

# O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo

*The public and the private in the health regionalization in Espírito Santo*

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Objetivou-se analisar as relações público-privadas no processo de regionalização do sistema de saúde no Espírito Santo. Trata-se de estudo comparado de duas regiões de saúde com base em dados secundários e entrevistas semiestruturadas. Identificaram-se dois padrões predominantes de relações público-privadas – interdependente e sem conflitos; e múltiplos arranjos com conflitos – que influenciaram diferentes dimensões da regionalização. Destacam-se como condicionantes dos padrões observados: a trajetória de conformação do sistema, a estrutura de oferta de serviços, as formas de atuação da corporação médica, e das organizações filantrópicas e o modo de condução da regionalização pelo Estado.

**PALAVRAS-CHAVE** Regionalização; Sistemas de saúde; Políticas, planejamento e administração em Saúde.

**ABSTRACT** *This is intended to analyze the public-private relations in regionalization of the health system in Espírito Santo. This is a comparative study of two health regions based on secondary data and semi-structured interviews. Two standards of public-private relations were identified – interdependent without conflicts; and multiple arrangements with conflicts – which influenced different dimensions of regionalization. In stands out as conditioning of the patterns observed: system forming trajectory, the service offering structure, medical corporation and philanthropic organizations operation, and the way regionalization is conducted by the State.*

**KEYWORDS** *Regional health planning; Health systems; Health policy, planning and management.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Ciências da Saúde – São Mateus (ES), Brasil.  
apscoelho@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
luciana@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Estudos sobre as relações público-privadas têm se tornado cada vez mais frequentes nas análises sobre a política de saúde no Brasil. Os trabalhos evidenciam a importância da atuação do Estado na trajetória da assistência à saúde pública e privada no País (BAHIA, 2005; ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007; PEREIRA, 2004); a crescente participação e influência do setor privado na gestão e prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; BAHIA, 2008) e as relações de dependência entre o segmento público e a saúde suplementar (LIMA ET AL., 2004; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Entretanto, ainda são escassas as pesquisas direcionadas para a compreensão dessas relações em políticas de saúde específicas. Dessa forma, o artigo pretende contribuir com esse debate, por meio da análise das relações público-privadas no processo de regionalização do sistema de saúde no estado do Espírito Santo.

A justificativa para o estudo se fundamenta em dois argumentos principais. O primeiro está relacionado à concepção de regionalização adotada na pesquisa, sua importância e especificidade no caso brasileiro. Historicamente, a regionalização é uma função atribuída ao Estado e envolve a definição de recortes espaciais para fins de planejamento e gestão territorial de políticas públicas (RIBEIRO, 2004). Esse processo se expressa na trajetória de conformação de sistemas universais de saúde em diversos países – tais como na Espanha, na Itália e no Canadá – com o objetivo de ampliar o acesso e garantir a integralidade da atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Nesses casos, as regiões se apresentam como base para o planejamento, organização e prestação de ações e serviços e como espaços vinculados a autoridades sanitárias regionais responsáveis por sua condução político-administrativa no território. No Brasil, a regionalização ganhou destaque na política nacional de saúde somente na virada dos

anos 2000, conformando-se, na maioria dos estados, após sucessivos ciclos de descentralização induzidos e coordenados pela esfera federal, sem a revisão adequada do papel dos governos estaduais (VIANA ET AL., 2008). Destaca-se, ainda, a complexidade desse processo na federação brasileira, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais subjacentes, a abrangência de atribuições e o compartilhamento de funções governamentais e a multiplicidade de agentes públicos e privados envolvidos na gestão e prestação da atenção à saúde (CAMPOS, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2007; SANTOS; ANDRADE, 2011; LIMA ET AL., 2012)

O segundo argumento diz respeito à escolha do Espírito Santo para o estudo do tema. O estado possui um território diversificado, apresentando regiões com distintas configurações do sistema de saúde, possibilitando a comparação e a compreensão de diferentes aspectos que permeiam as relações público-privadas na regionalização.

A pesquisa apresentada neste artigo foi orientada pelas seguintes questões: como se dá a divisão de funções entre o público e o privado no sistema regional de saúde? Quais os condicionantes das relações público-privadas e como estas se expressam na regionalização do SUS?

O artigo apresenta a análise das relações público-privadas em diferentes dimensões da regionalização no SUS – composição da oferta e produção de serviços de saúde; desenho regional e planejamento da rede de serviços; coordenação e regulação do sistema regional de saúde – e identifica os padrões de relacionamento observados no território regional.

