

A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte

Health governance and the public-private relationship in small municipalities

João Felipe Marques da Silva ¹
Brígida Gimenez Carvalho ¹
Carolina Milena Domingos ¹

Abstract *Within the institutional healthcare system, the public and private sectors come into relationship mainly in the context of the execution of medium-complexity health services, especially in small municipalities (SMs). The aim of this study is to analyse the relationship between public managers and private providers in the regional governance process with regard to the factors involved in the contracting process and management and planning mechanisms of medium-complexity actions. This is a qualitative case study conducted in a health region of the state of Paraná via interviews with public and private managers performed from December 2016 to February 2017. Documental analysis of management tools and price schedules in contracts between public and private managers was also performed. The results indicated interdependence in the relationship between public managers and private providers, power asymmetries, interests, and benefits, depending on the type of contract between the municipality and the provider and, of particular note, advantages and clientelistic practices. The incipient planning process and regulatory measures of the municipalities in the region and state indicate the need to invest in actions that favour governance, the regulatory capacity of local governments, and social scrutiny in this region.*

Key words *Public-private relationship, Governance, Regional health planning*

Resumo *No contexto institucional do sistema de saúde ressalta-se que a relação entre os setores público e privado ocorre, sobretudo, para a execução de serviços de saúde de média complexidade, principalmente nos municípios de pequeno porte (MPP). Assim, este artigo objetiva analisar a relação entre gestores públicos e prestadores privados no processo de governança regional, quanto aos fatores envolvidos na contratualização e nos mecanismos de gestão e planejamento das ações de média complexidade. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, realizado em uma região de saúde do Paraná por meio de entrevistas com gestores públicos e privados, realizadas no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, e análise documental de instrumentos de gestão e tabelas de contratos firmados entre os mesmos. Os resultados apontam interdependência na relação de gestores públicos e prestadores privados; assimetrias de poder; interesses e benefícios, a depender da tipificação de contrato entre o município com o prestador; destacando-se vantagens e práticas clientelistas. O incipiente processo de planejamento e de medidas regulatórias pelos municípios da região e Estado demonstram a necessidade de investir em ações que favoreçam a governança, a capacidade regulatória de governos locais e o controle social nesta região.*

Palavras-chave *Relação público-privado, Governança, Regionalização*

¹ Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch 60, Vila Operária. 86038-440 Londrina PR Brasil. jmfliper@hotmail.com

Introdução

Vários países do mundo buscaram incrementar a eficiência e efetividades dos sistemas de saúde com a disseminação de processos decisórios, articulando a descentralização da política de saúde com a regionalização. Desse modo, tem-se investido na organização da rede de serviços e no fortalecimento de autoridades sanitárias regionais¹.

No Brasil, a regionalização está presente dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal diretriz pode ser percebida como um processo técnico-político, com multiplicidade de dimensões, abrangendo, dentre várias outras, a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadãos, em um determinado espaço geográfico^{2,3}.

São diversos sujeitos com diferentes graus de autonomia fazendo parte do processo de negociação que caracteriza a governança regional. Como um conceito geral, a governança refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre Estado e sociedade, ou, entre governos, e agentes privados e sociedade, abrangendo o exercício do poder⁴.

A governança representa a diversidade de interesses (público e privado), que podem ser organizados e negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Dentre os elementos-chave da governança voltada para a consolidação do SUS destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações⁵.

No Brasil, o sistema público de saúde vigente foi organizado essencialmente a partir do modelo de atenção estabelecido pela compra de serviços médicos privados, assim, permite a participação deste setor⁶, de maneira complementar⁷, e complementar⁶.

Alguns pesquisadores brasileiros dedicam-se a compreender a relação do setor privado complementar com o sistema público, resultado de um sistema dual que apresenta formas distintas de acesso e assistência aos cidadãos. Esta análise se dá no contexto macro organizacional do sistema de saúde, especialmente, com ênfase nos planos de saúde, nas grandes corporações médicas; nos ressarcimentos ao SUS pelos planos privados; no financiamento de campanhas eleitorais; e na pressão sobre grupos políticos por empresas do ramo^{8,9}.

No contexto local (municipal), principalmente nos municípios de pequeno porte (MPP), a relação com o setor privado ocorre para a manutenção da atenção à saúde aos usuários.

