistado:

Cargo ou Função:

Roteiro para as Modalidades Jurídicas Elencadas e Estratégias para a Viabilização de Serviços

- 1- Poderia por gentileza discorrer como foi o processo de implementação desta modalidade jurídica? (ambiente; desafios; bônus e ônus desta escolha).
- 2- Conte-me como a instituição considera e organiza-se quanto aos seguintes aspectos (Discutir sobre os seguintes tópicos):
 - Contratação de pessoal;
 - Escopo de serviços ofertados;
 - Inserção nas redes de atenção (acesso e continuidade do cuidado);
 - Abertura para oferta de serviços regionais;
 - Cooperação entre os atores.
- 3- Neste processo, que atores o senhor(a) identifica como cooperativos e não cooperativos?
- 4- Acredita que outras modalidades de contratualização (citar modalidades) podem apresentar-se como estratégia para a gestão regional?

Roteiro para Ator e Instituição Informante-Chave

- 1- Qual é a sua participação e o seu grau de influência (ou da instituição que representa) sobre estratégias e modalidades de contratualização de serviços nesta região de saúde?
- 2- Conte-me como o Senhor (a) (ou a instituição que representa) considera os seguintes aspectos quanto à(s) determinada(s) modalidade(s) jurídica(s) (citar modalidade(s) e discutir sobre os seguintes tópicos):
 - Contratação de pessoal;
 - Escopo de serviços ofertados;
 - Inserção nas redes de atenção (acesso e continuidade do cuidado);
 - Abertura para oferta de serviços regionais;
 - Cooperação entre os atores.
- 3- De que forma avalia nesta região a organização de estratégias regionalizadas para os problemas encontrados na oferta de serviços?
- 4- Acredita que outras modalidades de contratualização (citar modalidades) podem apresentar-se como estratégia para a gestão regional?

Roteiro para Gestor Municipal, Regional e Estadual

- 1- Quais são os principais desafios a serem superados na contratualização de serviços pela instituição que representa?
- 2- Nos colegiados de gestão (CIR/CIB) há espaços para discussão sobre a contratualização dos serviços e sistemas de regulação? Como ela ocorre?
- 3- Acredita que outras modalidades de contratualização (citar modalidades) com serviços privados podem apresentar-se como estratégia para a gestão regional?
- 4- Em que medida a contratualização de serviços coletivos (cooperação) entre os municípios podem trazer benefícios à região?
- 5- Quais aspectos potencializam e/ou restringem a construção de contratos coletivos entre municípios da mesma região?
- 6- Como avalia a inserção (acesso e continuidade do cuidado) das redes prioritárias de atenção à saúde (RAS) nos prestadores complementares?

Roteiro para o Estado – Nível Central

- 1- Quais são os principais desafios a serem superados na contratualização de serviços em saúde? Como enxerga a evolução desse tema no Estado?
- 2- Nos colegiados de gestão (CIR/CIB) há espaços para discussão sobre a contratualização dos serviços e sistemas de regulação? Como ela ocorre?
- 3- Acredita que determinada modalidade de contratualização para a oferta serviços de saúde pode apresentar-se como estratégia para a gestão regional? Quais fraquezas e ou potencialidades estas modalidades apresentam:
 - a) Administração Pública Direta – Hospitais públicos municipais e estaduais;
 - b) Administração Pública Indireta – Consórcios públicos e fundações estatais;
 - c) Entidades sem fins lucrativos – Organização Social e/ou Filantrópica;
 - d) Privado complementar.
- 4- Quais as formas de cooperação do Estado para a contratualização de serviços, especialmente em municípios pequenos?

- 5- Em sua opinião, quais aspectos potencializam e/ou restringem a implementação de serviços entre municípios de uma mesma região?
- 6- Como avalia a inserção (acesso e continuidade do cuidado) das redes prioritárias de atenção à saúde (RAS) nos prestadores contratualizados no Estado?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: A cooperação e o processo de regionalização nas estratégias de contratualização de serviços para a assistência à saúde.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa **“Regionalização e Cooperação nas estratégias de Contratualização no SUS”**. O objetivo da pesquisa é “compreender como as estratégias de contratualização de serviços para a assistência à saúde em regiões formadas por municípios de pequeno porte relacionam-se com a cooperação e com o processo de regionalização do SUS”. 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 submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa sob o n.º 04165518.2.0000.5231, 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 com esta pesquisa são de compreender como a cooperação dos entes federados na contratualização de distintas modalidades de serviços pode colaborar com os princípios constitucionais do SUS, para a garantia da igualdade e acesso aos serviços de saúde.

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 e o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por telefone (43) 3371-5455, ou por e-mail cep268@uel.com.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, _____ de _____ de 2019.

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.

APÊNDICE C – A LEGISLAÇÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

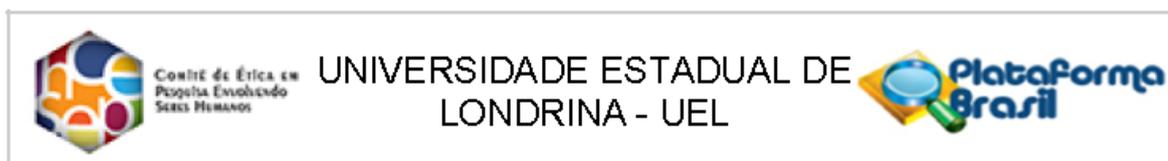
Decreto Lei n.º 200/67	Administração Indireta: Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista.
CF 1988 - Art. 37	Princípios da Administração Pública – LIMPE.
CF 1988 - Art. 173	Atuação de empresa pública, e de sociedade de economia mista.
Lei 8666/1993	Licitações – Contrato administrativo.
Lei 9653/98	Sistema de Saúde Suplementar
Lei 9637/98	Organização Social - OS
Lei 9648/98	Dispensa a licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais
Decreto 2536/98	Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos (Revogada)
LC 101/00	Lei de Responsabilidade Fiscal
Lei 1606/2001	Tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde
Portaria 1044/04	Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP)
Portaria 1006/04	Contratualização de Hospitais de Ensino
Lei 11.107/05	Consórcios Públicos
Portaria 3277/06	Participação Complementar (Revogada)
Decreto 6017/07	Regulamenta a Lei 11.107/05
Portaria 1721/05	Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS e Incentivo à Contratualização - IAC
Portaria 1559/08	Política Nacional de Regulação
Lei n.º 12.101/09	Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social.
Portaria 4279/10	Redes de Atenção à Saúde
Portaria 161/2010	Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

Portaria 1034/10	Participação complementar das instituições privadas no SUS (Revogada).
Decreto 7508/11	Regulamenta a Lei 8080/90. Articulação Interfederativa. COAP.
Portaria 936/11	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI)
Resolução CIT 01/11	Diretrizes para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS nos termos do Decreto n.º 7.508
Portaria 1580/12	Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.
Resolução CIT 03/12	Normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) – (Revogada)
Resolução CIT 04/12	Regras de transição entre os processos do Pacto pela Saúde e o COAP
Portaria 929/2012	Incentivo Financeiro destinado às unidades hospitalares de direito privado sem fins lucrativos e que executem serviços 100% SUS
Lei 12873/13 – Art. 23	Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos
Portaria 3390/13	Institui a PNHOSP
Portaria 3410/13	Contratualização de hospitais no SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). IGH.
Portaria 142/2014	Institui o IGH em substituição ao IAC
Portaria 1631/15	Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
Lei 13097/15 – Cap. XVII	Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde
Lei 13204/15	Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da

	sociedade civil
Portaria 2567/16	Participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.
Resolução CIT 23/17	Diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, e Governança das RAS.
Portaria 2925/17	Revoga as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH). IAC.
Portaria de Consolidação 01/17	Anexo I - Orientações para elaboração do protocolo de cooperação entre entes públicos
Portaria de Consolidação 02/17 – Anexo XXIII	Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)
Portaria de Consolidação 02/17 – Anexo XXIV	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)
Portaria de Consolidação 06/17	Financiamento serviços de média e alta complexidade
Resolução CIT 37/18	Processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
Lei 13650/18	Certificação das entidades beneficentes de assistência social – CEBAS.
Resolução CIT 44/19	Define que o acordo de colaboração entre os entes federados é resultado do Planejamento Regional Integrado.
Portaria 1812/20	Recursos ao processo de regionalização nos Estados.
Lei 14113/2021	Lei de Licitações e Contratos Administrativos

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil) e Marche (Itália)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.681

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde: os casos do Paraná (Brasil)

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 04165518.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.074.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para solicitação de retirada da parte referente a Itália, pois envolvia a ida de pesquisadores do Brasil para aquela localidade e também para realização das entrevistas, via remota, online, considerando o contexto de distanciamento social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda solicitação de exclusão de parte da realização do projeto na Itália, decorrente da necessidade de deslocamento de pesquisadores e solicitação de realização das entrevistas via remota.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houveram alterações de riscos e benefícios, avaliados no parecer anterior.

De acordo com o documento PB_Informações Básicas

"Riscos:

Os riscos são mínimos considerando que os sujeitos passarão apenas pelo processo de entrevista e todos os cuidados éticos serão tomados

Benefícios:

Todos os resultados estão diretamente relacionados aos objetivos de estudo. Verifica-se que a literatura atual, quando trata do processo de regionalização, apresenta em grande os limites e os desafios para que esse processo avance no contexto brasileiro. Portanto, uma das grandes

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.074.080

contribuições desse estudo, será apresentar arranjos regionais e de formação de trabalhadores com caráter cooperativo e de co-gestão que fortalecem o processo de regionalização."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou justificativa da emenda, no entanto, apresentou novo TCLE. O projeto está vigente até 31/08/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UEL, de acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1549726_E1.pdf	02/06/2020 11:10:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.doc	02/06/2020 11:10:31	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	termosigilo.pdf	09/01/2019 14:54:02	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro.docx	09/01/2019 14:53:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	09/01/2019 14:43:15	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/11/2018 09:50:04	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional16.pdf	30/11/2018 08:17:23	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

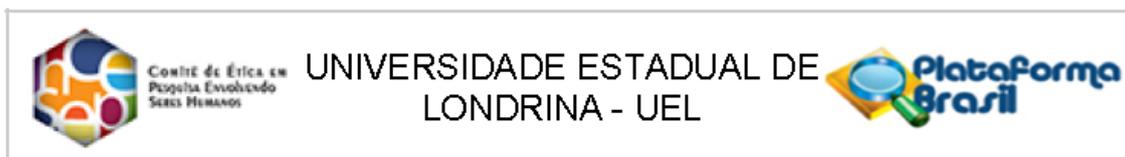
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.074.080

Infraestrutura	regional22.pdf	30/11/2018 08:15:57	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional20.pdf	30/11/2018 08:15:33	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional18.pdf	30/11/2018 08:15:14	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	regional17.pdf	30/11/2018 08:14:59	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	asur.pdf	30/11/2018 08:14:47	Fernanda de Freitas Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Junho de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

ANEXO 2 - ARTIGO 1

TEMA LIVRE

A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde

| ¹ João Felipe Marques da Silva, ² Sílvia Karla Azevedo Vieira Andrade, ³ Brígida Gimenez Carvalho, ⁴ Carolina Milena Domingos

| **Resumo:** Embora o princípio de regionalização dos serviços de saúde conste em documentos oficiais e norteie a organização atual do Sistema Único de Saúde, esse processo depende em certa medida da ação coletiva e da cooperação entre os entes federados. Consideram-se a ação coletiva e a cooperação como elementos de políticas federativas e como comportamento social. Nesta perspectiva, buscou-se analisar como a ação coletiva e a cooperação são abordadas nos documentos oficiais de regulamentação e organização das políticas de saúde que tratam da regionalização. Trata-se de uma análise documental de 16 normas oficiais, publicadas entre 1988 e 2018, e discussão do tema, apoiado sobretudo nos referenciais de coletividade e institucionalidade política. Para a análise dos documentos oficiais, utilizou-se a técnica de análise do conteúdo. Os resultados apontam que a ação coletiva e a cooperação são abordadas em documentos oficiais, especialmente pelos vocábulos “solidariedade” e “cogestão”, e que as políticas de regionalização possuem caráter altamente normativo. Sua implementação dependerá de mecanismos de coordenação, coerção e recompensa, além de aspectos relacionados à gestão dos serviços, como equilíbrio entre os interesses coletivos e individuais, e a construção de identidades sociais entre gestores com vistas à cogestão.

Palavras-chaves: planejamento regional de saúde; ação coletiva; cooperação; descentralização, políticas

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300329>

¹Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil (jmflipper@hotmail.com). ORCID: 0000-0001-7198-8528

²Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil (silviakarla77@gmail.com). ORCID: 0000-0003-4971-5587

³Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil (brigidagimenez@gmail.com) ORCID: 0000-0003-3850-870X

⁴Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR, Brasil (carolinamdomingos@gmail.com). ORCID: 0000-0002-7725-1831

Recebido em: 21/03/2020
Aprovado em: 13/08/2020
Revisado em: 10/09/2020

Introdução

Pautada na Constituição Federal de 1988 e em diversas outras normativas infraconstitucionais, a cooperação interfederativa enquanto elemento de organização política se apresenta como característica imprescindível ao desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. Na saúde, por exemplo, mostra-se como componente central nos documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), e embora faça parte do seu arcabouço normativo, sua concretização revela-se um processo difícil e de complexa institucionalização (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Inúmeros fatores podem ajudar a compreender por que a cooperação entre gestores não se apresenta efetiva na prática dos serviços de saúde. Aponta-se, entre eles, o enfoque dado na década de 1990 para as ações de descentralização federativa em relação à organização de arranjos coletivos de prestação de serviços. A ênfase às ações de descentralização incentivou o ente municipal a desenvolver articulações próprias para a organização dos serviços de saúde de seu território. Esse processo, em menos de uma década, apresentou evidências do esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios quanto à organização do sistema de saúde local, apontando a necessidade de implementar a ação coletiva como fator essencial para as relações federativas (CARVALHO et al., 2019).