## Metodologia

Trata-se de um estudo multicaso com foco em duas regiões denominadas como ‘microrregiões de saúde’ no Plano Diretor de Regionalização do estado do Espírito Santo (ESPIRITO SANTO, 2003): Cachoeiro de Itapemirim

e Vitória. A escolha dessas duas regiões se justifica por seu maior dinamismo econômico, sua relevância e influência no sistema estadual de saúde. Também apresentam situações de maior preponderância na oferta de serviços do SUS, embora com características distintas de seus sistemas de saúde.

Neste trabalho, adota-se o conceito de regionalização como um processo técnico-político, não restrito aos espaços regionais de negociação federativa na saúde (as Comissões Intergestores), que envolve diferentes atores sociais, públicos e privados, em relações de disputa, conflito, negociação e cooperação.

Dois tipos de padrões de relacionamento público-privado nas regiões foram construídos a partir da análise conjunta de duas dimensões inter-relacionadas que se associam à configuração das regiões de saúde: (1) técnico-política, na qual a região se constitui como base para o planejamento de uma rede de atenção à saúde, incorporando uma série de critérios e atributos para delimitação, organização e adequação territorial do sistema de saúde; (2) político-administrativa, em que o espaço regional alberga os atores públicos e privados e os processos de condução, articulação e coordenação regional do sistema de saúde.

Na primeira dimensão, priorizou-se a identificação da composição público-privada da oferta e produção de serviços de saúde e os processos relacionados ao planejamento e desenho regional da rede de serviços. Na segunda, os principais atores (organizações, grupos de pessoas) e mecanismos envolvidos na coordenação e regulação regional do sistema de saúde.

Utilizou-se o método comparado, tendo em vista a identificação de particularidades e elementos comuns no que tange ao contexto e aos aspectos histórico-estruturais e político-institucionais envolvidos na determinação dos padrões de relacionamento público-privado nas realidades estudadas. O recorte temporal da pesquisa abrangeu o contexto de implantação do Pacto pela Saúde (2007 a 2010). Esse

período se justifica, entre outros, pelo destaque da regionalização nos documentos nacionais que norteiam a implementação do SUS, bem como pela condução da política estadual de saúde, tais como: os Termos de Compromisso de Gestão, Plano Diretor de Regionalização, Plano Estadual de Saúde.

Para descrever a participação do público e do privado no sistema regional de saúde, foram consolidadas informações obtidas por meio dos bancos de dados nacionais – Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados de oferta e produção são relativos ao ano de 2008. Os dados sobre os estabelecimentos de saúde compreendem o ano de 2010. Consideraram-se como prestadores públicos aqueles de natureza municipal, estadual ou federal e como prestadores privados os filantrópicos e os privados com fins lucrativos (não filantrópicos). Foram confeccionados roteiros semiestruturados e realizadas 5 entrevistas com atores-chave na condução da regionalização no estado – Secretário de Estado de Saúde, Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), 2 responsáveis pela regionalização na Secretaria de Estado de Saúde (Sesa) e Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite – e 13 entrevistas no âmbito das regiões, que incluíram: gestores municipais e representantes da Sesa; representantes dos prestadores (públicos e privados) e da corporação médica. Esta fase foi complementada, ainda, pela análise de documentos relativos à regionalização.

Os resultados e a discussão apresentados neste artigo privilegiaram a interpretação dos principais achados da pesquisa a partir do cotejamento dessas diferentes fontes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o processo CAAE: 0007.0.031.000-10, respeitando-se os Termos da Resolução CNS nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

### Composição público-privada na oferta e produção de serviços de saúde

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, 93,3% dos leitos do SUS são ofertados por prestadores não públicos, e na região de Vitória, 35,7%. Os prestadores privados não filantrópicos são os mais preponderantes na região de Cachoeiro, enquanto na região de Vitória verifica-se uma

equilibrada participação dos prestadores filantrópicos e privados no segmento não público (*tabela 1*). Na região de Cachoeiro de Itapemirim, os atendimentos hospitalares são ofertados predominantemente por três estabelecimentos filantrópicos que também são referência para o segmento suplementar do sistema, ao contrário da região de Vitória, onde existe uma diversidade maior de prestadores de serviços de saúde, configurando maior complexidade na composição do sistema.