Abrange, sobretudo, a compra de consultas especializadas, procedimentos hospitalares, diagnósticos clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e de imagem, por meio de relação contratual com o setor privado complementar. Estes representam o rol de ações no nível de assistência à saúde, caracterizada pela Média Complexidade (MC) do sistema, esfera da relação público-privado que tem sido pouco pesquisada no país.

A MC pode ser definida como um nível do sistema de saúde que permite a integralidade da assistência no SUS, cuja complexidade demanda profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para apoio, diagnóstico e tratamento¹⁰. Atualmente, é considerada um dos “grandes gargalos” do sistema de saúde brasileiro, justamente pelas inúmeras diferenças relacionadas ao acesso à esse nível de atenção nas regiões de saúde, os quais são determinados pela insuficiência de investimentos públicos, de mão de obra qualificada, de oferta de serviços e organização estrutural das redes de atenção¹¹⁻¹³.

Assim, o gestor público de MPP, que possui capacidade instalada e tecnológica insuficiente para ofertar serviços de média complexidade, necessita utilizar os serviços do setor privado complementar, seja por meio de pactuações com o ente Estadual, seja pela compra com contrato direto e/ou coletivo de serviços de saúde, ainda que o prestador esteja localizado em outro município ou sob gestão do Estado. Como consequência, observa-se a organização de um conjunto de instituições e de atores de interesse, beneficiários da assistência privada^{8,14}.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema complementar privado, no processo de governança regional em MPP de uma região de saúde do Estado do Paraná, quanto aos fatores envolvidos na contratualização e nos mecanismos de gestão e planejamento dos serviços de média complexidade.

Metodologia

Trata-se de estudo de caso, de natureza qualitativa, que integra uma pesquisa maior, intitulada a “Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná”. Foi realizado em uma região de saúde constituída por 16 municípios, todos com menos de 50 mil habitantes, considerados MPP, localizados na macrorregião norte do Estado.

Indicadores assistenciais e socioeconômicos destacam três características predominantes desta região: é formada por municípios com baixo desenvolvimento econômico, apresenta cobertura de serviços de atenção básica adequados, e possui baixa resolutividade dos serviços públicos de saúde¹⁵.

De acordo com a pesquisa do grupo Região e Redes¹⁵, a região estudada foi a única no Estado a ser classificada como grupo 01 (um) - “Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde”, bem como de toda a região sul do país. No entanto, apresenta indicadores similares e pertencem a um grupo maior composto por outras 175 regiões e 2.151 municípios (equivalentes a 40% do total de regiões e 38,60% do total de municípios brasileiros).

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, orientadas por um roteiro semiestruturado, realizadas no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, e de análise documental de instrumentos de gestão e tabelas de contratos licitados entre gestores públicos e prestadores privados.

Foram sujeitos desta pesquisa, por amostra intencional, quatro gestores e/ou membros da equipe gestora de municípios, de diferentes estratos populacionais da região estudada; dois gestores de hospitais privados da região; um representante do conselho de secretários municipais de saúde (COSEMS); um representante da regional de saúde e um representante do consórcio intermunicipal de saúde, totalizando nove entrevistados.

Ao mencionar os sujeitos nos resultados de pesquisa utilizou-se a identificação por códigos proposto por Goldim¹⁶. Os entrevistados foram codificados por uma letra seguida de um número. Para os gestores públicos utilizou-se a letra G (G1, G2, G3,..., G7), e aos prestadores a letra P (P1, P2), conforme a ordem das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelos pesquisadores e submetidas à análise do discurso segundo técnica ideográfica (individual) e nomotética (geral) proposta por Martins e Bicudo¹⁷. A análise ideográfica ou individual refere-se à capacidade de compreender a linguagem de cada sujeito entrevistado, que ocorreu por meio da leitura sistemática de cada entrevista, com destaque das unidades de significado dos enxertos, que depois de interpretadas formaram unidades de significação¹⁷.

A análise nomotética, por sua vez, corresponde à passagem do individual ao geral, que se efetuou por meio do agrupamento das unidades

de significação dos sujeitos elencadas, relevantes para o fenômeno e a verificação de convergências, divergências e idiosincrasias destas unidades com outras destacadas, possibilitando, ao final deste processo, sua compreensão¹⁷.