Na tentativa de superar esses obstáculos, o Ministério da Saúde, no início dos anos 2000, direcionou discussões e publicações para fomentar o processo de regionalização. Compreende-se que a regionalização é dependente da ação coletiva ou da cooperação entre os entes federados, o que é condicionado por fatores diversos, visto que se refere a um processo político e administrativo que se traduz pela necessidade de organizar redes de atenção à saúde em diferentes territórios, otimizar e incorporar tecnologia, e qualificar a alocação de recursos humanos e materiais (VIANA; LIMA, 2011; LIMA, 2015).

Em tese, a ação coletiva regionalizada tende a alcançar melhores resultados e com menor custo aos serviços de saúde, ao permitir a otimização de recursos e sua utilização solidária entre municípios, além de ampliar o acesso e garantir melhor rentabilidade aqueles municípios com maior capacidade de atendimento (MENICUCCI; MARQUES, 2016). No entanto, sabe-se que o processo de ação coletiva em sistemas de saúde formados por princípios igualitários, descentralizados e regionalizados, como o SUS, é necessariamente lento e negociado, uma vez que envolve jogos de cooperação e negociação, acordos e vetos entre entes federados. Envolve também o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de legitimidade e que, por vezes, possuem projetos políticos distintos; além de ser favorecido e/ou potencializado por contextos histórico-estruturais e aspectos político-institucionais (VIANA; LIMA, 2011).

Considera-se, portanto, que a regionalização, sobretudo nas últimas duas décadas, norteia o processo de organização política do sistema de saúde brasileiro, e que a organização de serviços regionalizados pressupõe a formação de arranjos de cooperação e ação coletiva entre os entes federados. Desta forma, pretende-se com este manuscrito analisar como a ação coletiva e a cooperação são abordadas nos documentos oficiais de regulamentação e organização das políticas de saúde que tratam da regionalização no período de 30 anos de implantação do SUS no Brasil.

Parte-se do pressuposto que a ação coletiva e a cooperação podem ser compreendidas por dois aspectos principais. O primeiro entendendo a cooperação e a ação

coletiva enquanto elementos centrais em políticas públicas implementadas em contextos federativos do tipo cooperativo, como no caso brasileiro, especialmente no que se refere à relação entre entes federados; o segundo aspecto as considera resultados de um conjunto de comportamentos individuais que se manifestam socialmente, extrapolando assim a característica exclusivamente técnico-política desse conceito.

Quanto à compreensão da ação coletiva e da cooperação como comportamento social, a literatura apresenta enfoques antagônicos a seu respeito. O primeiro admite que os indivíduos cooperem por interesses racionais para atender a seus próprios interesses (OLSON, 2015). Em contrapartida, outra parte da literatura apresenta que a ação coletiva e a cooperação também ocorrem em situações em que os atores envolvidos não se motivam apenas atraídos por vantagens ou benefícios individuais, mas também pela busca de bens imensuráveis, como a solidariedade e a identidade (MELLUCI, 1989). Além disso, cada ator político pode contribuir para o capital social, que é compreendido como um bem público que tende a ser cumulativo e autorreforçado, e que inclui normas de reciprocidade, redes de solidariedade e confiança entre as pessoas (PUTNAM, 1993).

Nessa perspectiva, a concretização da ação coletiva e da cooperação, enquanto elementos políticos, dependerá de diversos mecanismos, entre eles os regulatórios, que expressam recompensas e incentivos aos que cooperam, e coerções e punições aos que desertam (SCOTT, 1995). Outrossim, sua materialização é expressamente dependente da trajetória e está relacionada ao desenvolvimento e aos resultados das políticas, caminhos, escolhas e consequências, percorridas anteriores à sua implementação (PIERSON, 2004).

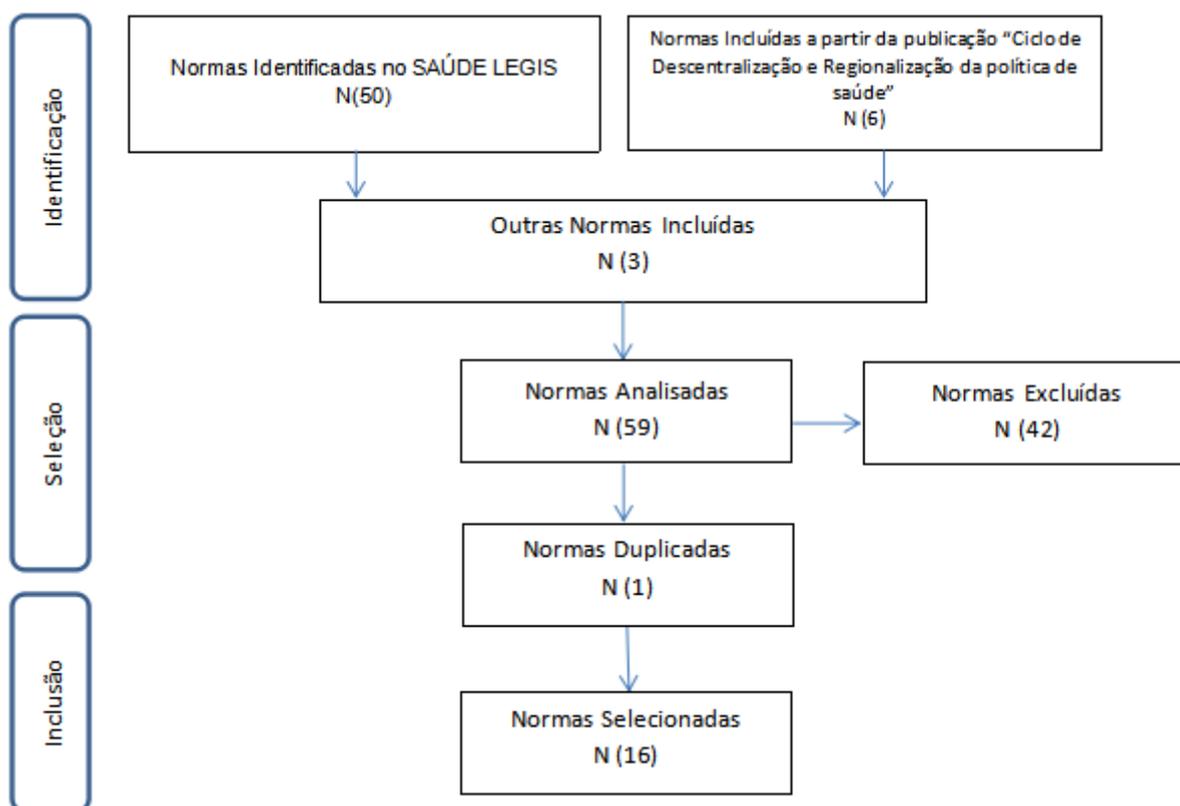
Metodologia

Realizou-se análise documental das normas oficiais brasileiras relacionadas ao processo de regionalização dos serviços de saúde, publicadas entre o período de 1988 a 2018. Foram excluídos os documentos relativos a transferência de recursos e custeio de serviços específicos, e instrumentos secundários destinados ao detalhamento de portarias que envolvem o financiamento regional, bem como os que conferiam categorias de gestão aos entes envolvidos.

A busca das normativas foi realizada utilizando a palavra-chave “regionalização” no portal eletrônico SAÚDE LEGIS (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>), na seção Pesquisa de Norma, acessado em dezembro de 2018. Foram levantados 50 documentos oficiais.

Para complementação da busca, também foram incluídas seis normas oficiais norteadoras do processo de regionalização, conforme a publicação “Ciclos de descentralização e regionalização das políticas de saúde” (VIANA; LIMA, 2011), e outras três normas por sua relevância com o tema. Estas últimas são as constituintes do arcabouço jurídico-normativo do sistema (CF 1988 e Lei n.º 8080/90), que destacam a regionalização como eixo estruturante do SUS, além da Lei Complementar n.º 141/2012, que direciona despesas e gastos nos serviços de saúde, publicada após o Decreto n.º 7508/2011, que enfatiza o processo de regionalização.

Assim, foram analisados 59 documentos. Destes, um apresentava-se duplicado, resultando em 58, e após a aplicação dos critérios de exclusão chegou-se a um total de 16 instrumentos jurídicos oficiais que abordam o tema em estudo (figura 1).

Figura 1. Fases de seleção dos instrumentos oficiais da pesquisa, 2019

Fonte: os autores.

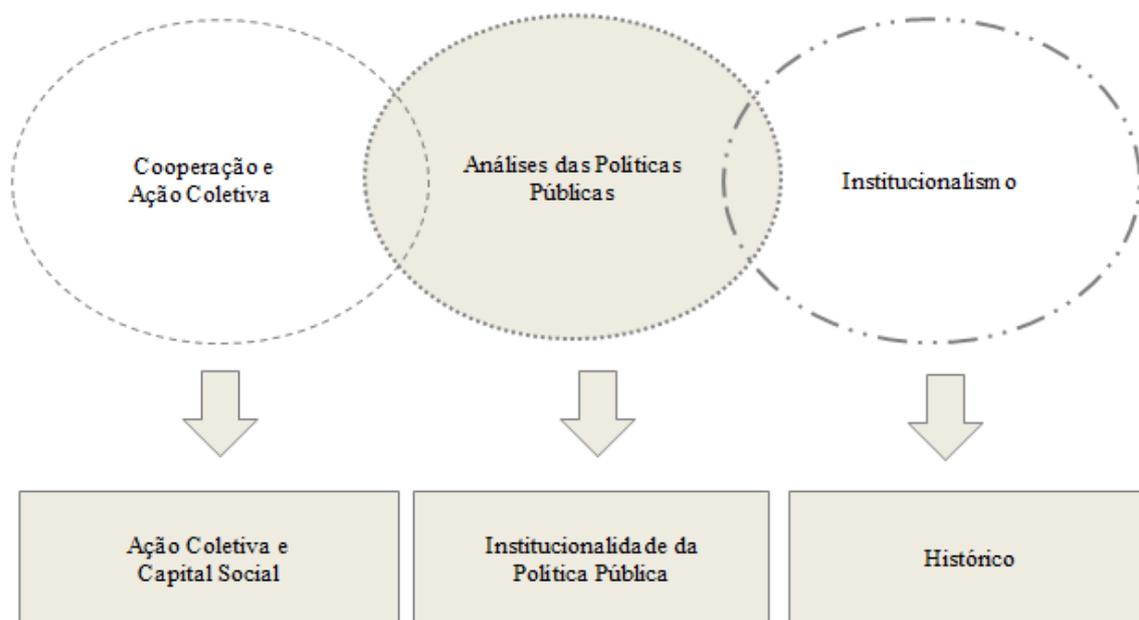
Adaptado de: PRISMA Group (2009).

No processo de análise dos documentos oficiais, procurou-se averiguar como as normas que abordam a regionalização tratam aspectos que envolvem a ação coletiva e cooperação entre os entes federados. Para tanto, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2010; BARDIN, 1977), por meio das seguintes etapas: a) leitura geral do material coletado; b) recortes do material em unidades de registro palavra, utilizando-se dos termos “regionalização”, “ação coletiva” e “cooperação”; e c) compreensão dos recortes por inferência e interpretação. Após a seleção dos recortes, os resultados foram discutidos baseados no mapa conceitual proposto para análise da ação coletiva (figura 2).

Diante da multiplicidade e complexidade dos fatores envolvidos na efetivação da ação coletiva/cooperação entre gestores com vistas à regionalização no SUS, utilizou-se a contribuição de diferentes abordagens teóricas que auxiliassem na compreensão e discussão do objeto de pesquisa, entendendo que sua concretização depende de aspectos individuais, regulatórios e institucionais.

Nesta análise, a ação coletiva e a cooperação entre os entes federados no sistema de saúde encontram-se relacionados: à compreensão desta prática sob a ótica da coletividade (GOHN, 1977, 2000; MELUCCI, 1989; 2001; PUTNAM, 1993; OLSON, 2015); ao grau de sua institucionalização como política pública (SCOTT, 1995); e ainda, às influências sobre o sistema e seus atores institucionais, provocadas pelo caminho percorrido e pelas escolhas anteriores à sua implementação (PIERSON, 2004).

Figura 2. Mapa conceitual de análise



Fonte: os autores.

Resultados evidenciados e discussão dos achados

Para apresentação dos resultados, ilustrou-se o detalhamento dos instrumentos jurídicos utilizados apontando aspectos relacionados à ação coletiva e à cooperação nos documentos oficiais de regulamentação e organização das políticas de saúde, que tratam da regionalização no período de 30 anos de implantação do sistema de saúde no Brasil (quadro 1).