Tabela 1. Participação público-privado na oferta de leitos e produção de serviços nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2008

Indicadores (%)	Região de Cachoeiro de Itapemirim	Região de Vitória
Leitos SUS ofertados por prestadores não públicos	93,3	35,7
Leitos SUS ofertados por prestadores filantrópicos	39,9	17,2
Leitos SUS ofertados por prestadores privados	53,5	18,6
Cobertura de planos privados	15,8	43,4
Participação de prestadores privados nas internações totais	94,5	56,0
Participação de prestadores privados nas internações de alta complexidade	99,9	46,1
Participação de prestadores privados nas internações de média complexidade	94,2	57,1
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial total	6,3	10,8
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial de média e alta complexidade	10,5	16,4
Participação de prestadores privados na produção ambulatorial de alta complexidade	3,0	4,0
Participação de prestadores privados no SADT de média complexidade	67,6	37,2
Participação de prestadores privados no SADT de alta complexidade	82,2	56,7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), 2008.

Em relação ao sistema suplementar, na região de Cachoeiro de Itapemirim, 15,8% da população é beneficiária de planos privados de saúde, sendo a maior parte da população dependente exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS, enquanto na região de Vitória evidencia-se maior cobertura de planos, 43,4% (*tabela 1*).

Na produção ambulatorial, em ambas as regiões o público é predominante. Quando analisada por complexidade, mesmo na média e alta complexidade, o público apresenta participação mais expressiva, 89,5% na região de Cachoeiro de Itapemirim e 83,6% na região de Vitória. Na produção de Serviços de Apoio

Diagnóstico e Terapêutico (SADT), nas duas regiões verifica-se predomínio do prestador não público na alta complexidade, com maior participação do público na média complexidade, quando comparada a alta (*tabela 1*).

### Desenho regional e planejamento da rede de serviços de saúde

A definição de regiões de saúde do estado, formalizada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (ESPIRITO SANTO, 2003), baseou-se em critérios, como: condições de acesso aos serviços de saúde – distância entre as unidades e

existência de rodovias –, fluxos de saúde (utilizando o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo), oferta e complexidade de serviços de saúde, porte populacional, economia de escala e escopo com a identificação de polos assistenciais.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, o desenho regional da saúde está consolidado com suas referências legitimadas, não havendo conflito em relação ao perfil de atendimentos entre os três principais prestadores privados e os serviços próprios do estado. Os fluxos assistenciais se coadunam com o estabelecido historicamente, sendo o município de Cachoeiro de Itapemirim referência na prestação de serviços.

Na região de Vitória, os fluxos assistenciais não se restringem aos limites da região. A região metropolitana, que concentra a maior parte dos serviços de saúde, é dividida em três regiões de saúde, existindo o fluxo entre regiões, não previsto na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Identificou-se preponderância da secretaria de estado da saúde no planejamento regional e pouca participação das Superintendências Regionais de Saúde (SRS).

O planejamento do SUS nas regiões é influenciado pelo perfil dos prestadores existentes no território. O credenciamento de novos serviços é realizado de maneira pontual e desarticulado de um processo de planejamento que indique as necessidades da região. O processo se dá a partir da iniciativa dos prestadores, que passa pela avaliação do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional (CIB microrregional) e SRS e aprovação do nível central da Sesa.

## Coordenação e regulação do sistema regional

A coordenação do sistema regional da saúde no Espírito Santo é executada pelas SRS, cujas principais funções estão relacionadas à regulação do acesso, controle e avaliação dos serviços ofertados pelos prestadores do SUS. A SRS é responsável por realizar a negociação

que envolve o credenciamento dos prestadores aos municípios para posterior aprovação da Sesa; regular o acesso às consultas especializadas ofertadas pelo Centro Regional de Especialidades (CRE), sob sua gestão, além de desenvolver ações de Vigilância em Saúde em âmbito regional. As atribuições relacionadas ao planejamento regional, gestão de serviços de saúde na rede própria (hospitais estaduais) e complementar e regulação de leitos ainda são desempenhadas pelo nível central da Sesa. Dessa forma, a SRS se constitui um importante ator na organização e coordenação do sistema regional, ainda que com deficiências no desempenho de suas funções.