Esta pesquisa apoia-se em conceitos teóricos de práticas clientelistas¹⁸⁻²⁰, que auxiliam na análise de comportamentos e atitudes dos sujeitos sociais no Brasil, e, principalmente, em conceitos da corrente “neoinstitucionalista”^{21,22}, na perspectiva que as políticas anteriores e sua trajetória influenciam os resultados das políticas públicas, produzindo constrangimentos institucionais que modelarão o comportamento dos atores sociais e políticos envolvidos no processo, além de colaborar para compreender a dinâmica de poder e desigualdades existentes nos arranjos sociais.

Quanto às questões éticas, a pesquisa respeitou a Resolução nº 466/2012²³, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição em que os pesquisadores estão vinculados, em 29 de agosto de 2016.

Resultados e Discussão

Foram observadas algumas características dos sujeitos do estudo quanto à idade, formação e experiência anterior na função. A idade dos entrevistados variou entre 30 a 68 anos, tendo como média 46 anos; todos possuíam ensino superior e 66% apresentavam especialização *lato sensu*. Destaca-se que a experiência anterior em gestão de serviços de saúde dos prestadores privados foi superior, em média, em 08 anos ao grupo total de entrevistados, e de 10 anos a mais, quando comparado somente ao grupo de gestores municipais.

As análises das entrevistas possibilitaram a construção de duas categorias de análise geral: a primeira envolve os fatores relacionados à contratualização dos serviços, como dependência, benefícios e interesses possibilitados pelos contratos, e a segunda categoria visa apresentar fatores e mecanismos relacionados à gestão e governança regional, quanto ao comportamento dos atores e a distribuição do poder na relação público-privado.

A dependência entre gestores de municípios de pequeno porte e prestadores privados: benefícios e interesses

Os resultados permitiram compreender que a relação público-privado nesta região é constituída

da por grande dependência do setor público ao setor privado complementar, e que esta relação é possibilitada, estabelecida e mantida por meio de contratualizações. Como mencionado anteriormente, os municípios de pequeno porte não possuem capacidade instalada para a execução de procedimentos de média complexidade^{11,12} e, desta forma, precisam comprar diretamente e/ou coletivamente serviços de prestadores privados, ainda que o prestador esteja localizado em outro município ou sob gestão do Estado.

A legislação brasileira permite a participação complementar do setor privado nos serviços públicos de saúde por meio de contratos administrativos, convênios e contratos de gestão, sempre que houver necessidade comprovada desta cooperação, e impossibilidade de ampliação dos serviços próprios²⁴. Possibilita, também, a complementação da tabela SUS ao prestador, pelos estados e municípios, com recursos próprios, desde que não prejudique o acesso dos usuários aos serviços²⁵.

No entanto, na análise dos contratos vigentes na região, constatou-se que os valores do contrato entre o gestor público e o prestador privado não se baseiam na tabela SUS, mas sim no preço de mercado. Mesmo os contratos estabelecidos por intermédio do consórcio regional de saúde junto aos prestadores, não obedecem ao preço definido pela tabela.

Diversos autores discutem as implicações trazidas ao sistema de saúde devido à ausência de reajustes na tabela SUS^{8,11-13}, que na perspectiva neoinstitucional^{21,22} age como reforço (*feedback* positivo) à realização de contrato entre municípios e prestadores de serviço.

As falas dos gestores evidenciaram a prática do prestador em disponibilizar no contrato apenas os procedimentos que acreditam serem mais rentáveis e, desse modo, o gestor não pactua sua necessidade, [...] *eu pactuo a disponibilidade, nós trabalhamos com aquilo que tem disponível, e o que tem disponível para o público* (G1).

Segundo Matos e Pompeu²⁶ em situações de monopsonio (mercado que apresenta apenas um comprador) ou ainda em oligopsonio (mercado que possui poucos compradores) é o comprador quem impõe as regras aos vendedores. No entanto, no sistema de saúde da região estudada observa-se o contrário, é o vendedor quem define as regras.

Quanto à forma dos contratos executados, os municípios estudados podem ser classificados em dois grupos com referência à relação que estabelecem com o prestador privado, especialmente

o hospitalar: (1) *MPP com contrato exclusivo* - formado por aqueles que não possuem serviços hospitalares em seu território municipal e estabelecem contrato com apenas um prestador hospitalar, para acesso aos procedimentos de média complexidade disponíveis; (2) *MPP com contrato não exclusivo* - grupo composto por municípios que geralmente, apresentam hospital público em sua rede de serviços, e possuem contratos menores com diversos prestadores.

