

**REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH**

<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i2.54288>
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 19.06.2024

Aprovado: 21.08.2024

Artigo Original

João Felipe Marques da SilvaORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7198-8528>

Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina
E-mail:joaofelipe.cosems@gmail.com

Fernanda de Freitas MendonçaORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3532-5070>

Universidade Estadual de Londrina
Email:fernandamendonca@uel.br

Adelyne Maria Mendes PereiraORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
(ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Email:adelynemendes@gmail.com

Brígida Gimenez CarvalhoORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva da Universidade Estadual de Londrina
Email:brigidagimenez@uel.br

**Características e tendências das modalidades de gestão e prestação de serviços
contratualizados no SUS****Characteristics and trends in management and provision
of contracted services in the SUS****Características y tendencias de los métodos de gestión y prestación
de servicios contratados en el SUS****RESUMO**

A multiplicidade de modalidades de gestão e prestação de serviços públicos de saúde e suas distintas formas de contratualização é um dos desafios centrais para a gestão do Sistema Único de Saúde(SUS). Com base em uma matriz de análise da contratualização de serviços de saúde, o artigo analisa, em uma macrorregião, características e tendências das seguintes modalidades: administração pública, privado sem fins lucrativos (filantrópicos e organização social) e com fins lucrativos, fundação estatal de direito privado e consórcio público de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos, utilizando-se de dados secundários e entrevistas, apoiada no referencial institucionalista histórico. Os resultados são apresentados a partir de três dimensões (histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural) e variáveis, características e tendências das modalidades pesquisadas. Entre eles, destacam-se: tendência à mercantilização e terceirização dos serviços e da força de trabalho no SUS, aspecto reforçado por

modalidades e atores vinculados à esfera pública, além da desarticulação das modalidades com a rede de atenção. A modalidade importa e, para efetivar a atenção aos usuários, deve ser garantida por meio de regulação efetiva, governança pelos gestores públicos e participação social.

DESCRITORES: Contratos; Municípios; Gestão de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The multiplicity of management modalities and provision of public health services and their different forms of contracting is one of the central challenges for the management of the Brazilian Unified Health System, known as SUS. Based on a matrix of analysis of the contracting of health services, the article analyzes, in a macro-region, characteristics and trends of the following modalities: public administration, private non-profit (philanthropic and social organization) and for-profit, state foundation of private law and public health consortium. This is qualitative research, of the multiple case study type, using secondary data and interviews, supported by the historical institutionalist framework. The results are presented from three dimensions (historical-structural, political-institutional and conjunctural) and variables, characteristics and trends of the researched modalities. Among them, the following stand out: the tendency towards commodification and outsourcing of services and workforce in the SUS, an aspect reinforced by modalities and actors linked to the public sphere, in addition to the disarticulation of modalities with the care network. The modality matters and to provide effective care to users it must be guaranteed through effective regulation, governance by public managers and social participation.

KEYWORDS: Contracts; Counties; Management of Health Services; Unified Health System.

RESUMEN

La multiplicidad de modalidades de gestión y prestación de servicios públicos de salud y sus diferentes formas de contratación es uno de los desafíos centrales para la gestión del SUS. A partir de una matriz de análisis de la contratación de servicios de salud, el artículo analiza, en una macrorregión, características y tendencias de las siguientes modalidades: administración pública, privada sin fines de lucro (organización filantrópica y social) y con fines de lucro, fundación estatal de derecho privado y consorcio de salud pública. Se trata de una investigación cualitativa, del tipo estudio de casos múltiples, utilizando datos secundarios y entrevistas, sustentada en el marco histórico institucionalista. Los resultados se presentan a partir de tres dimensiones (histórico-estructural, político-institucional y coyuntural) y variables, características y tendencias de las modalidades investigadas. Entre ellos, se destacan: la tendencia a la mercantilización y tercerización de los servicios y la fuerza laboral en el SUS, aspecto reforzado por modalidades y actores vinculados a la esfera pública, además de la desarticulación de modalidades con la red de cuidados. La modalidad importa y para brindar una atención efectiva a los usuarios debe garantizarse, a través de una regulación efectiva, la gobernanza de los gestores públicos y la participación social.