No processo de coordenação regional, é importante a identificação dos atores que participam do processo de planejamento, organização, e regulação do sistema de saúde em âmbito regional, que conformam o complexo regional da saúde (IBAÑEZ; VIANA; ELIAS, 2009) (*quadro 1*). Na região de Cachoeiro de Itapemirim, além da SRS, são destacadas as organizações filantrópicas representadas pelos três principais hospitais prestadores de serviços que são referências em internações de alta complexidade tanto para o SUS quanto para o segmento suplementar do sistema de saúde. Os consórcios intermunicipais de saúde também desempenham importante função na região, abrangendo a maioria dos municípios. Sua principal função é a compra e prestação de serviços de saúde.

Destaca-se também, por sua atuação regional no âmbito da saúde, a Unimed, principal operadora de planos da região, que possui como cooperados grande parte dos profissionais médicos da região. Sua atuação não apenas se encontra na prestação de serviços médicos para seus clientes como também possui interface com o SUS, o qual, quando necessário, compra serviços, como internação em Unidades de Tratamento Intensivo e Unidade de Atendimento Móvel, da instituição privada. A operadora de planos ainda oferece facilidades para os servidores de instituições públicas, como prefeituras, oferecendo descontos na aquisição de planos de saúde.

Quadro 1. Complexo regional da saúde: principais organizações que participam do processo de planejamento, organização e regulação do sistema de saúde nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2010

Região de Saúde	Organizações	Caracterização	Forma de atuação
Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital geral, de direito privado e caráter filantrópico em funcionamento desde 1986, quando já era credenciado ao Instituto Nacional de Previdência Privada (INPS).	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região. Oferta 352 leitos, sendo 33 de UTI. Possui convênio com o SUS, planos privados e atendimento particular. É referência para a região sul do estado em oncologia, cardiologia, maternidade de alto risco, nefrologia e transplante renal.
	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	Hospital Geral, prestador filantrópico, fundado em 1900, oferecendo inicialmente serviços médico-hospitalares, como caridade, e posteriormente credenciado ao SUS.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região. Possui 129 leitos, sendo referência em urgência e emergência para trauma, ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral, para a região sul do estado. Conveniado ao SUS, planos privados, atendimento particular e possui plano próprio.
	Hospital Infantil	Hospital pediátrico, de direito privado e caráter filantrópico, em funcionamento há 39 anos.	Atua oferecendo serviços médico-hospitalares na região sendo referência em pediatria para a região sul. Possui convênio com os principais planos privados. Em torno de 80% das internações são do SUS.
	Superintendência Regional de Saúde da Cachoeiro de Itapemirim	Divisão administrativa regional da Sesa, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação no sistema regional é na regulação de leitos, consultas e exames e na interlocução entre Sesa e prestadores; com função de planejamento incipiente, papel fundamentalmente operacional.
	Unimed sul capixaba	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, criada em 1989.	Principal operadora de plano da região. Atende 31 municípios do sul do estado, possuindo um hospital próprio de referência regional.
	Secretaria de Estado da Saúde (Sesa)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.
	Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação entre gestores da região e Sesa para organização das ações e da rede de atenção à saúde.	Importante na região na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado.
Consórcio Intermunicipal de Saúde Polo Sul Capixaba	Entes federativos que se articulam para solucionar demandas específicas que não podem ser resolvidos isoladamente por cada município.	Sua principal função na rede regional é a compra e prestação de serviços. 10 dos 13 municípios da região são consorciados, possuindo correspondência com o desenho regional da saúde.	

Quadro 1. (cont.)