Essa categorização é permitida porque as relações público-privado são distintas nos dois grupos. Os municípios com contratos exclusivos executam os serviços em um único prestador. Por essa razão, possuem benefícios e privilégios, relacionados à garantia da integralidade da assistência aos seus munícipes. Tais vantagens foram destacadas dentre as facilidades para a admissão e transferência de pacientes em situações de urgência e emergência e a possibilidade, mesmo dentro de uma rede de atenção, de se dar preferência aos pacientes desses municípios.

De acordo com as falas dos entrevistados, os MPP com contratos exclusivos mantem-se sempre adimplentes com prestador. Além disso, na dimensão política, o contrato é percebido como importante fator para avaliação da gestão municipal, tanto para os usuários como para membros do executivo e legislativo.

As práticas de exclusividade apontadas podem estar associadas a práticas clientelistas entre gestores públicos, prestadores privados e usuários. Na visão de alguns gestores, estas práticas podem estar relacionadas ao financiamento, pressão política, e/ou apoio de campanhas eleitorais aos municípios contratantes. Paim e Teixeira²⁷ argumentam que o Estado brasileiro atual é enxertado de patrimonialismo e clientelismo, e colonizados pelo interesse privado. Santos e Rodrigues²⁰ relatam que práticas clientelistas em pequenos municípios favorecem o controle privado dos bens públicos, e o acesso de eleitores a serviços, devido à relação de interesses político-eleitorais.

Em relação aos MPP com contratos não exclusivos, os resultados demonstram que estes arcam com o custeio de praticamente 75% dos serviços próprios (hospitais municipais) com recursos de fonte livre, e ainda necessitam complementar as ações de média complexidade nos prestadores privados.

Neste sentido, percebe-se a interdependência direta entre gestores públicos e prestadores. Além disso, os gestores municipais da região analisada não vislumbram possibilidades de mudança em

curto prazo, e ao realizarem os contratos, fortalecem o prestador privado.

Ainda assim, constatam-se nas entrevistas, posturas e práticas inadequadas, independente da categoria de contrato municipal. Entre elas, destacam-se: cobrança para avaliação de pacientes transferidos pelo sistema público; realização de exames de alto custo como pré-requisito para admissão de pacientes; utilização de leito SUS com pagamento de procedimentos pelo município e/ou família, e acompanhamentos médicos com retornos sucessivos em algumas especialidades.

Solla e Chioro²⁸ observaram que estabelecimentos privados que não estão sujeitos à regulação podem apresentar distorções como a seleção de demanda de enfermidades e o excesso de pedidos de consultas e exames complementares, muitas vezes desnecessários. Arretche²⁹ considera que os governos locais devem assumir a gestão das políticas públicas e por em prática regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, com intuito de propiciar incentivos à mudança do comportamento da gestão.

A fala do gestor [...] *saúde não tem preço, mas tem custo* (G5), garante certa naturalidade ao comportamento de contratualização e complementações dos municípios sobre os procedimentos hospitalares. Neste aspecto, compreende-se que os gestores parecem conformados com esta situação.

Segundo a corrente neoinstitucional, cada ator social age não somente por seus interesses e ambições individuais, mas pelas influências sobre o comportamento individual e coletivo possibilitado pelas instituições, como resultado da convergência histórica das políticas associadas a ela. Nesta perspectiva, as preferências de cada ator social são exógenas, ou seja, estimuladas pela organização institucional^{21,30}. Isso significa que as instituições promovem o pano de fundo das práticas dos atores sociais, que serão somados ao seu próprio interesse.

Arretche²⁹ concorda que práticas responsáveis dos governos, locais e nacionais, dependem dos incentivos a que estão sujeitos, e, em grande parte, são consequências de desenhos de políticas, regras e normas sociais que incentivam o comportamento dos atores.

A compreensão global do contrato estabelecido é de total importância ao gestor, entretanto a dimensão política e institucional parece estar formando e recrutando gestores públicos que, de forma intencional ou não, posicionam-se acomodados e individualistas, percebendo-se como frágeis e engessados. Encontra-se em sua própria

fragilidade, justificativa para a permanência dessa relação. Nesta perspectiva, manter contratos com prestadores privados é cômodo para o gestor municipal.