DESCRIPTORES: Contratos; Condados; Gestión de Servicios de Salud; Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A multiplicidade de atores na prestação e gestão de serviços públicos de saúde e suas distintas formas de contratualização é um dos desafios centrais para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil⁽¹⁾.

A contratualização no SUS antecede a oferta do serviço propriamente dita, e pode se efetivar, dentre outras formas, a partir de determinadas modalidades de gestão e prestação de serviços, a saber: administração pública, fundação estatal de direito privado, consórcio público de saúde, privado sem fins lucrativos (filantrópicos e organizações sociais) e privado com fins lucrativos. Os arranjos contratuais variam entre os municípios e regiões de saúde, resultando nas mais diversas formas de inserção dessas instituições na gestão e na prestação de serviços de saúde, o que pode tensionar as relações e os espaços de decisão, especialmente no âmbito da atenção especializada ambulatorial e hospitalar⁽¹⁾.

As (contra) reformas do Estado e as políticas de cunho neoliberal que ganharam espaço na agenda brasileira na década de 1990⁽²⁾ produziram efeitos sobre o SUS. Destaca-se a formação de uma rede de atores de

interesses divergentes sobre o financiamento público⁽³⁾, a ampliação da terceirização da gestão e de serviços, e a mercantilização da saúde⁽²⁾. Os efeitos desses processos se revelam em iniquidades diretas na oferta, e na desarticulação da rede de atenção e de serviços regionalizados. Tais consequências são agravadas por instrumentos contratuais incipientes, com baixa capacidade de regulação, além de não possibilitarem a participação do controle social.

Diante disso, este artigo buscou explorar perspectivas quanto à contratualização de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) na atenção especializada em uma macrorregião de saúde do estado do Paraná (PR). Ressalta-se a importância de compreender as características das distintas modalidades de gestão no SUS, entendendo que a opção por cada uma dessas guarda relação com o contexto histórico, institucional e político no qual são implementadas.

Com base em uma pesquisa de campo e em uma matriz de análise da contratualização de serviços de saúde, pretendeu-se responder à seguinte pergunta: Quais as principais características e tendências das modalidades de gestão e prestação de serviços de saúde contratualizadas no SUS?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizou-se o referencial institucionalista histórico⁽⁴⁾, por entender que a ação estatal é dotada de sentido e historicamente condicionada, e que a identificação e análise do contexto, do processo, do conteúdo e da conjuntura política, assim como a atuação de seus atores, de forma individual ou ainda como membros de grupos, são aspectos estruturantes para a compreensão da política pública^(5,6).

O artigo analisou as principais características de cinco modalidades de gestão e prestação de serviços públicos de saúde mais presentes no SUS (administração pública, privado com fins lucrativos, privado sem fins lucrativos, fundação estatal de direito privado, e consórcio público de saúde) e identificou tendências para a contratualização da atenção especializada em perspectiva regional.

3 METODOLOGIA

A pesquisa teve caráter qualitativo, exploratório e descritivo e foi realizada por meio da análise de dados secundários e estudo de casos múltiplos, em uma macrorregião de saúde do Paraná formada por cinco regiões de saúde, composta prioritariamente por municípios de pequeno porte. Investigou-se um ou dois casos para cada modalidade de gestão elencada para a investigação: administração pública, privado com fins lucrativos e sem fins lucrativos (filantrópicos e organização social), fundação estatal de direito privado, e o consórcio público de saúde. A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2021.