Região de Saúde	Organizações	Caracterização	Forma de atuação
	Secretaria de Estado da Saúde (Sesa)	Autoridade sanitária no âmbito estadual.	Possui forte influência na região, tanto no planejamento quanto na prestação de serviços.
	Superintendência Regional de Saúde de Vitória	Divisão administrativa regional da Sesa, constituída por gestores e técnicos estaduais.	Sua principal atuação é na regulação de consultas e exames de média complexidade na região; com função de planejamento incipiente, papel fundamentalmente operacional.
	Hospitais filantrópicos	Caracterizam-se como importantes prestadores de serviços ao SUS, assim como à saúde suplementar.	Atuam oferecendo serviços médico-hospitalares. Responsáveis por 17% dos leitos ofertados ao SUS na região. Possuem convênio com o SUS, planos privados, atendimento particular e plano próprio (no caso da Santa Casa).
	Escolas médicas e hospitais de ensino	Existem três escolas médicas (sendo duas privadas) e dois hospitais-escola, um da Universidade Federal de Espírito Santo (Hospital Universitário) e outro filantrópico (Santa Casa).	Atuam na formação de profissionais de saúde - principalmente médicos e enfermeiros - na assistência médico-hospitalar e pesquisa na área de ciências da saúde, sendo referências em atendimento de média e principalmente de alta complexidade para o estado.
Vitória	Estabelecimentos privados	Instituições que prestam serviços ao SUS nos atendimentos de média e alta complexidade.	Atuam principalmente na oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no SUS. Responsável por 18% dos leitos SUS da região.
	Unimed Vitória	Empresa de assistência médica constituída na forma de Cooperativa de Trabalho Médico, fundada em 1979.	Principal operadora de plano da região, possuindo cerca de 220 mil beneficiários (28,77% da população com plano nos municípios de abrangência). Possuindo um hospital próprio.
	Cooperativas profissionais médicas	Instituição civil de direito privado, constituída por membros de determinado grupo social que objetivem atividades em benefício comum.	Atuam de maneira ampla e exercem forte influência na região, cerceando o poder de decisão das autoridades sanitárias no que se refere à contratação do trabalho médico.
	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória	Autoridade sanitária no município de Vitória.	A capital exerce influência por meio da sua atuação política, sendo representada pelo secretário de saúde, presidente do Cosems.
	Colegiado Intergestores Bipartite (CIB microrregional)	Espaço de pactuação entre gestores da região e Sesa para organização das ações e da rede de atenção à saúde.	Importante na região na aprovação na contratualização de prestadores, porém ainda sem grande influência na mediação direta entre o público e o privado.

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes documentais e entrevistas. Adaptado de Viana *et al.* (2008).

Nota: As organizações foram listadas por ordem de importância no complexo regional da saúde nas regiões de saúde investigadas.

Na região de Vitória, as principais organizações são: a Sesa, a SRS, os hospitais filantrópicos, o Hospital Universitário, a Unimed, as cooperativas médicas e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. A Sesa se destaca pela grande influência no financiamento, planejamento regional, gestão e regulação de leitos, além da prestação de serviços por meio de dois importantes prestadores. Já a SRS desempenha papel notável na regulação de consultas e exames de média e alta complexidade, desenvolvendo algumas ações de planejamento, ainda de modo incipiente. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, embora não possua a gestão da totalidade do sistema de saúde de seu território, possui influência no sistema regional relacionada à sua atuação política.

Os hospitais filantrópicos se destacam pela importante participação na prestação de serviços para o SUS, e a Unimed por ser a principal operadora de planos na região, a qual possui a maior cobertura entre as demais regiões do estado. O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo, além da sua atuação na formação de recursos humanos na área da saúde, também se apresenta como um importante prestador de serviços na região. Entretanto, desde a constituição do SUS, a instituição tem encontrado dificuldade em se articular ao sistema de saúde na região.

Os médicos são atores importantes no funcionamento do sistema de saúde por atuarem de maneira ampla, participando em diversas instâncias e, muitas vezes, trabalhando simultaneamente para o setor público e o privado. Nesse contexto, merecem destaque as cooperativas de especialidades médicas. Essas são bem organizadas politicamente, atuam no estado há 15 anos e exercem influência na organização do sistema de saúde, principalmente na região de Vitória. Sua atuação se dá por meio da terceirização de trabalho médico. Devido à escassez de profissionais no estado, a grande maioria dos

médicos são cooperados, conferindo poder a essa classe no mercado, que exige remuneração elevada, tecendo escolhas em relação à atuação em hospitais e serviços, de acordo com seus interesses.

Em ambas as regiões, existe o Colegiado Bipartite Microrregional, instituído como instância privilegiada de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS em seu âmbito de atuação. Todavia, esse espaço ainda possui pouca atuação em relação ao planejamento regional e à mediação entre as organizações governamentais e os atores privados do sistema de saúde.

No âmbito do SUS, os instrumentos normalizados que intermedeiam a relação entre o Estado e os prestadores, incluindo os públicos e os privados, inserem-se em um conjunto de ações denominadas controle, regulação e avaliação assistencial. Por meio desses mecanismos, principalmente, é que se dá o relacionamento institucional entre os prestadores privados vinculados ao SUS e ao Estado – e por meio dos quais se pode evidenciar a porosidade da fronteira entre o público e o privado, bem como os conflitos advindos dessa relação.