Pode-se notar que as relações de benefícios e interesses pertinentes à relação público-privado na região funcionam para o fortalecimento das práticas estabelecidas, permitida pela esfera institucional em que cada ator político está inserido, mas não menos influenciadas por seus objetivos. Temos, portanto, uma arena de conflitos, formada por assimetrias de poder entre gestores e prestadores, na qual o interesse individual é predominante sobre o da coletividade.

Mecanismos de gestão: o comportamento de atores sociais e o poder na relação público-privado em municípios de pequeno porte

A análise dos resultados permitiu constatar que os gestores praticam um planejamento incipiente, reduzido e informal a respeito da programação de média complexidade. As falas dos entrevistados demonstram que os gestores não percebem a operacionalização do planejamento de maneira ascendente, como descrito no Decreto nº 7.508/2011³¹, e que elaboram os instrumentos de gestão e planejamentos municipais como obrigаторiedades burocráticas e legislativas.

Então, esta questão [planejamento] interfederativo, ela acontece só na cobrança de obrigações. Quando é para cobrar o município a atingir certo resultado é interfederativo, de cima para baixo [...], aquele planejamento ascendente que tem no decreto, nunca existiu, nunca existiu. Não existe [planejamento] ascendente (G1).

Pinafo et al.³², ao realizarem um *scoping review* sobre a descentralização da gestão da saúde aos municípios, identificaram que as pactuações de média complexidade constituem-se em processos complexos, nos quais as regras e definições não são claras e apresentam-se pouco delimitados nos instrumentos de planejamento e monitoramento.

Os gestores referiram que a pouca utilização de instrumentos para o planejamento dificulta a execução da regulação ou a previsão das necessidades de saúde da população, bem como a definição de mecanismos de acesso aos serviços de média complexidade. O consórcio intermunicipal de saúde também não apresenta mecanismos de regulação e/ou planejamento com base nas necessidades reais dos municípios. E o Estado, por sua vez, sendo o ente que detém a responsabilidade

de formal pelos serviços de média complexidade, já que os municípios pesquisados encontram-se sob gestão da atenção básica, também se apresenta com regulação insuficiente.

A regulação, vista a partir do conceito de controlar/gerir dos governos, está pautada como instrumento decisório para a efetivação de modelos de gestão e planejamento local. Segundo Fleury e Ouverney³³ a baixa capacidade do aparelho estatal está relacionada diretamente à incapacidade dos serviços de criar estruturas regulatórias eficientes, e que estas são fortemente influenciadas pelo poder das organizações privadas, impedindo dessa forma a coordenação do sistema pelo ente público.

Na perspectiva neoinstitucional^{21,30} a relação público-privado na região, é reforçada pelos incipientes mecanismos de gestão, relacionados ao planejamento, regulação do acesso aos serviços, e mecanismos de avaliação e auditoria dos contratos, propiciando um terreno fértil para as iniquidades ocorridas na relação público-privado deste contexto.

Os prestadores consideram que os gestores municipais de saúde não possuem preparo adequado para o cargo, não buscam conhecer, se integrar e entender o processo das políticas de saúde. Portanto, aceitam as determinações do privado, reproduzindo, dentro da gestão, as atitudes e posturas dos seus pares, [...] *na verdade eu sinto que falta conhecimento na gestão [pública], e talvez um pouco de interesse* (P1).

Nesta discussão, Santos e Giovanela³⁴ indicam dificuldades para a consolidação de governos regionais, como, frágeis políticas de gestão; estrangulamentos na oferta de serviços; interferência do setor privado; conflitos e disputas de municípios contra a ação coletiva; e o papel estratégico, mas não efetivo do ente Estadual com indutor de políticas regionais.

Fleury e Ouverney³³, ao descreverem os desafios e obstáculos de gestão no SUS, relatam que as alternativas “apontam cada vez mais para a necessidade de fortalecimento dos atores e para horizontalização das relações de poder”, ou seja, os gestores públicos municipais necessitam estar mais capacitados para conseguir discutir, debater e questionar as relações com o privado e com outros entes da federação.

O comportamento dos gestores municipais influencia sua capacidade de governo e está relacionado a outros fatores observados no contexto regional, como a grande rotatividade de profissionais nesta função; a falta de formação técnica; a baixa remuneração; as indicações político-par-

tidárias; a responsabilidade perante um sistema de saúde complexo; o excesso de demandas; os atravessamentos políticos e a frágil autonomia de decisão e de gestão^{13,35,36}. Esses fatores dificultam a continuidade de políticas públicas de saúde³⁶, bem como alteram a direção e viabilidade das políticas municipais¹³.