A análise desses instrumentos permitiu inferir determinados aspectos que não se restringem à condição de sentido dos termos “ação coletiva” e “cooperação” dos documentos oficiais, mas também a possibilidade de compreender, por meio do referencial teórico apresentado, características do conteúdo das políticas que abordam a regionalização e que condicionam sua implementação, além de discutir a ação coletiva enquanto comportamento social.

Assim, os resultados foram distribuídos em duas seções: a primeira, que pretende discutir a ação coletiva e a cooperação enquanto elementos que alicerçam a política de regionalização, bem como aspectos que se apresentam como barreiras à sua implementação; e a segunda busca abordar os conceitos da ação coletiva e da cooperação por meio da perspectiva das ciências sociais enquanto comportamento coletivo.

Quadro 1. Aspectos relacionados à ação coletiva e cooperação em documentos oficiais que tratam sobre o processo de regionalização no Brasil, 1988 – 2018

N	Instrumento	Conteúdo da Política	Aspectos relacionados à ação coletiva/cooperação
01	Constituição Federal	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Descreve que a organização político-administrativa do Brasil compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, todos autônomos. Determina que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, e que União e estados devem prestar cooperação técnica e financeira aos municípios para a implementação do SUS.
02	Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990	Lei Orgânica da Saúde	Considera a regionalização como princípio e eixo orientador do SUS. O termo “cooperação” designa relação técnica de colaboração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, e também a atuação da União com os demais entes federados. Orienta a coordenação federativa entre os entes (com ações complementares e supletivas), obedecendo à hierarquização e níveis de complexidade do sistema (CF 1988, inciso VII). Destaca o apoio técnico e financeiro da União aos demais entes federados.
03	Portaria GM/MS n.º 234, de 7 de fevereiro de 1992	Norma Operacional Básica 01/92	Enfatiza a municipalização dos serviços de saúde (com estímulos financeiros), a hierarquização e a direção única em cada esfera de governo. Determina que estados e União possam executar serviços de maneira supletiva, quando o ente hierárquico não o executa. Estimula a cogestão e cooperação técnica entre entes de maior capacidade gestora. Determina ao ente estadual a responsabilidade pela coordenação de serviços ambulatoriais nos municípios.
04	Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993	Norma Operacional Básica 01/93	Estimula a relação interfederativa e a cooperação. Entende o processo de regionalização como articulação e mobilização municipal. Cria as comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB), além de reforçar o papel dos conselhos enquanto espaço de negociação política. Amplia os incentivos à descentralização dos serviços com condições de gestão, para Estados (Fator de Apoio aos Estados - FAE) e municípios (Fator de Apoio aos Municípios - FAM).
05	Portaria GM/MS n.º 2.203, de 3 de novembro de 1996	Norma Operacional Básica 01/96	Sua principal finalidade é consolidar a função e coordenação gestora municipal. Define responsabilidades entre os entes federados, destacando a “cooperação” técnica e financeira do ente estadual e federal. Apresenta preocupação com a formação atomizada e desordenada entre os entes municipais e reforça o ente estadual como o responsável à harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais com equidade (admitindo o princípio da discriminação positiva, para o exercício do papel redistributivo). Induz a conformação de um novo modelo de gestão, com ênfase à direção única, e na construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.
06	Portaria GM/MS n.º	Norma Operacional da Assistência à	Considera os avanços e experiências exitosas produzidas com os consórcios intermunicipais de

N	Instrumento	Conteúdo da Política	Aspectos relacionados à ação coletiva/cooperação
	95, de 26 de janeiro de 2001	Saúde 2001	saúde, bem como, evidencia os obstáculos e problemas decorrentes do amadurecimento do processo de descentralização. Critica a autonomia dos entes e a ausência de vínculos hierárquicos do federalismo brasileiro. Aponta que a regionalização pode superar os problemas enfrentados, e destaca a necessidade de definição de território, planejamento, e capacidade técnica administrativa. Institui o PDR (Plano Diretor de Regionalização), com ele o conceito de Região de Saúde e microrregiões, e ainda a PPI (Programação Pactuada Integrada). Preza pela solidariedade do município sob gestão plena do sistema aos demais municípios. Busca pela regionalização com o apoio dos Estados aos municípios, para referências de MAC (média e alta complexidade) e à construção da PPI.
07	Portaria GM/MS n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002	Reforça as ações propostas pela NOAS 01/2001. Observa-se que as ações têm caráter normativo, com ausência de medidas que estimulem a cooperação. Aborda que as ações de MAC devem ser organizadas de forma solidária entre os entes Federal e estadual aos municípios. Institui para municípios sob gestão plena do sistema o “Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso”, visando garantia do atendimento à população referenciada residente nos municípios de uma mesma região.
08	Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006	Pacto pela Saúde	Amplia a concepção de regionalização e reforça os instrumentos de planejamento regional: PDR (Plano de Desenvolvimento Regional), PPI e PDI (Plano Diretor de Investimento). Menciona que as regiões de saúde devem favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores, e fortalecer o controle social. Para a construção de redes deve haver pactuação entre os atores envolvidos. Institui o Colegiado Gestor Regional (CGR) e apoio de câmaras técnicas. Atribui ao ente estadual a coordenação das redes de atenção à saúde. Define que os entes federados devem contribuir para o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa para o alcance da integralidade.
09	Portaria GM/MS n.º 699, de 30 de março de 2006	Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão.	Aborda a diretriz da regionalização. Na pactuação os municípios são estimulados a participar do processo de regionalização solidária e cooperativa, participar dos CGR, de projetos prioritários da região descritos no PDR, e executar ações pactuadas descritas na PPI. Na pactuação estadual destaca a coordenação do processo de regionalização pelo ente estadual e reforça a regionalização cooperativa e solidária. Aborda o apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente entre os entes, para construção dos Termos de Compromissos de Gestão, e a cooperação entre os entes para referências de MAC. Há indução de parcerias para construção de protocolos clínicos e para assistência à saúde e para a cogestão do processo de regulação.
10	Portaria GM/MS n.º 2.362, de 6 de dezembro de 2006	Torna público o termo de compromisso de gestão federal.	Reforça a regionalização solidária e cooperativa como eixo prioritário, a partir da cooperação com recursos humanos, tecnológica e financeira às regiões de saúde, especialmente às mais vulneráveis. A coordenação do processo de regionalização no âmbito nacional. Estimula o apoio financeiro e tecnológico para a educação permanente.

N	Instrumento	Conteúdo da Política	Aspectos relacionados à ação coletiva/cooperação
11	Portaria GM/MS n.º 2.691, de 19 de outubro de 2007	Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no SUS.	Considera que os gestores devem promover e apoiar a regionalização, disponibilizando de forma cooperativa recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários. Regulamenta as condições de transferência dos recursos financeiros federais para apoiar a organização e o funcionamento dos CGR.
12	Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS	Entre as diretrizes, propõe que os CGR sejam espaços permanentes de pactuação, cogestão solidária e participativa, onde deve ser exercida a governança das redes. Afirma que a governança das RAS implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização (como as relações federativas, relações público-privadas, regulação, padrões de gestão, entre outros). Orienta que a organização do sistema em redes possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.
13	Decreto GM/MS n.º 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamenta a Lei n.º 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Reforçam os conceitos de região, redes de atenção, comissão intergestores, entre outros. Institui o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde) para ser elaborado em todas as regiões de saúde do país, e estabelece requisitos para sua organização. Não menciona características para o processo de cooperação no contrato, tão pouco, punição a sua não elaboração.
14	Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.	Destaca que o processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região. Destaca a cooperação técnica e financeira da União, ao apoiar outros entes na implementação de processos de educação da saúde, e na entrega de bens e valores.
15	Resolução CIT n.º 23, de 17 de agosto de 2017	Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.	Estabelece diretriz para o processo de regionalização, como medida alternativa a não implantação do COAP nas regiões de saúde. Enfatiza o processo de governança da CIB, o planejamento ascendente e a alocação de recursos de capital e custeio respeitando a regionalização e a organização das RAS pelas três esferas de gestão. Estabelece compromisso dos três entes federados para implantação de modelos de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira. Além de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde.
16	Resolução CIT n.º 37, de 22 de março de 2018	Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde.	Institui o PRI (Planejamento Regional Integrado), com intuito de compreender necessidades do espaço regional ampliado (ou macrorregião de saúde) para a construção do Plano Regional, o qual será referência ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Fonte: os autores

A ação coletiva e a cooperação enquanto elementos das políticas de regionalização

A ação coletiva, enquanto elemento político do processo de regionalização, foi abordada de forma mais explícita, com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), como forma de garantir o acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção pelos cidadãos, entre os municípios. Entretanto, as NOAS não conseguiram alterar significativamente os serviços de saúde para a lógica regional, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) fizeram no processo de municipalização durante a primeira década de implantação do SUS. Entre as razões para tal, destaca-se que o federalismo no Brasil dotou o ente municipal de determinada autonomia e poder para a condução de políticas públicas, que em certa medida vivem o receio de transferi-los a outro ente.

Além das NOAS, outras normativas ao processo de regionalização também podem ser destacadas, como a iniciativa do Pacto pela Saúde em estabelecer o eixo de regionalização no “Termo de Compromisso de Gestão (TCG)” – pactuando critérios essenciais ao desenvolvimento da política; a oportunidade de construção do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) de saúde – pulverizado devido à necessidade de demonstração de recursos financeiros pelos entes contratantes, e não viabilizado em território nacional (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017); e as últimas resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que instituem o Planejamento Regional Integrado (PRI), estabelecem diretrizes ao processo de regionalização ascendente e reforçam os Colegiados Intergestores Regionais (CIR) como arena de negociação política e institucional das regiões de saúde.

Quanto ao significado da ação coletiva e da cooperação nos documentos oficiais, observa-se que, dentre as normas selecionadas, muitas vezes esses termos são substituídos por outros vocábulos, como “solidariedade”, no sentido de solidário, apoio (técnico, financeiro e científico), parceria e “cogestão”.

A solidariedade é um princípio do sistema de saúde baseado na colaboração, apoio e parceria entre entes federados, na perspectiva da saúde como bem público e, portanto, responsabilidade de qualquer gestor. Na esfera jurídica, impõe as mesmas responsabilidades em relação ao direito à saúde a todos os entes federados, não importando seu tamanho e/ou renda (SANTOS, 2011). A cogestão se refere aos 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 regional (CGR) – arranjos institucionais que permitem desenvolver de forma solidária e cooperativa tais funções (BRASIL, 2006a). A ação coletiva e a cooperação tendem a favorecer a maioria dos municípios integrantes de uma região e também o ente estadual responsável pelo território; no entanto, ela não ocorre de forma espontânea em um grupo e/ou colegiado. Sua manifestação dependerá da construção de arranjos institucionais, coordenação, e mecanismos de coerção (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Percebe-se que a lógica da ação solidária e cooperativa é intrínseca ao próprio desenvolvimento do SUS. No entanto, as características do federalismo centrífugo brasileiro, ao formar entes autônomos, mas não independentes, fomentou o surgimento de características contrárias à coletividade, especialmente com o processo de descentralização ou municipalização autárquica e desordenada como conceituam alguns autores (PESTANA; MENDES, 2004). Assim, se a ação coletiva e a cooperação estão diretamente vinculadas à relação federativa, e se esta se expressa por meio da regionalização, um fator importante a

ser mencionado é que na organização político-administrativa da república federativa do Brasil a região de saúde não é contemplada (BRASIL, 1988).

Esse fato nos remete à condição de coordenação, já que este é um aspecto destacado para o desenvolvimento da ação coletiva e cooperação nos instrumentos jurídicos levantados. Para Abrucio (2005), a coordenação deve antecipar o processo de cooperação, ao considerar que o federalismo é intrinsecamente conflitivo. Ou seja, para o autor, a coordenação federativa de uma política incentiva o equilíbrio entre a cooperação e a competição existente entre os entes federados.

Nas normativas analisadas neste manuscrito, a responsabilidade de coordenação e apoio ao processo de regionalização, é majoritariamente do ente estadual, apesar das responsabilidades inequívocas dos municípios, DF e União. Na década de 1990, o processo de descentralização dos serviços de saúde esvaziou o papel de coordenação e de competências técnicas, acumuladas por anos na esfera estadual (MACHADO, 2009), permanecendo este ente restrito às medidas supletivas e complementares de serviços aos municípios sem organização técnica para tal, e ainda, apresentando constrangimentos para a aplicação mínima de recursos próprios em saúde.

Quanto ao processo de regionalização, compreende-se, a partir dos instrumentos apresentados, que o sistema tem tentado, pelo menos em relação às normas orientadoras do processo de condução política, destacar a regionalização como eixo prioritário e necessário à manutenção do sistema de saúde. No entanto, embora os instrumentos normativos do processo de regionalização criem condições e incentivos para a produção da ação coletiva e da cooperação entre municípios e estados, sua aplicação é condicionada por determinadas escolhas, trajetórias e rumos possibilitados pelas políticas elencadas.