O principal instrumento de controle da assistência nas regiões é o modo de pagamento aos prestadores. Esse é feito mediante a comprovação do cumprimento da meta estipulada no processo de contratualização. Entretanto, existem alguns fatores que dificultam esse processo, como o repasse de recursos federais diretamente ao prestador, independentemente do alcance da meta, o que prejudica o controle por parte do Estado. Esse mecanismo é mais frequente nos hospitais próprios, filantrópicos e no Hospital Universitário, correspondendo a cerca de 40% do valor total repassado. Assim, existe maior facilidade em regular e controlar a assistência prestada pelos prestadores privados do SUS.

O controle e a avaliação são realizados pelo nível central da Sesa, que, trimestralmente, faz o monitoramento das metas

pactuadas na contratualização. Contudo, esse acompanhamento é baseado nas informações apresentadas pelos prestadores, conferindo limitações ao processo.

Algumas fragilidades são destacadas, como o fato de que nem todos os leitos são informados para a Central de Regulação. Por vezes, a Central informa não haver vagas, mas os hospitais se articulam paralelamente e acabam por garantir a internação. As estratégias de regulação e controle são dificultadas pelo imbricamento entre agentes públicos e privados e pela dupla porta de entrada nos serviços privados do SUS, ou seja, a um mesmo prestador é possível se ter acesso via SUS ou via planos privados de saúde. Esse quadro dificulta o controle dos prestadores e a garantia de acesso aos usuários do sistema público. A dupla porta de entrada possibilita que o prestador do SUS informe uma produção superfaturada, muitas vezes extrapolando o teto financeiro, o que, juntamente com a fragilidade do processo de monitoramento, dificulta a garantia da aplicação do recurso público adequada à oferta disponibilizada aos usuários do SUS.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, por existir poucos prestadores de saúde, os serviços de referência são os mesmos para o SUS e para o segmento suplementar, principalmente em relação aos serviços de internação, o que torna ainda mais porosa a fronteira entre o público e privado. Devido à dupla inserção dos profissionais nos segmentos públicos e privados do sistema de saúde e às falhas do processo de regulação,

os mecanismos de controle e de garantia de acesso sofrem interferências de relações personalistas, sejam pelos gestores, técnicos ou profissionais de saúde. Nas duas regiões, observa-se a grande influência dos profissionais médicos no processo de regulação. Essa influência se dá na medida em que o processo regulatório é dependente da informação voluntária por parte desses profissionais.

Dessa maneira, evidenciam-se diversas interseções entre o público e o privado no SUS, que podem ocorrer por mecanismos formais entre os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e o Estado, ou por vias não formais operadas principalmente por meio dos médicos. Em todas as situações, esses mecanismos encontram-se institucionalizados nas organizações e serviços de saúde.

### **Padrões de relacionamento público-privado nas regiões de saúde**

Na análise dos casos estudados, o processo de regionalização e o padrão de relacionamento público-privado podem ser explicados pelas características histórico-estruturais, pelo contexto socioeconômico e também pela interação existente entre os atores públicos e privados constituintes do sistema regional (*quadro 2*). As características do sistema de saúde são consequência da correlação de forças entre os atores políticos envolvidos no processo de regionalização: Estado, prestadores públicos e privados, e a corporação médica.

Quadro 2. Relações público-privadas na regionalização da saúde nas regiões de Cachoeiro de Itapemirim e Vitória. Espírito Santo, Brasil, 2010

Dimensão	Sub-dimensões	Região de Cachoeiro de Itapemirim	Região de Vitória
Técnico-política	Planejamento e desenho regional e da rede de serviços	Desenho regional da saúde legitimado, determinado pela rede de serviços de saúde. Fluxos assistenciais adotados correspondem às relações culturais entre os municípios. Planejamento regional incipiente, baseado na produção precedente.	Desenho regional pouco legitimado, com necessidade de alterações. Fluxo assistencial não implantado, havendo demandas espontâneas e encaminhamentos de acordo com a disponibilidade de vagas. Planejamento regional incipiente, programação da oferta baseada na produção precedente.
	Composição público-privada da oferta e produção de serviços de saúde	Rede de serviços de saúde do SUS predominantemente privada, com dominância dos prestadores filantrópicos. Divisão público-privada relacionada à complexidade dos serviços, com predominância do privado nos serviços de internação e SADT, e do público na atenção ambulatorial.	Rede assistencial com importante papel do Estado na prestação direta de serviços de saúde e atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. Divisão público-privada relacionada ao tipo de procedimento e especialidade prestada, com relevante participação do privado nas internações de média e alta complexidade e SADT, principalmente de alta complexidade.
Político-administrativa	Coordenação regional do sistema de saúde	Baixo controle do Estado, relacionado à precariedade das estruturas da SRS. Intenso imbricamento entre segmento público e privado, conferindo um mesmo sistema para ambos e uma dependência mútua entre os setores. Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar). Relação simbiótica entre o público e o privado, com ausência de conflitos e acomodação de interesses.	Maior controle do Estado e grande controle também por parte dos profissionais médicos. Forte influência das cooperativas médicas. Dupla atuação dos atores nos segmentos públicos e privados (complementar e suplementar).
		Regulação do sistema regional de saúde	Instrumentos regulatórios ineficazes. Central de regulação não informatizada, dependente da notificação voluntária dos profissionais. Influência moderada dos médicos no processo de regulação dos leitos e consultas.
Relações público-privadas	Padrão preponderante na região	Interdependente e sem conflitos	Múltiplos arranjos com conflitos