Silva³⁵ colabora com essa discussão afirmando que a capacidade de governo está relacionada à autonomia do gestor, e que em muitos municípios está atrelada ao prefeito municipal, principalmente pela utilização de critérios políticos para a escolha dos gestores. Devido a indicações políticas, os secretários de saúde não possuem poder de decisão sobre recursos (poucos são gestores do fundo municipal de saúde), e/ou rumos das políticas municipais.

Nas falas dos entrevistados é possível compreender que essa fragilidade da gestão é percebida por outros atores políticos do legislativo e executivo municipal, que atravessam as relações, aproveitando-se do poder que possuem, para utilizar a secretaria de saúde em favor de seus interesses e de seus eleitores, resultando em práticas clientelistas.

Pase et al.¹⁸ evidenciam que atores políticos utilizam de práticas clientelistas em um claro processo por troca de votos às solicitações dos cidadãos, dentro de um processo institucional que permite e naturaliza essas práticas. Stokes et al.¹⁹ consideram que o clientelismo é uma relação de troca assimétrica que envolve a entrega de benefícios, que retorna na forma de voto ou apoio político que já ocorreu, ou ainda que poderá ocorrer.

A interferência política apresentada acima desconstrói as redes, fragiliza a governança, e os processos de trabalho da gestão. No município, essa prática fortalece o setor privado e enfraquece o gestor de saúde perante sua responsabilidade com o sistema municipal.

Menicucci³⁷ afirma que a trajetória das políticas de saúde nas práticas da relação público-privado permitem a construção de atores de interesses, que se mobilizam e definem a arena política de decisão. Nesta arena vêm à tona conflitos e interesses.

De acordo com Matus³⁸ os conflitos surgem da desigualdade de resultados que envolvem as relações, e podem desenvolver-se em dimensões cognitivas, emocionais e de interesses. Esta última dimensão é caracterizada pelos benefícios que um pode ter com as perdas que os outros apresentam. Para o autor, o jogo de interesses ocorre e é resolvido pelo valor relativo possuído por cada jogador na arena de disputa.

Os resultados encontrados por essa pesquisa apontam que, individualmente, um gestor de MPP terá baixo poder e valor relativo em uma arena de conflitos, quando comparados a um prestador. Diante destes aspectos, o gestor não se mobiliza e/ou não se expõe em relação aos prestadores de serviços em busca de resultados regionais. Os próprios gestores mencionam a fragilidade de governança entre o colegiado, pois:

Na hora em que realizamos nossas reuniões existe uma fala [um comportamento], uma pressão para agir [ter atitude], mas na hora que é necessário [o gestor] sentar-se à mesa junto pra negociação, há o acovardamento. Não, então deixa assim mesmo! Então, é por isso que não há intermediações. Porque elas não existem! [...] Agora, o que é necessário é que, quem faça a alegação continue alegando da mesma maneira na mesa de negociação [...] Então, na hora de falar é uma coisa, na hora de enfrentar é diferente (G5).

Os gestores referem que o “acovardamento” mencionado acima está implicado à indiferença da parte dos gestores em relação aos problemas regionais. No conflito com o prestador, as perdas, apresentam-se maiores que os ganhos, portanto, o gestor neutraliza-se, fica em “cima do muro”, ou alia-se a ele. Alguns entrevistados atribuem que o gestor neutraliza-se em situações de conflito, pois opta por permanecer na *zona de conforto* (E1). Possivelmente, essa atitude é determinada por condições que extrapolam o contrato, como práticas clientelistas, interesses ao acesso, entre outros.

Considerando que o conceito de governança pode ser compreendido, neste contexto, enquanto regras ou processos que afetam o modo como os poderes são exercidos, nas quais indivíduos e grupos articulam seus interesses, mediam as suas diferenças, e exercem seus direitos legais e obrigações³⁹, percebe-se a fragilidade da governança regional na rede da média complexidade, o que reforça atitudes municipais isoladas e individuais.