Sob a lógica neoinstitucional histórica (PIERSON, 2004), escolhas prévias das políticas de saúde, como as de municipalização, reforçam as trajetórias políticas do sistema nacional de saúde no Brasil e contribuem para a compreensão da organização do sistema atual. Nesse universo, práticas de gestão individualizadas são permanentemente reforçadas (*feedback positivo*) quando normativas de regionalização não se institucionalizam nos serviços de saúde. Assim, concebem maior rigidez institucional às políticas anteriores, e diminuem as possibilidades de sua alteração. Ao mesmo tempo, formações de grupos de interesse sobre o financiamento descentralizado alteram a arena política e decisória, e impõem empecilhos ao processo de cooperação. Entende-se, portanto, que a ação coletiva e a cooperação são temas abordados e discutidos nas normas que envolvem a regionalização dos serviços de saúde, mas sua materialização depende, segundo o referencial de Scott (1995), de vários aspectos relacionados à institucionalidade política.

Na análise de políticas, Scott (1995) considera que a institucionalidade de uma política dependerá da presença de três mecanismos institucionais: o regulatório, o normativo e o cognitivo. O primeiro voltado a recompensas e punições ao desenvolvimento de determinada política; o segundo relacionado ao comportamento humano, quanto à prática política como obrigação social e/ou moral; e o terceiro direcionado às questões culturais, de preferências, e de identificação social.

Constata-se, entre os documentos oficiais elencados, a prevalência de instrumentos jurídicos altamente normativos, voltados à organização e indução da política de regionalização, quando comparados ao caráter regulatório desses instrumentos, quanto à perspectiva de recompensa aos que cooperam e punições aos que desertam. Considera-se

também que, apesar de a ação coletiva e a cooperação nortear o processo político nas normativas do SUS, esses conceitos expressam ideais filosóficos e ideológicos, e assim, apresentam-se insuficientes para a modificação deste cenário, uma vez que esses princípios correspondem um capital valioso, mas facilmente negociável frente às necessidades de resultados individuais (OPAS, 2011). Ainda assim, a legislação caminha com proposições políticas positivas, como as duas últimas resoluções da CIT, que sinalizam a construção de instrumentos de planejamento macrorregional vinculados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde no território regional (BRASIL, 2018a).

A ação coletiva e a cooperação enquanto comportamento social

Como apresentado na seção anterior, a ação coletiva e a cooperação se expressam nos documentos oficiais por meio de outros vocábulos, especialmente na condição de “solidariedade” e “cogestão”. E apesar de os instrumentos jurídicos não permitirem decretar um comportamento social, a ação coletiva, por meio da solidariedade entre os entes federados, é constantemente abordada nos documentos oficiais. Dessa forma, entende-se que o conceito de ação coletiva é complexo, permeado de fatores facilitadores e inibidores ao processo de cooperação, mas pelo qual é possível emergir contribuições para a compreensão das relações federativas e da regionalização.

Nesse sentido, são destacados quatro autores que subsidiam reflexões acerca da ação coletiva, sob enfoque das ciências sociais: o estadunidense Mancur Olson (1932-1988), que também é economista e trata dos interesses dos membros das organizações; o italiano Alberto Melucci (1943-2001), que aponta para uma nova configuração solidária no âmbito da ação coletiva, sob o prisma da Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS) no contexto da contemporaneidade; a autora brasileira Maria da Glória Marcondes Gohn, que analisa o cenário em que se originam os movimentos sociais (coletivo), sua caracterização e seu percurso histórico no Brasil; e o cientista político e professor estadunidense Robert David Putnam, que adota a solidariedade como um capital social baseado em práticas e em relações de confiança.

O primeiro referencial, discutido por Olson (2015) sob uma ótica racional, aborda aspectos fundamentais para a participação dos indivíduos na ação coletiva, sendo estes: a motivação; a relação entre os benefícios obtidos individualmente e no coletivo; e a natureza e a importância desses benefícios; de forma que o interesse comum, de maneira isolada, embora seja uma condição, não é suficiente para levar os membros do grupo à cooperação, sendo preciso que seus benefícios, ao agir coletivamente, superem os custos individuais. Além disso, há assimetria nos níveis de interesse dos membros e podem surgir situações de exploração ou de concorrência entre os participantes do grupo. Isso se deve ao seu porte e em razão da medida de seus benefícios em comparação aos demais, uma vez que os indivíduos sempre terão interesses envolvidos no processo de cooperação.

Nessa perspectiva, a normatização definida nos documentos oficiais produziu alguns efeitos indesejáveis, embora os textos dessas normativas estimulassem a cooperação solidária entre os mesmos. Isto ocorreu devido à categorização dos municípios, em níveis de responsabilidades de gestão e coordenação, decorrentes desses documentos. Os municípios-polo, ao assumirem a modalidade de gestão semiplena (NOB 93) ou plena do sistema (NOB 96) se tornaram, de fato, gestores do sistema de saúde, com o controle de todos os recursos financeiros, inclusive os de média e alta complexidade (MAC), recebidos

por meio de transferência fundo a fundo, e destinados ao atendimento não só de seus municípios, mas também para a referência da região/macrorregião que compõem. Assim, ganharam autonomia para a tomada de decisão acerca da aplicação dos recursos, pactuação de metas junto aos prestadores de serviços e organização dos mecanismos de regulação. Ou seja, adquiriram maior controle sobre os recursos do sistema macrorregional, embora as comissões intergestores regionais permitam a pactuação e o debate entre os municípios. Desta forma, os municípios, especialmente os pequenos, ficaram subordinados aos municípios “plenos”, ocasionando relações de conflito.

Observa-se também que diversos documentos contribuem com aspectos positivos, técnicos e processuais para a ação coletiva e regionalização. As NOAS e o Pacto de Gestão, por exemplo, carregam diversos aspectos conceituais do processo de regionalização, além de instituírem e reforçarem uma série de instrumentos (PDR, PPI, PDI) com vistas a melhorar a coordenação e a cogestão dos espaços regionais. Entretanto, por se tratar de documentos oficiais, são altamente normativos e textualmente técnicos. Assim, questiona-se como o sistema poderia estimular a mudança de atitude de gestores e a ressignificação da solidariedade entre os entes no atual cenário da regionalização? Particularmente, como convidar gestores e trabalhadores do SUS a repensarem a maneira como organizam a ação coletiva e solidária, de forma que essas características também sejam incorporadas nas práticas de planejamento e da gestão em saúde?

Demais autores que discutem referenciais, como capital social e ação coletiva, auxiliam neste aspecto. Putnam (1993) afirma que a ação em coletividade é derivada da contribuição do capital social individual de cada ator político ao coletivo, compreendendo o capital social como um bem público, expresso por características da organização social que incluem normas de reciprocidade, redes de solidariedade e confiança entre as pessoas. Dessa forma, ações de capital social como confiança, normas e redes, tendem a ser autorreforçadoras e cumulativas, e podem capacitar as pessoas a agirem coletivamente (PUTNAM, 1993).

Melucci (1989) aponta que a agregação social se torna um fenômeno permanente, e embora tenha variações em suas formas, trata-se de um componente estável e irreversível da contemporaneidade. Além disso, o autor ressalta que os atores envolvidos na ação coletiva não se motivam apenas por questões econômicas (custos e vantagens) ou por questões políticas, mas também buscam outros bens imensuráveis, como autorrealização, solidariedade e identidade, de forma que, orientados para a ação social, estes superam a luta pelo poder ou por bens de consumo.

Outro aspecto das políticas que tratam da regionalização e que deve ser destacado é a institucionalização dos CGR, por meio do Pacto pela Saúde. Esses espaços são caracterizados como ambientes propícios ao desenvolvimento de cogestão e de identidades coletivas, marcados por consensos e dissensos entre atores envolvidos, uma vez que a identidade coletiva, segundo Melluci (2001), não é algo dado ou uma essência, mas um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos.

Contribuindo para esse entendimento, Gohn (2000) destaca que a ação coletiva não é apenas a soma de vontades individuais, mas requer um projeto coletivo. Neste sentido, a compreensão acerca da ação coletiva mostra que, ao passo que o processo de regionalização se consolida, mais chances os gestores de saúde de uma região têm de desenvolver um projeto coletivo. Tais iniciativas, uma vez motivadas pela solidariedade e autorrealização

entre os agentes, serão bem-sucedidas ao ponto que a cooperação os leva ao alcance de objetivos comuns.

Gohn (2000) caracteriza um movimento social como a ação dos homens na história, que pressupõe o fazer por meio de um conjunto de práticas sociais. A autora ressalta que a dimensão política é um fator central no agir social constitutivo dos movimentos e que há alguns pressupostos para que a ação coletiva seja considerada um movimento social, tal como a necessidade que exista algo para além dos interesses comuns, formando-se assim um coletivo social, uma identidade coletiva, que supõe uma demanda comum (GOHN, 2000). Com isso, a caracterização de movimento social pode ser um conceito que se assemelha aos ideários da relação federativa.

Considerando os documentos oficiais que abordam a ação coletiva, Melucci (1989) afirma que o fenômeno de cooperação é desenvolvido por meio da interação de três aspectos de uma política: seus objetivos, recursos e obstáculos, os quais estarão inseridos em um sistema de oportunidades e coerções. Esses elementos, segundo Melucci (1989), deveriam nortear estruturas normativas e documentos oficiais de políticas, tais como as que direcionam o processo de regionalização no campo da saúde pública.

Diante do exposto acerca dos conceitos e nuances da ação coletiva e sua conceituação diante dos interesses individuais ou coletivos, e tendo em vista a abordagem teórica dos novos movimentos sociais, é possível perceber que esse tema impulsiona as reflexões acerca das relações federativas, da cooperação e da regionalização. Com isso, a ação coletiva apresenta-se como um fenômeno essencial a ser posicionado no âmbito da regionalização, sobretudo diante da proposta de identificação, análise e socialização de estratégias de cooperação entre os entes federativos. Além disso, a ação coletiva configura-se como eixo motivador para o processo decisório e de mudanças, o qual se refere à construção de políticas públicas, cabendo abordá-la sob o enfoque dos valores da solidariedade e da cooperação.

Considerações finais

Os documentos oficiais que tratam da regionalização dos serviços de saúde orientam e influenciam processos decisórios e abordam, por vezes, a conduta cooperativa e a ação coletiva, utilizando-se de outros vocábulos, como solidariedade, apoio, parceria e cogestão. Compreende-se também que a ação coletiva e a cooperação se expressam enquanto elemento de políticas federativas e em certa medida enquanto comportamento social.

Na atualidade, o sistema de saúde brasileiro vem passando por profundas mudanças relacionadas ao financiamento de ações, e sua manutenção depende, em certo grau, de políticas voltadas à cooperação entre entes de uma mesma região de saúde. O assunto permanece na agenda de políticas de saúde, apesar de não constar como eixo de prioridade de pesquisa no Ministério da Saúde. Nos últimos instrumentos jurídicos relacionados ao tema, o planejamento integrado das necessidades macrorregionais e o custeio de ações baseados nesses instrumentos sinalizam condutas de cooperação entre os entes federados.

Esse processo deve ser capitaneado e coordenado pelo ente estadual, ao reforçar potencialidades municipais e possibilitar a formação de grupos de articulação e decisão gestora macro e microrregional. As políticas indutoras do processo de regionalização

deverão lançar mão de mecanismos regulatórios, formados por recompensas e coerções aos atores políticos envolvidos neste processo, para que amplie as chances de institucionalidade.

Para a cooperação entre indivíduos de um mesmo grupo, muitos desafios devem ser transpostos, entre eles, equilíbrio entre os interesses coletivos e individuais, organização do processo de ação coletiva e a construção de identidades sociais entre gestores com vistas à cogestão.

Aprofundar-se nos referenciais dos movimentos sociais também permite compreender melhor o conceito de ação coletiva, em especial, quando ressalta o sentido de solidariedade e identidade, aos quais acrescentam ainda outros fatores, como a ação, a ideologia, a cultura e as lutas cotidianas. Além disso, relações de reciprocidade, solidariedade e confiança devem ser estimuladas na gestão dos serviços de saúde, a fim de aumentar o capital social de seus integrantes e possibilitar a cooperação e a ação em coletividade.

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Resolução CIT n.º 23*, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Resolução CIT n.º 37*, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 2.691*, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 2203*, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica 01/96. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 234*, de 7 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica 01/92. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 373*, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 4.279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 545*, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 95*, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS*. Série Pactos pela Saúde. Brasília, v. 3, 2006a.

_____. Presidência da República. *Lei Complementar n.º 141*, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, revoga os dispositivos das Leis n.º 8.080 de 1990 e 8.689 de 1993 e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

_____. Presidência da República. *Lei n.º 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.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 2.362*, de 6 de dezembro de 2006. Torna público o termo de compromisso de gestão federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 699*, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CARVALHO, B. G. et al. *Programa de qualificação e apoio às equipes municipais de gestão e planejamento*. Oficina 1. Ser gestor e regionalização, 2019. Disponível em: <https://beeacdd1-f56e-4c04-8f11-d8cebce247f8.filesusr.com/ugd/7e69a9_a78fb665055d464481af4447f09da5d9.pdf>.

Acessado em: 01 jun. 2020.

GOHN, M. G. M. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. *Rev. Mediações*, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11-40, 2000.

GOHN, M. G. M. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 1977.

LIMA, L. D. *Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos*. Textos para discussão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.24, n.71, p.105-119, 2009.

MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais. CEDEC, *Lua Nova*. São Paulo, n. 17, p. 49-66, 1989.