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes documentais e entrevistas.

Na região de Cachoeiro de Itapemirim, os fatores histórico-estruturais, relacionados ao desenvolvimento demográfico e econômico da região, influenciam de maneira importante a constituição do sistema de saúde e o seu desenho regional, caracterizados pela concentração da oferta de serviços no município de Cachoeiro de

Itapemirim e grande dependência dos municípios circunvizinhos.

Embora se destaque no plano estadual, a região apresenta baixo dinamismo econômico fruto de uma herança histórica, o que lhe confere escassez de serviços de saúde, de profissionais e um fraco mercado de planos privados de saúde. O forte peso do setor privado na oferta e prestação de

serviços ao SUS e o pequeno número de prestadores públicos, somado à baixa cobertura de planos privados, atribui uma dependência mútua entre o público e o privado no sistema de saúde. Os prestadores privados necessitam do SUS para aumentar a escala, enquanto o sistema público depende do privado para garantir a integralidade da atenção aos cidadãos.

Em que pese exista segmentação público-privada relativa à função de cada setor no sistema de saúde regional, a atuação dos atores nos setores público e no privado, simultaneamente, confere um forte imbricamento entre os segmentos.

No que tange à coordenação regional do sistema, verificam-se fragilidades relacionadas à atuação da SRS, com instrumentos de planejamento e regulação pouco eficazes. As deficiências no processo de planejamento regional e ausência de um plano de investimento efetivo favorecem a manutenção do perfil e a hegemonia dos prestadores privados. As estratégias de regulação adotadas ainda são precárias, dificultando o controle do Estado e a garantia de acesso aos usuários do SUS.

Essas fragilidades, entretanto, não conferem uma relação conflituosa entre os segmentos públicos e privados. Há uma compreensão de que a participação do setor privado no SUS é positiva, oferecendo serviços de melhor qualidade e mecanismos de gestão mais eficientes. Assim, pode-se inferir que essa conformação corresponde a uma relação simbiótica. Esse quadro confere à região de Cachoeiro de Itapemirim um padrão de relacionamento público-privado do tipo 'interdependente e sem conflitos', caracterizado pela complementação entre os setores, acomodação de interesses e relações pacíficas entre os atores.

Na região de Vitória, as características da regionalização e o padrão de relacionamento público-privado guardam correspondência com o histórico de conformação e desenvolvimento do estado do Espírito

Santo, constituindo-se na região de saúde que concentra os serviços de saúde de maior complexidade do sistema estadual. Devido ao importante dinamismo econômico da capital, existe um grande número de estabelecimentos de saúde e um forte mercado de planos privados de saúde que é atraído pela diversidade de indústrias e empresas existentes em seu território, constituindo-se na região de maior cobertura de saúde suplementar do estado.

Na composição do sistema de saúde no SUS, verifica-se o papel importante do Estado na prestação direta de serviços de saúde e também uma atuação importante do privado, especialmente o filantrópico, na complementação dos serviços. No tocante à coordenação do sistema regional, verificou-se uma atuação mais sistematizada da SRS, em que pese às limitações impostas pela indefinição de papéis em relação ao nível central da Sesa e sucateamento de suas estruturas.

Em relação ao planejamento regional, como limitações, ressaltam-se: o conflito existente entre SRS e Sesa, que limitam a autonomia da estrutura regional no processo decisório, e a atuação das cooperativas médicas que cerceiam as decisões do Estado na condução do sistema. O desenho regional é pouco legitimado, ocasionando o direcionamento aos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas e ainda por meio de uma demanda espontânea sem regulação por parte da Sesa.