Essa fragilidade é intensificada pelo fato de, na região pesquisada, o colegiado não se apresentar fortalecido o suficiente para mediar relação de interesses e poderes com os prestadores. Desta forma, assumir oposição ao prestador somente será viável, para os gestores municipais, quando houver mecanismos fortalecidos de governança para que o colegiado elabore coletivamente estratégias de mudanças consensuais.

Quanto às questões que envolvem o financiamento, observa-se que o investimento financeiro não será suficiente para a região, se a capacidade

de gestão dos serviços públicos de saúde não for aprimorada. Assim, outros entes podem financiar e/ou custear os serviços, mas não podem gerenciá-los: *não vai para frente [...] não adianta, o Estado pode fazer o maior investimento financeiro da história, que não vai funcionar (G7).*

Com relação à participação de prefeitos na gestão e governança de ações de saúde, entre elas, as de média complexidade, Campos⁴⁰ afirma que o líder do executivo municipal precisa assumir, além do aporte de recursos financeiros, o compromisso político de fortalecer a regionalização. Ocorre que nem sempre a participação dos prefeitos é efetiva nos colegiados gestores da área da saúde.

Os secretários municipais reconhecem que os prefeitos, em sua maioria, não querem discutir sobre o setor, talvez por sua complexidade ou por questão ideológica, já que alguns gestores não concebem a universalidade de assistência à saúde como algo atingível nos serviços municipais. Dessa forma, tendem a reforçar os contratos com instituições privadas e entendem que a responsabilidade do setor público deveria ficar restrita à atenção básica, direcionando os outros níveis de atenção à iniciativa privada.

Viana et al.⁴¹ afirmam que a recessão econômica e o alinhamento ideológico de diversos países com discurso neoliberal resultarão, entre outros, na deterioração da capacidade fiscal do Estado, no recuo de políticas sociais e no fortalecimento dos mercados privados.

Nesta questão, secretários municipais também compartilham da ideia de minimização dos serviços públicos em saúde, reconhecendo que o setor privado realiza inovações em menor tempo, propicia melhores estruturas físicas, menores custos, e maior capacidade de gestão. Para esses gestores os serviços públicos são altamente burocráticos e com número excessivo de profissionais, conforme a fala: *Hoje, dentro da Secretaria Municipal de Saúde são 46 funcionários. Se isso aqui fosse privado, com 15 eu tocava [...] (G5).*

A fragilidade da governança e regionalização apresentadas permite compreender a dinâmica de poder e desigualdades nos arranjos sociais, além de funcionarem como constrangimentos às políticas de saúde, reforçando as práticas de trajetória dos serviços e determinando certa rigidez às instituições²¹.

Alguns dos problemas evidenciados nesta pesquisa também foram identificados por Viana et al.⁴¹ ao analisarem a conjuntura das políticas de proteção social, entre elas o setor saúde, na América Latina e Caribe. As autoras argumentam que,

apesar dos diferentes arranjos apresentados, o caráter híbrido das políticas (públicas com participação dos serviços privados na oferta e gestão), mostra a dificuldade de formar coalizões fortalecidas o suficiente para romper com os arranjos enraizados nestas instituições. Isso se deve principalmente pela influência da agenda neoliberal, a qual estimula práticas de privatização dos serviços e apropria-se dos valores de universalidade e equidade das concepções da saúde coletiva.

Considerações Finais

A presente pesquisa apresenta resultados relacionados à gestão e governança da MC em MPP de uma região de saúde. Problemas similares e características semelhantes à região estudada podem também ocorrer em outros municípios desse porte e/ou regiões do país, já que estes representam 40% das regiões brasileiras.

Compreende-se que a relação público-privado em regiões de MPP é permeada por focos de tensão, estimuladas por benefícios e interesses, e configurada por relações assimétricas de poder, as quais são possibilitadas por práticas realizadas por gestores e prestadores, permitidas e naturalizadas nos espaços institucionais.

Observam-se também, características que extrapolam as áreas jurídico-administrativas,

entrando no campo do comportamento moral e ético. A lógica de produção e do capital é, sem dúvida, a mais predominante, mas o comodismo dos gestores associado à ausência de alternativas, ou ainda, à manutenção dessa relação, também são determinantes para que esse processo se mantenha.

A governança da região, o processo de regionalização, e os mecanismos de *accountability* e controle social, deveriam estar mais evidentes nas arenas e mesas de negociação em que são realizados contratos, para a reflexão, discussão e resolução de questões pertinentes à relação entre o ente público e o privado, fortalecendo a construção da “região” de saúde, sobretudo, nas comissões intergestores.