MELUCCI, A. *A invenção do presente*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A.M.F. Coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 59, n.3, p. 823-865, 2016.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010

OLSON, M. *A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais*. São Paulo: EdUSP, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: OPAS, 2011.

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 e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.193-1.207, 2017.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, 2004.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.

PUTNAM, R. D. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.

SANTOS, L. O princípio da solidariedade no SUS. *Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania*, 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/30/o-principio-da-solidariedade-no-sus/>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SCOTT, R. W. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

Abstract

Collective action and cooperation in the Unified Health System

Although the principle of regionalization of health services is contained in official documents and guides the current organization of the Unified Health System, this process depends to a certain extent on collective action and cooperation between federated entities. Collective action and cooperation are considered elements of federal policies and social behavior. In this perspective, we sought to analyze how collective action and cooperation are addressed in the official documents of regulation and organization of health policies that deal with regionalization. It is a documentary analysis of 16 official norms, published between 1988 and 2018, and discussion of the theme, supported mainly by the collective and political institutional frameworks. For the analysis of official documents, the technique of content analysis was used. The results show that collective action and cooperation are addressed in official documents, especially by the words "solidarity" and "co-management", and that regionalization policies have a highly normative character. Its implementation will depend on coordination, coercion, and reward mechanisms, as well as aspects related to the management of services, such as balance between collective and individual interests, and the construction of social identities between managers with a view to comanagement.



► **Keywords:** Regional Health Planning, Collective Action, Cooperation, Decentralization, Public Policy.

ANEXO 3 - ARTIGO 2

<https://doi.org/10.26512/gs.v11i3.32400>

Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Silva JFM, Carvalho BG, Santini SML

Artigo Teórico-Empírico

A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19

The “pejetização” of health in the northern macro-region of Paraná and its implications with COVID-19

La “pejetización” de la salud en la macro región norte de Paraná y sus implicaciones con COVID-19

João Felipe Marques da Silva¹, Brígida Gimenez Carvalho², Stela Maris Lopes Santini³

A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19**Resumo**

O termo pejetização refere-se à contratação de serviços de pessoas físicas, constituída por meio de pessoa jurídica, especialmente para esse fim. Este artigo tem o objetivo de analisar a pejetização de recursos humanos na área da saúde na macrorregião norte do Paraná, e apontar possíveis implicações provocadas pela pandemia de COVID-19, devido à maior fragilização e precarização das relações de trabalho dos profissionais vinculados aos serviços de saúde por esta modalidade. Trata-se de uma análise crítica de dados secundários realizada entre os meses de abril e maio de 2020, obtidos do SCNES. Na região pesquisada a quantidade de profissionais admitidos na modalidade de pejetização apresentou aumento proporcionalmente maior que em outras modalidades com vínculo empregatício. Os resultados apontam para fraude na administração pública e prejuízos aos trabalhadores, especialmente em um período de pandemia. Entre os prejuízos destacam-se redução da renda devido à ausência de recebimento pelos dias não trabalhados por afastamento e a insegurança proporcionada às famílias nos casos de adoecimento e óbito. Nesta perspectiva, defende-se a necessidade de considerar os limites da legislação para as respostas a este desafio, bem como, parâmetros claros quanto à contratação de profissionais de saúde para as atividades-fim.

Descritores: Terceirizados. Recursos Humanos em Saúde. Coronavírus. Gestão do Trabalho em Saúde.

The “pejotização” of health in the northern macro-region of Paraná and its implications with COVID-19

Abstract

The term “pejotização” refers to the contracting of services from individuals, constituted by a legal entity, especially for this purpose. This article aims to analyze the “pejotization” of human resources in the health area in the northern macro-region of Paraná, and to point out possible implications caused by the pandemic of COVID-19, due to the greater fragility of the working relationships of professionals linked to health services through this modality. This is a critical analysis of secondary data carried out between April and May 2020, obtained from SCNES. In the surveyed region, the number of professionals admitted in the form of “pejotização” showed a proportionally greater increase than in other modalities with an employment relationship. The results point to fraud in the public administration and losses to workers, especially in a pandemic period. Among them, there is a reduction in income due to the lack of payment for days not worked due to absence and the insecurity provided to families in cases of illness and death. In this perspective, the need to consider the limits of the legislation for responding to this challenge is defended, as well as clear parameters regarding the hiring of health professionals for the core activities.

Key words: Outsourcing. Human Resources in Health. Coronavirus. Health Work Management.

La “pejotização” de la salud en la macro región norte de Paraná y sus implicaciones con COVID-19

Resumen

El término “pejotização” se refiere a la contratación de servicios de individuos, constituidos por una entidad legal, especialmente para este propósito. El objetivo es analizar la “pejotización” de los recursos humanos en el área de la salud en la macro región norte de Paraná, y señalar las posibles implicaciones causadas por la pandemia de COVID-19 a profesionales vinculados a esta modalidad. Este es un análisis crítico de datos secundarios realizado entre abril y mayo de 2020, obtenido de SCNES. En la región encuestada, el número de profesionales admitidos en forma de pejotização mostró un aumento proporcionalmente mayor que en otras modalidades con una relación laboral. Los resultados apuntan a fraude en

la administración pública y pérdidas para los trabajadores, especialmente en un período de pandemia. Entre ellos, hay una reducción en los ingresos debido a la falta de pago por los días no trabajados debido a la ausencia y la inseguridad que se brinda a las familias en casos de enfermedad y muerte. Se defiende la necesidad de considerar los límites de la legislación para responder a este desafío, así como los parámetros claros con respecto a la contratación de profesionales de la salud para las actividades centrales.

Descriptor: Servicios de terceros. Recursos humanos en salud. Coronavirus. Gestión del trabajo sanitario.

Introdução

Dentre os inúmeros problemas causados pela pandemia do novo coronavírus, aspectos da precarização das relações de trabalho em saúde, tornam-se cada vez mais evidentes no contexto brasileiro, principalmente pelas distintas formas de vínculo dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), consequência de políticas neoliberais adotadas no país.

O sistema neoliberal repercute em todos os setores sociais, e em especial nas relações de trabalho. É definido por Dardot e Laval por um conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um modo de governo caracterizado pelo “*princípio universal da concorrência*”. Nesta perspectiva o cidadão vive em um universo de competição generalizada, que remodela sua subjetividade, e o leva a conceber-se e comportar-se como uma empresa⁽¹⁾.

Para esses autores, a implementação e fortalecimento do sistema neoliberal depende de circunstâncias locais, de relações de força e de fases históricas. Em algumas regiões aplica-se a sedução de classes sociais, bem como, utiliza-se da chantagem ao emprego e ao crescimento econômico como pretexto para reformas estruturais, assim como ocorreu na Europa e no Brasil com a Reforma Trabalhista⁽¹⁾.

A Reforma Trabalhista e a Lei das Terceirizações, ambas aprovadas em 2017, homologaram a terceirização para atividades finalísticas, de caráter temporário e emergencial. No campo da saúde, estas normativas acentuaram a contratação de empresas, cujos trabalhadores são pessoas físicas constituídas por meio de pessoa jurídica especialmente para esse fim, processo chamado de “pejotização”.

Observa-se que a terceirização é um tema bastante debatido na literatura. Uma busca realizada em três bases de periódicos em saúde, utilizando-se o termo “terceirização” com os critérios de inclusão: textos em português e publicados a partir de 2017 (ano da aprovação da Reforma Trabalhista) resultaram em 132 artigos relacionados ao tema. Mas, ao refinar a busca

com os termos: “terceirização” *and* “serviços de saúde”, o total cai para 57; retirando-se os repetidos (30) e os que não tratam especificamente do tema (17), chega-se a 10 artigos. Destes, apenas dois deles apontam a “pejotização” como forma de terceirização de trabalhadores⁽²⁻³⁾, e só em um é retratado este fenômeno entre trabalhadores da saúde do sistema suplementar (psicoterapeutas que atendiam em clínicas vinculadas a planos de saúde)⁽³⁾.

Apesar de pouco descrita na literatura científica, a “pejotização” na área da saúde já apareceu como resultado de pesquisa de campo na macrorregião norte de saúde do Paraná no ano de 2015, e tem sido utilizada enquanto prática de contratação de recursos humanos nesta região⁽⁴⁾. Este fato chama atenção, devido ao profissional vinculado nesta modalidade de contrato apresentar maior fragilidade e precarização das relações de trabalho, características que são potencializadas no período de pandemia pelo novo Coronavírus. Nesta perspectiva, este manuscrito tem por objetivo, analisar a “pejotização” de recursos humanos nesta macrorregião de saúde, e apontar as possíveis implicações decorrentes da pandemia de COVID-19 para estes trabalhadores neste contexto.

Trajetória Jurídica da Pejotização

Impulsionados pelo movimento das políticas neoliberais e de austeridade do Estado, somado à crise na economia brasileira e os altos índices de desemprego, e se valendo de justificativas relacionadas à eficiência da gestão de recursos humanos no sistema público e privado, o Governo Temer homologou o projeto de lei da Reforma Trabalhista. Esta lei possibilitou a flexibilização das regras da Consolidação de Leis do Trabalho (CLT), incluindo a terceirização de atividades-fim, anteriormente aprovada pelo Congresso brasileiro em março de 2017, também conhecida como Lei das Terceirizações.

Atividade-fim é aquela que compreende as atividades essenciais para as quais a empresa se constituiu e, nos serviços de saúde, corresponde à função da equipe médica e dos demais profissionais de saúde. Ou seja, são as funções inerentes ao objetivo do ramo de atividade, expresso em contrato social de uma organização, legalizada para contratações temporárias.

De acordo com a Súmula n.º 331/2017* do Tribunal Superior do Trabalho (TST) até então era possível somente a terceirização de atividades-meio, equivalente aos serviços de

*Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância e de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do

vigilância, alimentação, conservação e limpeza, desde que estes não correspondessem ao seu objetivo final.

A Lei da Reforma Trabalhista reforçou o precedente, ainda que não consensual, para que instituições públicas e privadas possam realizar contratação de pessoal por um período “temporário”, por meio da licitação de empresas terceirizadas, ou ainda, pela modalidade de contratação de pessoa jurídica, fenômeno caracterizado pelo termo “pejotização”.

A denominação “pejotização” tem sido utilizada para se referir à contratação de serviços de pessoas físicas, de modo subordinado, não eventual e oneroso por meio de pessoa jurídica constituída especialmente para esse fim. Na prática, o profissional corresponde a uma pessoa jurídica com a única finalidade de prestação de serviço⁽⁵⁾. O contrato por pessoa jurídica não obedece aos critérios da CLT, portanto, o profissional encontra-se em situação de insegurança trabalhista e de benefícios previdenciários, à exceção se recolher as contribuições com recursos próprios e mediante alguns condicionantes, como tempo de carência.

Na administração pública, tem sido por meio de credenciamento, que é realizado mediante a publicação de um edital de chamamento para contratação de serviços, contendo os requisitos exigidos, bem como, um valor previamente estabelecido, excluindo dessa forma a possibilidade de competição entre os interessados, e conforme a Lei de Licitações. Existe uma recomendação do Tribunal de Contas da União (TCU) de que estas contratações sejam realizadas apenas de forma complementar ou suplementar dos serviços, e não para admissão de equipes, o que deve ser feito por meio de concurso para os serviços públicos, seguindo os ditames constitucionais⁽⁶⁾, no caso de estados e municípios.

Todavia, o credenciamento de empresas na administração pública para a oferta de ações e serviços de saúde já ocorria por meio da Lei de Licitações, na modalidade de inexigibilidade. Assim, além da necessidade de regular tal ação, quais as possíveis consequências provocadas por essas normativas para as relações de trabalho em saúde, especialmente no período de pandemia pela COVID-19?