Os instrumentos adotados na regulação são os mesmos identificados na região de Cachoeiro de Itapemirim, favorecendo o encaminhamento espontâneo dos usuários aos serviços de saúde e ainda um controle privado das vagas pelos profissionais de saúde, em especial os médicos. O principal incentivo que possibilita moldar o comportamento dos prestadores é a aprovação do pagamento mediante o alcance das metas, que apresenta limitações relacionadas ao repasse do recurso federal.

A CIB microrregional se constitui de maneira mais organizada, dirigida por gestores da capital Vitória, entretanto, com baixa capacidade de planejamento e poder decisório, possuindo pouca atuação na mediação entre o público e o privado no sistema regional de saúde.

No que tange à relação entre os atores públicos e privados, é um tipo de relacionamento mais complexo, que envolve conflitos de interesses embora existam iniciativas de cooperação na execução da política de saúde.

Esse quadro atribui à região de saúde de Vitória um padrão de relacionamento público-privado do tipo 'múltiplos arranjos com conflitos', caracterizado por múltiplas relações entre os setores públicos e privados, conflito de interesses e maior complexidade nas relações-público privadas no sistema regional.

## Conclusão

Por meio do estudo das duas regiões, foi possível verificar a importância do setor privado no SUS, as formas de relacionamento entre os segmentos público e privado do sistema, bem como sua influência em diferentes dimensões da regionalização da saúde.

Na dimensão técnico-política, observou-se a influência do setor privado na determinação do desenho regional da saúde na medida em que os principais critérios adotados foram a capacidade instalada e a produção precedente, e que grande parte do parque hospitalar do SUS no estado é de propriedade privada. No processo de planejamento e programação, identificou-se que a atuação dos gestores é fortemente condicionada por tal característica da oferta, que, somada aos precários mecanismos de regulação, acaba por dificultar o controle do Estado.

Na dimensão político-administrativa, identificou-se que a atuação do privado se dá por meio da ampla participação dos prestadores no SUS, conferindo complexidade na

gestão do sistema e exigindo ferramentas mais eficazes de controle; e por meio dos processos de credenciamento e compra de serviços, que se desenvolvem orientados principalmente pelo interesse do privado em ofertar serviços para o SUS, com poucas iniciativas do Estado na execução de compras concatenado ao processo de planejamento regional. Verificaram-se, ainda, poucas estratégias e incentivos financeiros à modificação do perfil dos prestadores de acordo com a necessidade do coletivo. No processo de regulação, a influência do privado foi observada principalmente no acesso às consultas e interações que sofrem interferência dos profissionais médicos.

Conforme o exposto, nas regiões estudadas não existem espaços formais de decisão que façam a mediação entre o Estado e os prestadores privados de saúde e tampouco um espaço de discussão/pactuação entre o Estado e os demais atores envolvidos na política de saúde dessas regiões. Não se pode deixar de considerar a existência das forças e dos interesses envolvidos no complexo regional da saúde. É importante atentar para o fato de que cada vez mais se presencia uma regulação híbrida do território, condicionada por uma variedade de agentes. Desse modo, as políticas de saúde devem levar em conta a distinta natureza dos agentes do complexo regional da saúde e suas lógicas de atuação no território (VIANA ET AL., 2008).

Nesse sentido, é preciso repensar a representatividade do *mix* público-privado nas instâncias de caráter público. Tendo em vista a importante participação dos prestadores na rede e a dupla atuação dos profissionais nos segmentos público e privado, a influência dessas relações no sistema regional pode se dar por vias informais. Há necessidade de se instituir mecanismos mais eficazes de regulação do privado, incluindo a discussão e formalização dos acordos estabelecidos em instâncias de pactuação federativa e gestão colegiada no SUS. ■

---

## Referências

- ACIOLE, G. G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.
- BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C.; (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- \_\_\_\_\_. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano diretor de regionalização do Estado do Espírito Santo*. Vitória, 2003.
- FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. O pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público-privado. In: VIANA, A. L. D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 268-303.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012.
- LIMA, S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, 2004.
- MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- PEREIRA, C. R. A. *Relação público-privado no contexto da reforma do Estado e da descentralização em saúde: o caso do setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS*. 2004. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2004.
- RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). *Brasil, século XXI – por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004.
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.
- VIANA, A. L. D. et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

---

Recebido para publicação em abril de 2015

Versão final em agosto de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)