Aponta-se como possibilidade, para enfrentar os problemas evidenciados na presente pesquisa, a realização de contratos executados em blocos e/ou redes de atenção de forma consensuada entre gestores, abrangendo toda a região. Essa medida deveria ser capitaneada pela secretaria de saúde do Estado, que, formalmente, é quem responde pela gestão da média complexidade na região estudada. Além disso, o fortalecimento da governança regional, a ação regulatória da gestão, e a mobilização social, surgem como estratégias possíveis e também necessárias a este enfrentamento, as quais podem servir como questões norteadoras para outras pesquisas dentro dessa temática.

Colaboradores

JFM Silva e BG Carvalho participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo. CM Domingos fez a revisão do texto, apresentando sugestões e redigindo trechos da versão final.

Referências

- Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. London: Open University Press; 2007. p. 22-43.
- Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- Viana ALD, Lima LD. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Viana, ALD, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 10-19.
- Marques EC. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Bras. Political Sci. Rev.* 2013; 7(3):8-35.
- Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016*. [acessado 2017 Jun10]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/>.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Brasil. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. *Diário Oficial da União* 1998; 04 jun.
- Menicucci TMG. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional. *CEPAL: Série Políticas Sociais* 2014; nº 196.
- Scheffer M, Bahia L. *Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015. (Relatório de pesquisa).
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
- Gottens LBD, Pires MRGM, Guilhem D, Alves ED, Martins CMF. *Relatório Final da Pesquisa: análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades*. Brasília: Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
- Pimenta AL. Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS. *Jornal do Cremesp* 2005 jul. [acessado 2017 Jun 5]; 215: [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&tid=531>
- Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* 2010; 20(3):953-972.
- Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. *Saude Soc* 2005; 14(2):9-30.
- Região e Redes. *Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2016*. [acessado 2017 Fev 10]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/>
- Goldim JR. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
- Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos didáticos*. São Paulo: Centauro; 2003.
- Pase LH, Müller M, Morais JA. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento Plural* 2012; 10:181-199.
- Stokes S, Dunnig T, Nazareno M, Brusco V. *Brokers, voters and clientelism: the puzzle of distributive politics*. New York: Cambridge University Press; 2013. Resenha de: Rocha MM. O clientelismo revisitado: uma explicação focada nos mediadores. *Sociologias* 2017; 45(19):398-412.
- Santos DL, Rodrigues PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *Saúde em debate* 2014; 103(38):744-755.
- Pierson P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 180-197.
- Brasil. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 13 dez.
- Brasil. Portaria MS/GM nº 1034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial da União* 2010; 6 maio.
- Brasil. Portaria MS/GM nº 1606, de 11 de setembro de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 12 set.
- Matos CA, Pompeu JC. Onde estão os contratos? Análise da relação dos prestadores privados e serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):629-643.
- Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do sistema único de saúde: problemas e desafios. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1819-1829.
- Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
- Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
- Steinmo S. New institutionalism. In: Clarck B, Foweraker J, editors. *The encyclopedia of democratic thought*. London: Routledge; 2001. p. 570-574.
- Brasil. Decreto nº 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* 2011; 29 jun.

32. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1511-1524.
33. Fleury S, Ouverney A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *RPGB* 2012; 11(2-3):74-83.
34. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):622-631.
35. Silva CR. *Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média complexidade* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2016.
36. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no programa saúde da família. *Saude Soc* 2010; 19(4):852-865.
37. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
38. Matus C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: FUNDAP; 2005.
39. Herrera CA, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Opinyo N, Pantoja T, Rada G, Wiysonge CS, Bastías G, Garcia Martí S, Okwundu CI, Peñalosa B, Oxman AD. Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 9:CD011085.
40. Campos GWS. *Desafios para os prefeitos na área da saúde*. *Le Monde Diplomatique Brasil*. 2016. [acessado 2017 jun 10]; 110 [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/desafios-para-os-prefeitos-na-area-da-saude>.
41. Viana ALDV, Fonseca AMM, Silva HPS. Proteção social na América latina e caribe: mudanças, contradições e limites. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):1-15.

Artigo apresentado em 06/12/2017

Aprovado em 06/03/2018

Versão final apresentada em 23/05/2018