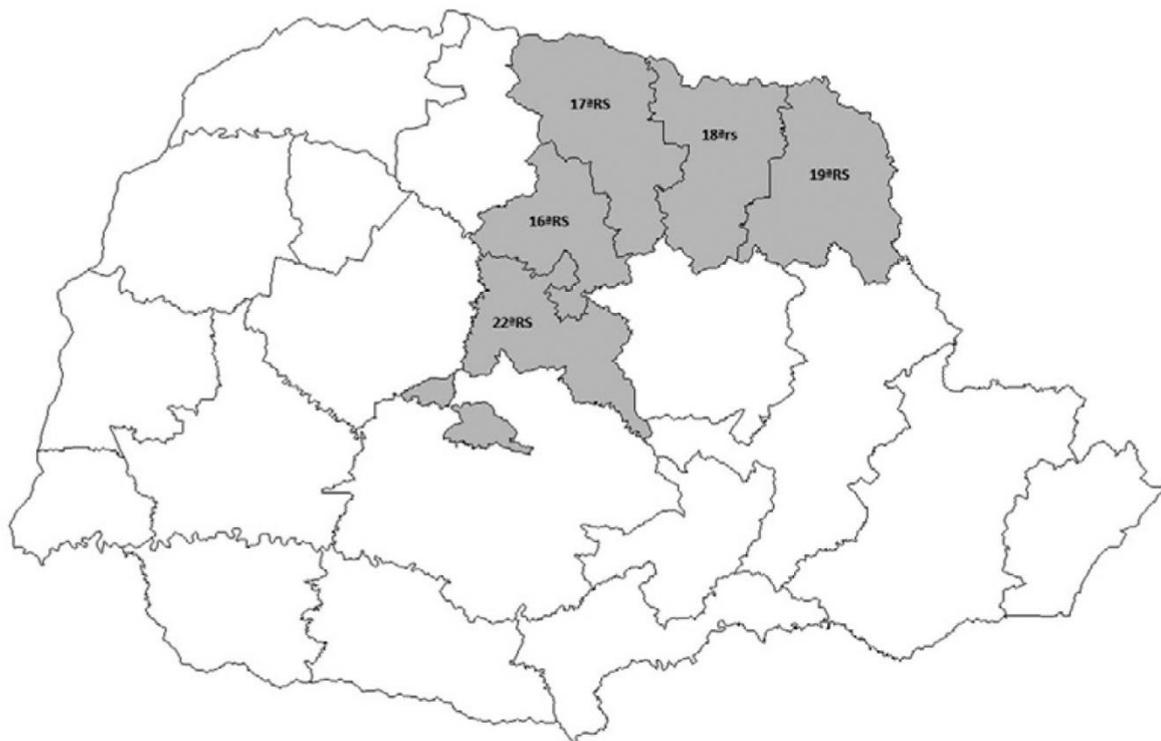
Método

Trata-se de uma análise crítica de resultados parciais da pesquisa “*Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde*” desenvolvida na macrorregião norte do Paraná.

tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta. Súmula n.º 331 de 2017. Tribunal Superior do Trabalho (STF). Brasília, DF. [Acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html.

Esta região de saúde é constituída por 97 municípios distribuídos por cinco regiões de saúde (16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª Regional de Saúde) e possui uma população aproximada de 1.800.000 habitantes⁽⁷⁾ (figura 1).

Figura 1. Macrorregião Norte do Paraná, 2020.



A pesquisa “*Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde*” tem por objetivo analisar diferentes configurações entre os entes federados que possam estimular e fortalecer o processo de regionalização na região pesquisada. Um recorte deste objeto analisa as distintas modalidades de contratualização de serviços e de gestão de recursos humanos para a assistência à saúde nesta macrorregião, entre elas, o fenômeno da “pejotização”.

Para a qualificação do objeto de pesquisa foi realizada coleta de dados entre os meses de abril e maio de 2020, e deu-se por meio de levantamento de dados secundários do Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)⁽⁸⁾, pela plataforma *Tabwin*.

O *Tabwin* é uma plataforma de tabulação de dados gratuita fornecida pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que possibilita a importação e análise de informações registradas em diferentes bancos de dados do Ministério da Saúde. Na análise desta pesquisa utilizou-se o banco de dados do SCNES, quanto ao número de profissionais vinculados na região pesquisada, de acordo com os seguintes critérios de seleção: “profissionais que atendem SUS”; com vínculo “autônomo tipo pessoa jurídica” e

com vínculo empregatício “estatutário, emprego público e celetista”; nas competências do mês de “abril” nos anos de 2015 e 2020.

A opção pelo recorte temporal (2015 – 2020) foi baseada nos seguintes critérios: *i*) identificar a permanência desta prática de contratualização, já observada nesta macrorregião no ano de 2015 por Santini (2018); *ii*) identificar o total de profissionais de saúde do Estado do Paraná e da região pesquisada, vinculados nesta modalidade de contrato, antes e depois da homologação da Lei de Reforma Trabalhista; *iii*) comparar o percentual de profissionais “pejotizados” com profissionais com vínculo empregatício (estatutário, emprego público e celetista); e, especialmente, *iv*) evidenciar a fragilidade desta relação de trabalho, potencializada devido ao período de pandemia por COVID-19.

Para apresentação dos dados tabulados foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel*[®] versão 2010. A pesquisa respeitou as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição na qual os autores encontram-se vinculados sob o Parecer n.º 4.074.080.

Resultados e Discussão

O levantamento de dados do SCNES⁽⁸⁾ apresenta expressivo aumento do número de profissionais SUS vinculados na modalidade pessoa jurídica (PJ) nos serviços de saúde na macrorregião norte e no Estado do Paraná entre os anos de 2015 e 2020.

Sabe-se que a pejotização já era utilizada para o provimento de profissionais médicos, principalmente em pequenos municípios do interior do país⁽⁹⁾. Mesmo que considerada incorreta, era justificada pelos altos salários de mercado para essa categoria profissional. E as normativas da nova Reforma Trabalhista ratificaram tal prática, tanto que, atualmente, tem sido usada como alternativa, para a contratação de outros profissionais da saúde, como os das categorias de enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional⁽³⁻⁴⁾. A razão alegada para este tipo de contratação emergencial é, entre outras, a impossibilidade de abertura de processo seletivo público, devido ao limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para gastos com pessoal⁽⁴⁾.

O profissional, ao constituir-se como pessoa jurídica, passa assumir, além das atribuições do exercício da função, os impostos e outras despesas da “empresa” que “administra”, como o recolhimento de taxas das notas fiscais, entre outros encargos. E ainda receberá por hora trabalhada, sem direito a benefícios, como férias, 13º salário, licenças médicas, e proteção social somente mediante sua própria contribuição à previdência e após

decorridos prazos de carência. Estes aspectos podem apresentar-se vantajosos para os tomadores/contratantes, pela desoneração da folha de pagamento e também pela agilidade com que se realiza o provimento, razões estas que contribuem para a permanência desta prática.

Outro aspecto em que os trabalhadores contratualizados na modalidade de pessoa jurídica podem estar submetidos é o excesso de horas de trabalho, uma vez que os contratos não são regidos por limite de horas diárias⁽³⁾. E ainda que o fosse, a Medida Provisória (MP) n.º 927/2020* estabeleceu a possibilidade de ampliação de carga horária no período da pandemia.

Existem poucos dados relativos aos profissionais de saúde vinculados na modalidade de pejetização. No entanto, estudos relacionados à terceirização de trabalhadores apontam para: a desresponsabilização do empregador; maior vulnerabilidade para acidentes de trabalho; salários menores em comparação às outras formas de vínculo; e aumento do estresse, afetando a saúde dos profissionais⁽²⁻⁴⁾. Além disso, esses trabalhadores também ficam a mercê da instabilidade política, assim como, de interferências dessa espécie, o que contribui para a desmotivação e insatisfação pessoal, e elevada rotatividade. Segundo Dartot e Laval a terceirização é postulada por uma nova forma de “governança”, principalmente devido ao efeito disciplinador do trabalhador como estímulo ao bom desempenho⁽¹⁾.

Estes resultados indicam para a precarização da força de trabalho nas quatro dimensões estabelecidas pela Organização Internacional do Trabalho: *i*) a dimensão temporal, quanto à possibilidade da perda de vínculo do profissional a qualquer momento; *ii*) dimensão organizacional, quando o trabalhador não domina e/ou controla as condições de trabalho individuais ou coletivas; *iii*) dimensão econômica, devido aos baixos salários contratualizados, e; *iv*) dimensão social, na perspectiva da ausência de benefícios previdenciários, desproteção jurídica, e insegurança social⁽¹⁰⁾.

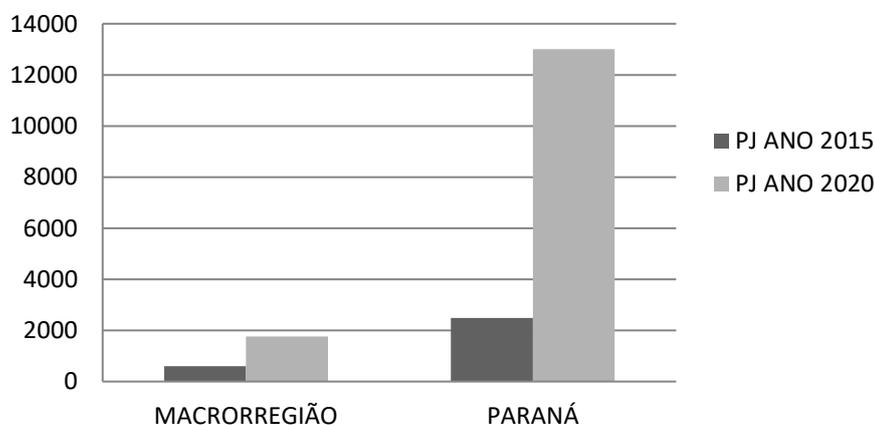
Resultados da pesquisa “*Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde*” indicam que Hospitais de Pequeno Porte (HPP) da macrorregião norte de saúde do Paraná elencam a pejetização como alternativa à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e como estratégia de contratação e viabilização de serviços de saúde. Esse fenômeno também é

*Durante o de estado de calamidade pública é permitido aos estabelecimentos de saúde prorrogar a jornada de trabalho e adotar escalas de horas suplementares sem que haja penalidade administrativa. **Medida Provisória n.º 927, de 22 de março de 2020**. [Acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm.

observado nesta região para a reposição de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹¹⁾.

Segundo dados do SCNES⁽⁸⁾ na região estudada este número praticamente triplicou, passando de 597 profissionais vinculados em 2015 para 1764 em 2020. Em todo o Estado do Paraná saltou de 2488 profissionais em 2015 para 13000 profissionais na modalidade de pejetização, na competência do mês de abril de 2020 (figura 2).

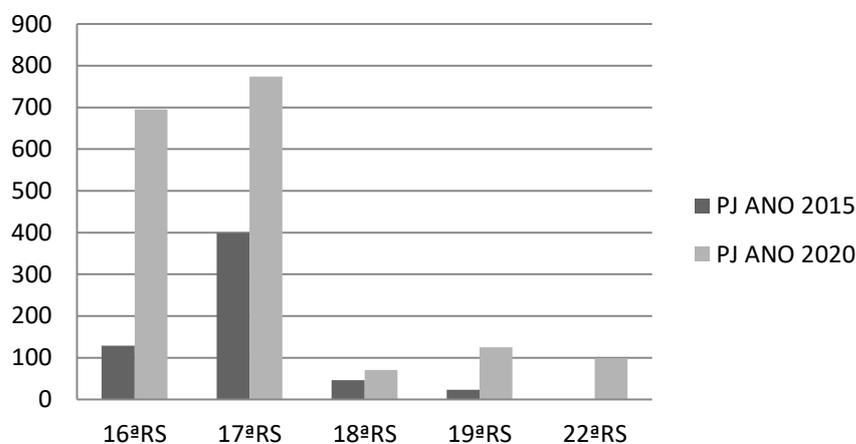
Figura 2. Profissionais que atendem SUS com vínculo autônomo, tipo pessoa jurídica, Macrorregião Norte e Estado do Paraná, 2015 e 2020.



Fonte: SCNES/TABWIN (2020).

Observa-se também aumento desta modalidade nas regiões que compõem a macrorregião norte de saúde, com destaque para a 16^a (Apucarana) e 17^a (Londrina) regionais de saúde, particularmente, por possuírem maior número de estabelecimentos de saúde e maior densidade populacional (figura 3). E ainda, regiões como a 19^a (Jacarezinho) e 22^a (Ivaiporã) que registravam poucos profissionais vinculados à pejetização em 2015, apresentam em 2020 crescimento em torno de 100%.

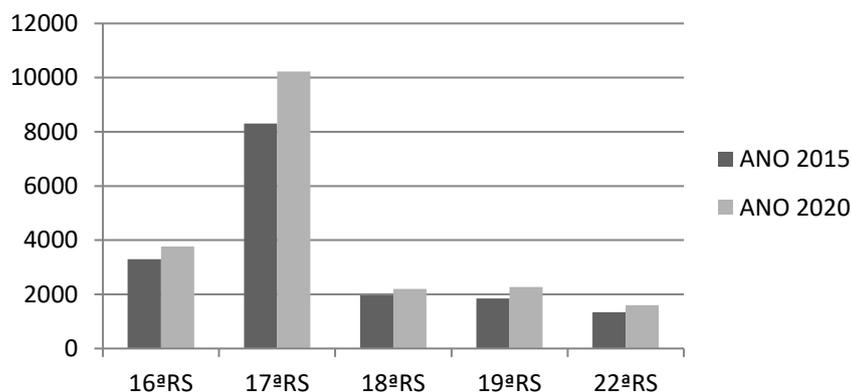
Figura 3. Profissionais que atendem SUS com vínculo autônomo, tipo pessoa jurídica, Regiões de Saúde da Macrorregião Norte do Paraná, 2015 e 2020.



Fonte: SCNES/TABWIN (2020).

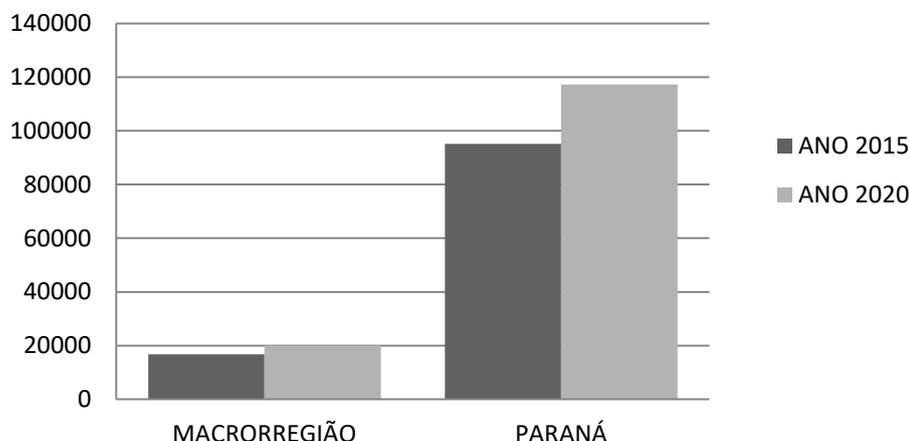
Por outro lado, o levantamento realizado na mesma plataforma e no mesmo espaço temporal demonstra que, apesar da região pesquisada ter tido um aumento de trabalhadores de saúde vinculados aos regimes de trabalho estatutário, emprego público e celetista (figuras 4 e 5), este incremento é menor proporcionalmente quando comparado ao de vínculos pejetizados.

Figura 4. Profissionais que atendem SUS com vínculo empregatício (estatutário, emprego público e celetista), Regiões de Saúde da Macrorregião Norte do Paraná, 2015 e 2020.



Fonte: SCNES/TABWIN (2020).

Figura 5. Profissionais que atendem SUS com vínculo empregatício (estatutário, emprego público e celetista), Macrorregião Norte e Estado do Paraná, 2015 e 2020.



Fonte: SCNES/TABWIN (2020).

Enquanto o incremento de trabalhadores com vínculo empregatício foi de 16% na região pesquisada e de 18% no Estado do Paraná; a modalidade de pejetização atingiu 66% e 80% de incremento na região e no Estado. O crescimento proporcional de profissionais pejetizados quando comparado aos de profissionais com vínculo empregatício representa que a pejetização tem-se tornado uma modalidade recorrente para o provimento da força de trabalho em saúde nesta região, além de evidenciar os resultados e efeitos negativos da reforma trabalhista, como o aumento de vínculos precarizados de trabalho.

Com o advento da pandemia pelo novo Coronavírus, os trabalhadores vinculados às empresas públicas e privadas pela modalidade da pejetização, vivem na atualidade um cenário ainda mais caótico. Inseridos no contexto macrorregional da insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI) e de adequadas estruturas físicas que permitam práticas seguras de trabalho⁽¹²⁾, estes profissionais, muitos da linha de frente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e instituições hospitalares, além da exposição à contaminação inerente à função que executam, possuem em contrapartida a opção do desemprego.

Outra consequência que recai sobre os trabalhadores é a perda da renda/função em virtude do cancelamento de atendimentos ou desativação de serviços eletivos, como por exemplo, em alguns ambulatórios específicos ou atividades presenciais, e ainda, a possibilidade de serem preteridos em alguns serviços de saúde por possuírem doenças crônicas e/ou pertencerem aos grupos considerados de risco para eventuais complicações.

Contraditoriamente à concepção social do profissional de saúde como ‘herói’, o cenário da pandemia apresenta e deixa mais evidente as fragilidades impostas aos trabalhadores de saúde. O artigo 29 da MP n.º 927, cancelada pelo Superior Tribunal Federal (STF), reforçava a compreensão sobre a desresponsabilização de empresas públicas e/ou privadas ao afirmar que casos de contaminação pelo coronavírus não seriam considerados ocupacionais, exceto mediante comprovação donexo causal. Além de contrariar a Lei de Benefícios da Previdência Social, a opinião de alguns dos ministros do STF é de que as normas contidas nos artigos cancelados feriam o valor social do trabalho.

O projeto neoliberal em curso, decorrente da reforma trabalhista, alicerçado no “*princípio universal da concorrência*”⁽¹⁾ e da exploração do trabalho, tem a precarização como regra⁽¹³⁾. Não sem motivos, Machado e Ximenes Neto consideraram o período a partir de 2016 como o “momento de ameaça de perda dos direitos essenciais”. Dentre os direitos ameaçados estão os trabalhistas, a estabilidade e a remuneração adequada, caracterizando o retorno da antipolítica de recursos humanos, prescrita nos períodos de ascensão do ideário neoliberal nos anos de 1990 e considerada como a década perdida para os trabalhadores da saúde⁽¹⁴⁾.

Segundo dados divulgados em meados do mês de maio de 2020, pelo Ministério da Saúde, mais de 31,7 mil profissionais de saúde haviam sido contaminados pelo novo Coronavírus. Informam ainda que, desde o início da pandemia foram registrados quase 200 mil casos suspeitos de infecções entre os profissionais da saúde, incluindo médicos, profissionais de enfermagem, agentes de saúde e recepcionistas⁽¹⁵⁾. O Conselho Federal de Enfermagem em sua página “Observatório da Enfermagem” aponta que no Brasil ocorreram 213 mortes pela COVID-19 entre os profissionais de enfermagem, e mais de 20 mil profissionais desta categoria adoeceram (casos suspeitos ou já confirmados)⁽¹⁶⁾. Esses números são piores do que os registrados pela Espanha, Itália e até mesmo Estados Unidos, considerado o epicentro da epidemia naquele período.

O que se questiona é, de fato, quantos desses profissionais estão vinculados aos estabelecimentos de trabalho pela modalidade da pejetização, e quais possíveis implicações para os mesmos e às suas famílias provocadas devido à contaminação pelo novo Coronavírus?

Destaca-se além das consequências já mencionadas, a ausência de recebimento dos dias não trabalhados por afastamento, a possibilidade de não retornar a exercer a atividade, bem como, a insegurança proporcionada às famílias nos casos de adoecimento e especialmente naqueles com desfechos de óbito.

Estas situações os colocam em condição de extrema vulnerabilidade, na medida em que as negociações com o contratante não são realizadas de maneira individual, cabendo ao profissional aderir ao que já foi previamente acordado⁽¹⁷⁾.

Há que se considerar também que estes trabalhadores se submetem a essas condições de trabalho por falta de melhores oportunidades, pela necessidade de recursos financeiros e de sobrevivência, e/ou ainda por terem a percepção que sua renda pode ser maior como PJ do que por um vínculo intermediário terceirizado. Em termos práticos, existem poucas evidências na literatura sobre os efeitos quantificáveis da pejetização na renda dos trabalhadores, no entanto, foi constatado expressivo aumento de pejetizados nesta região, que atualmente representam em torno de 1700 profissionais de saúde. A condição de renda instável, devido à ausência de estabilidade na função; e menor remuneração, quando comparada às demais modalidades de vínculo empregatício⁽⁴⁾, são fatores que indicam para um decréscimo nas rendas individuais e/ou familiares, o que pode impactar diretamente no consumo e nos investimentos desses profissionais, e por consequência na produção de bens e serviços regionais.

Considera-se, portanto, que a pejetização pode ser interpretada como uma fraude para o provimento da força de trabalho em saúde, porque contraria o princípio da eficiência da administração pública e da garantia de direitos fundamentais aos trabalhadores. O princípio da eficiência, entendido como o melhor desempenho para os melhores resultados dos serviços públicos, é colocado à prova em vínculos pejetizados, devido à ausência de competição e seleção para a função; à rotatividade de profissionais, possibilitando descontinuidade das políticas assistenciais de saúde; e ainda, segundo Martins e Molinaro, à falta de oportunidade de qualificação, pois se exige um processo contínuo de aperfeiçoamento deste profissional para manter-se “empregável” e esta responsabilidade fica a cargo do próprio trabalhador e não das instituições⁽¹⁷⁾.

Além disso, a pejetização aponta para a precarização das relações de trabalho e fragilização dos direitos fundamentais dos trabalhadores, uma vez que camufla relações subordinadas de um contrato formal de trabalho, que quando analisadas à luz do princípio da primazia da realidade* apresenta todos os requisitos no que diz respeito às obrigações do

*Segundo o Tribunal Superior do Trabalho o princípio da primazia da realidade define que em uma relação de trabalho o que realmente importa são os fatos que ocorrem, mesmo que algum documento formal indique o contrário. [Acesso em 18 de jul 2020]. Disponível em: https://www.tst.jus.br/web/guest/noticia-destaque-visualizacao/-/asset_publisher/89Dk/content/direito-garantido-primazia-da-realidade/exclusive.

trabalhador, mas retirando as garantias trabalhistas do contrato; e por essas razões, tornam-se fraudulentas. Ademais, a execução de atividade laboral nessa modalidade pode gerar vínculo de contrato de trabalho, em conformidade ao artigo terceiro da CLT, pois considera-se empregado toda pessoa física que presta serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

Todas estas questões colocam em risco as conquistas, tanto as trabalhistas como as sociais dos trabalhadores do SUS, pois comprometem o direito à saúde da população, desresponsabilizando o Estado, no provimento das políticas públicas, quanto os empregadores, pela flexibilização das relações de trabalho⁽¹⁸⁾.

Conclusão

A pejetização enquanto prática de vinculação de profissionais, ainda que considerada uma fraude, encontrou espaço no setor público de saúde para seu crescimento em consequência do avanço das políticas neoliberais. A vinculação de profissionais de saúde nesta modalidade reforça a precarização das relações de trabalho, especialmente no momento da pandemia pelo novo Coronavírus. E na administração pública pode estar associada, além dos fatores destacados, a novas organizações de práticas clientelistas para a contratação de recursos humanos.

Levantamento de dados do SCNES demonstra que a pejetização tem-se tornado uma modalidade recorrente para o provimento da força de trabalho em saúde na região pesquisada. No recorte temporal utilizado, o vínculo pejetizado apresentou maior crescimento proporcional quando comparado a outras modalidades de vínculo empregatício, evidenciando os resultados negativos da reforma trabalhista.

A ausência de dados mais concretos quanto ao número de profissionais vinculados nesta modalidade e acometidos pela COVID-19, e também dos efeitos na renda individual e familiar destes trabalhadores, constituem-se como limitadores deste estudo, mas são fatores importantes a serem considerados em novas pesquisas com este tema.

Além disso, há a necessidade imperiosa de que a administração pública responda aos desafios da contratação de profissionais de saúde, no cenário da pandemia pelo novo Coronavírus e em momentos futuros, considerando os limites legais, de modo a não fragilizar e nem precarizar ainda mais as relações de trabalho. Advoga-se a necessidade que seja reavaliada a possibilidade da terceirização das atividades-fim, mesmo que temporária, bem como a elaboração de parâmetros mais claros, que garantam direitos aos trabalhadores de saúde.

Referências

- 1- Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017. 416p.
- 2- [Pereira MS](#). Processos de precarização do trabalho e adoecimento de trabalhadores brasileiros. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2018; 11(2):208-20.
- 3- [Guimarães Junior SD](#), [Oliveira VR](#), [Matos AA](#). Precarização do trabalho e efeitos subjetivos: interlocuções entre práticas de pesquisa. Psicologia Política. 2017; 39(17):304-17.
- 4- Santini SML. A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte. [Tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2018.
- 5- Barbosa AMS, Orbem JV. “Pejotização”: precarização das relações de trabalho, das relações sociais e das relações humanas. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM** [Internet]. 2015;10(2):839-59. [Acesso em 30 abr 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/20184>. Doi: [10.5902/1981369420184](https://doi.org/10.5902/1981369420184).
- 6- Guimarães EA. Âmbito Jurídico, São Paulo, 01 out. 2011. Credenciamento como hipótese de inexigibilidade de licitação. [Acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/credenciamento-como-hipotese-de-inexigibilidade-de-licitacao/>.
- 7- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. [Acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
- 8- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [SCNES]. [Acesso em 11 mai 2020]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- 9- Conselho Federal de Medicina [CFM]. Pejotização é uma realidade entre os médicos. [Acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28354:2019-07-24-23-38-04&catid=3.
- 10- International Labour Office (OIT). From precarious work to decent work: outcome document to the workers’ symposium on policies and regulations to combat precarious employment. Geneva: International Labour Office, 2012. [Acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/meetingdocument/wcms_179787.pdf.

- 11- Mendonça FF et al. Estratégias de cooperação para a regionalização em saúde. [Projeto de Pesquisa]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2018.
- 12- Gimenez BC et al. Programa de Qualificação e Apoio às Equipes Municipais de Gestão e Planejamento da Macrorregião Norte do Paraná. Progestão Covid-19 [Relatório dos encontros]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2020.
- 13- Druck G, Dutra R, Silva SC. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. Cad. CRH [Internet]. 2019;86(32):289-306. [Acesso em 20 abr 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000200289&lng=pt&nrm=iso. Doi: [10.9771/ccrh.v32i86.30518](https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518).
- 14- Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciên Saúde Colet. 2018. 23(6): 1971-1980. Doi: [10.1590/1413-81232018236.06682018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018).
- 15- Machado R. Brasil tem 31,7 mil profissionais de saúde infectados pela Covid-19. Folha de S. Paulo, São Paulo, 14 mai. 2020. [Acesso em 25 mai 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/brasil-tem-317-mil-profissionais-de-saude-infectados-pela-covid-19.shtml>.
- 16- Conselho Federal de Enfermagem COFEN. Observatório da Enfermagem. [Acesso em 20 mai 2020]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.
- 17- Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Ciên Saúde Colet. 2013;18(6):1667-76. Doi: [10.1590/S1413-81232013000600018](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600018).
- 18- Carneiro CCG, Martins MIC. Novos Modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. Trabalho Educação e Saúde. 2015;13:45-65. Doi: [10.1590/1981-7746-sip00029](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029).

Participação dos autores na elaboração do Artigo Teórico-Empírico:

João Felipe Marques da Silva atuou na delimitação do recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, coleta de dados, redação e aprovação da versão final do artigo. Brígida Gimenez Carvalho atuou na delimitação do recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, redação e aprovação da versão final do artigo. Stela Maris Lopes Santini atuou na delimitação do recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Recebido: 06.07.2020

Revisado: 25.07.2020

Aprovado: 14.08.2020

ANEXO 4 – ARTIGO 3

A filantropização da assistência à saúde no SUS

Resumo

Esse artigo analisa e identifica características da filantropização de instituições de assistência à saúde, processo caracterizado pela transição da natureza jurídica de estabelecimentos privados “com” para “sem fins lucrativos”. Trata-se de um estudo de caso apoiado em dados secundários e na análise de políticas. Os resultados apresentam aumento dessas entidades em todas as regiões do país, e evidências de que essas instituições se comportam como estabelecimentos com fins lucrativos. A mudança de natureza jurídica, portanto, oculta um processo mais amplo de mercantilização implícita dos serviços de saúde, incentivada por políticas direcionadas pelo Estado e relacionada às isenções previstas em lei.

Palavras-chaves: Hospitais Filantrópicos, Mercantilização, Gestão em Saúde, Política Pública.

Introdução

No Brasil as instituições privadas sem fins lucrativos são responsáveis por expressiva parcela da atenção especializada ambulatorial e principalmente hospitalar¹. Pesquisas anteriores indicam que em torno de 1/3 das instituições hospitalares brasileiras são filantrópicas, em sua maioria é o único estabelecimento hospitalar de determinados municípios, especialmente nos pequenos,^{2,3} aspectos que se relacionam com a própria história das Santas Casas e do setor filantrópico no país.

A filantropia no Brasil data de 1942 por meio da criação do Conselho Nacional de Serviço Social e da Legião Brasileira de Assistência, no governo Vargas. Na década de 1960, mais precisamente em 1967, com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) essas instituições estabeleceram relações de contrato com o governo, prática institucionalizada até a presente data³.

A partir da década de 1990 as instituições filantrópicas passaram a integrar o Sistema Único da Assistência Social, pois prestam, sem fins lucrativos, atendimento, assessoramento e atuam na defesa e garantia dos direitos de seus beneficiários. Para tal, devem possuir o Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), com percentual mínimo de serviços destinados ao atendimento público. Enquanto certificadas as instituições possuem isenção fiscal e previdenciária, em contrapartida aos serviços dispensados à população^{2,3}.

Argumenta-se que dada a crise econômica na atualidade e o resultado das políticas de incentivo financeiro às entidades filantrópicas, o país passou a apresentar um fenômeno de transição de estabelecimentos privados “com” para “sem fins

lucrativos”, processo identificado por meio da filantropização dessas instituições. Nessa perspectiva, esse texto visa analisar e identificar características desse fenômeno em uma macrorregião de saúde, com intuito de fomentar e ampliar o debate, bem como trazer proposições e estimular outras análises a respeito desse tema.

Métodos

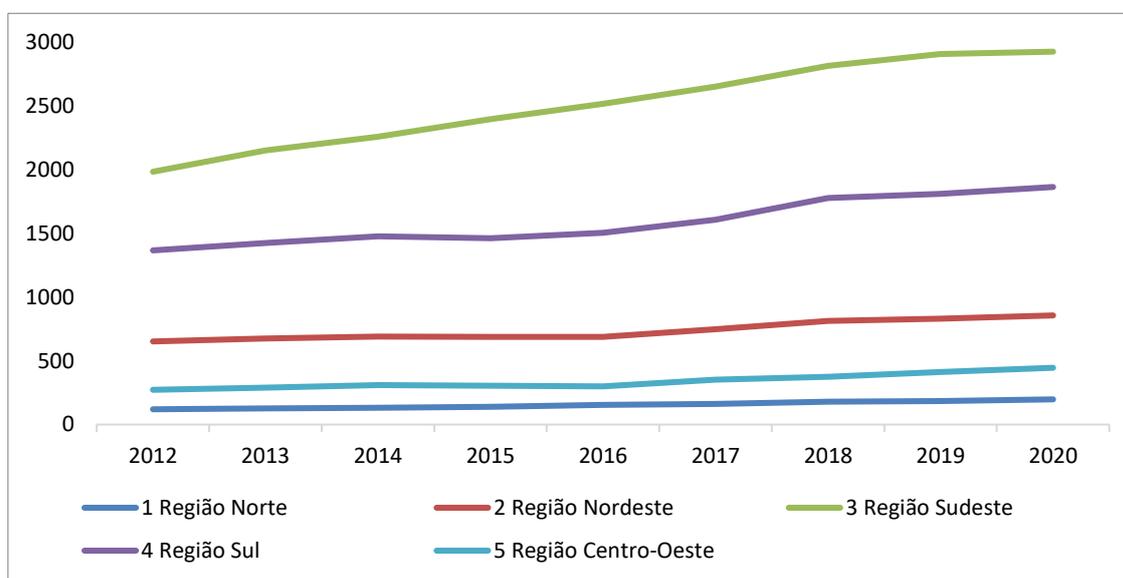
Trata-se de um estudo de caso, de caráter qualitativo, com apoio de dados secundários, realizado em uma macrorregião de saúde formada por municípios de pequeno porte, desenvolvido entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2021. A coleta de dados utilizou-se de entrevistas por meio de roteiro semiestruturado e levantamento documental. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por gestores municipais, diretores e prestadores de serviços, técnicos das regionais de saúde, gestores estaduais, representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e membros do controle social. As entrevistas foram submetidas à análise hermenêutica crítica, e os dados foram interpretados com apoio do referencial de análise de políticas. Os dados secundários foram utilizados para a análise do fenômeno no campo de estudo, e sua representação nas cinco regiões geográficas do país. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética no qual os pesquisadores estão vinculados sob o parecer n.º 4.074.080.

Resultados e Discussão

Na região pesquisada, as instituições filantrópicas correspondem a 36% dos estabelecimentos, e alocam cerca de 65% dos leitos ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Por meio de dados secundários constatou-se entre os anos de 2012 e 2020 redução das entidades privadas com fins lucrativos e aumento do número de estabelecimentos com natureza jurídica sem fins lucrativos nessa região. Esse aumento também foi observado no estado da federação na qual a macrorregião pesquisada está inserida, e em todas as regiões geográficas brasileiras (figura 1), com maior destaque ao eixo sudeste-sul, uma vez que possui características socioeconômicas quanto ao adensamento de serviços privados. No Brasil, observa-se incremento de 30% de estabelecimentos sem fins lucrativos no mesmo período⁴.

Figura 1 – Evolução do número de entidades sem fins lucrativos (associação privada*) em regiões brasileiras, 2012-2020.



Fonte: SCNES (2020).

*Denominação de entidades de assistência à saúde sem fins lucrativos no CNES.

Quanto aos casos empíricos analisados, esses puderam ser categorizados em dois grupos: filantrópicos puros e filantrópicos privados. Os estabelecimentos identificados por filantrópicos puros, incluem instituições concebidas com a missão da filantropia; e, os estabelecimentos classificados em filantrópicos privados, são estabelecimentos privados que alteraram sua natureza jurídica com fins estratégicos.

A análise de dados secundários confirma um processo de mudança da natureza jurídica das instituições privadas “com” para “sem fins lucrativos”. Esse processo pode ser justificado quanto à viabilidade desses estabelecimentos e de forma estratégica para isenções fiscais e tributárias, bem como para firmar convênios, ter preferência quanto à complementaridade de serviços, e/ou estar apto para solicitar e receber emendas parlamentares, e incentivos contratuais da gestão pública.

Ocorre que a pesquisa de campo identificou diferenças entre o escopo de atuação dos estabelecimentos filantrópicos “puros” e “privados”. Os primeiros, a depender de seu porte, possuem determinada inserção regional e são estabelecimentos dispostos à oferta de serviços ao sistema público. Já no segundo caso, os serviços se comportam como estabelecimentos com fins lucrativos, alugam o imóvel para a própria entidade, se beneficiam por isenções legais, praticam gerencialismo da oferta, possibilitam acesso facilitado aos usuários de determinados municípios contratados, não são porta aberta à população, eventualmente fazem a gestão de serviços suplementares, e os antigos donos são os presidentes das associações, de tal modo que essa categoria também pode ser identificada por filantrópicos com donos. As falas dos participantes expressam esses resultados:

“Não [mudou] nada [...] continua do mesmo jeito, só tem lá ‘Associação Mais Saúde’, o que mudou foi o nome mesmo” (E9).

“Nenhum benefício [para o município], do mesmo jeito. Para nós o que mudou foi o CNPJ” (E14).

“Quando a gente passou para Fundação, a população não percebeu isso, tem muita gente que não sabe, não conhece isso, mas também, também não ia mudar nada [...]” (E8).

Tais aspectos fundamentam o empresariamento dos serviços de saúde por meio de instituições privadas sem fins lucrativos. Esse processo se mostra inserido em um cenário de mercantilização implícita – caracterizada pela adoção crescente da lógica de atuação privada por parte do setor público⁵. No Brasil observa-se que a mercantilização implícita já é uma realidade nas diferentes regiões do país, em função do fenômeno da filantropização, e de uma série de políticas destinadas a esse grupo, que vão desde programas específicos de contratualização e apoio por meio de incentivos financeiros, o que ocorre com as instituições certificadas como “hospitais de excelência”⁶.

A pesquisa empírica também identificou outros elementos importantes desse cenário, entre eles:

- relação público-privada acerca de aspectos contratuais constituída por meio do envolvimento entre atores de mercado (prestadores) e diferentes atores públicos, incluindo parlamentares;
- prestadores privados com maior poder de decisão quanto à oferta de serviços ao sistema público;
- incipientes mecanismos de regulação dos serviços pela gestão pública;
- relação política partidária entre membros da diretoria dessas associações e atores do nível local; e,
- fortalecimento da terceirização de serviços de saúde.

No macro contexto, a relação política desses estabelecimentos está relacionada ao favorecimento observado por emendas parlamentares, e da bancada de congressistas que atuam a favor dos interesses de grandes grupos de entidades filantrópicas⁷.

Cabe destacar que, a depender das características da gestão orçamentária municipal da média e alta complexidade, a transferência de emendas parlamentares pode ocorrer diretamente à instituição, sem a garantia que serão utilizados em favor dos usuários do sistema público. Ainda, podem angariar recursos em função de sua natureza jurídica, que por ausência de devida transparência, nem sempre serão utilizados em benefícios sociais.

Dessa forma, o processo de filantropização tem organizado novas relações entre o público e o privado, constituídos por características neopatrimonialistas, devido aos

benefícios que na atualidade envolvem o Estado e o mercado. Além disso, as políticas de contra reforma da década de 1990 incentivam o fortalecimento de modalidades que se beneficiam com as prerrogativas legais das entidades sem fins lucrativos, principalmente por meio da terceirização de serviços e da própria gestão pública⁵.

Considerações

A mudança de natureza jurídica das instituições privadas “com” para sem “fins lucrativos” no Brasil oculta um processo mais amplo de mercantilização dos serviços de saúde. Esses estabelecimentos sofrem incipiente regulação estatal e permanecem com o comportamento de uma instituição privada lucrativa, especialmente devido à baixa transparência quanto ao percentual de serviços prestados ao público, e às distintas organizações físicas e estruturais do serviço para recepção dos usuários públicos e privados.

Nesse sentido, percebe-se a importância de pesquisas nessa temática, a fim de verificar a expressão desse fenômeno em diferentes regiões, em períodos recentes. Além disso, advoga-se por políticas que minimizem as iniquidades quanto à oferta de serviços das entidades filantrópicas, por meio de critérios que fortaleçam, a participação popular, as especificidades contratuais regionais, a integralidade da atenção, e os mecanismos de regulação e governança dos entes públicos.

Há ainda a necessidade de fortalecer a gestão pública a partir de arranjos e serviços voltados ao público e não ao mercado, sob a concepção que serviços podem ser contratualizados e terceirizados, porém, a gestão deve permanecer sob responsabilidade do Estado.

Referências:

1. Lima LD de, Albuquerque MV de, Scatena JHG, Melo ECP de, Oliveira EXG de, Carvalho MS, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(supl 2):e00094618.
2. Gerschman SV, Barbosa PR, Lima SML, Ugá AD, Portela MC, de Vasconcelos MM. O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. *Revista de Administração Pública*. 2003; 37(2):265 a 284 .
3. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcelos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. dezembro de 2004;38(6):811–8.
4. Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). [citado 20 de jun de 2020]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

5. Andreazzi M de FS de, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trab educ saúde. dezembro de 2014;12(3):499–518.
6. Neves J. Os chamados 'hospitais de excelência' vêm recebendo incentivos públicos para atuar na formação de trabalhadores do SUS. [citado 09 de jan de 2021]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-chamados-hospitais-de-excelencia-vem-recebendo-incentivos-publicos-para-atuar>.
7. Stevanin LF. Vozes da saúde no legislativo. Rev Radis. SUS: as ameaças que vem do congresso. 2015;156:14-23.