A opção pela análise qualitativa deu-se por compreender que os aspectos relacionados ao objeto não eram quantificáveis, como a ação estatal e dos atores representantes das cinco modalidades elencadas para a investigação; bem como de outros atores que compõem o tecido relacional do Estado nessa região de saúde. A seleção dos casos a serem investigados se deu após levantamento na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e mapeamento de todos os pontos de atenção à saúde relacionados

à atenção especializada da macrorregião de pesquisa. Utilizou-se um corte populacional de municípios com até 50.000 habitantes, o que corresponde a 95% do total dos municípios da região, de tal forma que os casos pudessem compor realidades semelhantes. De forma intencional, foi selecionada uma modalidade de gestão e prestação de serviços por região de saúde que compõe a macrorregião.

A coleta de dados utilizou-se de levantamento documental e de entrevistas. Os documentos analisados foram compostos por normativas consideradas marcos relevantes ao objeto da pesquisa e documentos relacionados às modalidades institucionais de gestão. As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado com questões que versavam sobre o processo de implementação da contratualização, os serviços ofertados, a inserção nas redes de atenção e as relações estabelecidas entre os atores na região. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por gestores municipais, diretores e prestadores dos serviços elencados, técnicos das regionais de saúde, gestores estaduais, representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) no estado e membros do controle social. As primeiras entrevistas foram realizadas de forma presencial e as demais, em função das precauções do período pandêmico, ocorreram de forma remota, após aprovação junto ao comitê de ética.

As entrevistas foram submetidas à análise hermenêutica crítica, e os dados foram interpretados com apoio do referencial institucionalista histórico⁽⁶⁾ e da matriz de análise da contratualização das modalidades de gestão e prestação de serviços de saúde. A matriz considera aspectos em três dimensões: histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural. A dimensão histórico-estrutural aborda os elementos do macro e do micro contexto que influenciam o processo de contratualização das modalidades. 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 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. E, por fim, a dimensão conjuntural, identifica fatos e/ou elementos centrais que pertencem ao quadro conjuntural de análise e que estão relacionados e determinam, de certa forma, as modalidades de gestão e prestação de serviços elencadas para a pesquisa.

Também foram considerados para esta análise os seguintes componentes e variáveis em relação aos casos discutidos: i) a organização da atenção, quanto ao perfil assistencial dos prestadores; ii) a regulação do acesso e da atenção (contratualização), como se apresenta e características; iii) a inserção de cada caso na conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o seu 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.

Trata-se de resultados de pesquisa de uma tese de doutorado, em que os participantes, ao serem informados dos objetivos e concordarem em participar, preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética no qual os pesquisadores estão vinculados, sob o parecer nº 4.074.080.

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

Esta seção traz características principais, segundo as variáveis de análise, das modalidades de gestão e prestação de serviços elencadas para a pesquisa, aqui descritas como casos de estudo. Ao final da seção, baseados na matriz de análise, apresenta-se a sistematização do material empírico.

O CASO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O caso da administração pública selecionada foi um Hospital de Pequeno Porte (HPP) devido à macrorregião de pesquisa possuir 44 estabelecimentos nessa categoria. A partir da análise regional, constatou-se que a maioria desses estabelecimentos possui baixa taxa de ocupação, ressarcimento contratual por produção e papel indefinido na rede de atenção, além da sobreposição de serviços com outros estabelecimentos do mesmo porte.

Embora os custos de manutenção sejam relativamente altos e sua maior parte custeada com recursos próprios do município, são estabelecimentos que possuem alto capital simbólico e social para a população do território⁽⁷⁾. Cabe destacar que os HPP não foram incluídos na política nacional de atenção hospitalar (PNHOSP), que, dentre outros objetivos, propunha incentivo de adesão à contratualização (IAC) e instrumento contratual baseado em metas quali-quantitativas.

No entanto, o caso selecionado, cujo prefeito é profissional de saúde, iniciou a realização de cirurgias de média complexidade para a região de saúde, por se tratar de um serviço com insuficiência na oferta regional. Essa forma de inserção é tida como alternativa para a viabilidade da instituição, além de se constituir em sustentabilidade política e econômica para o município. A iniciativa partiu do gestor municipal, sem ter havido a participação dos demais municípios da região na formulação da proposta, mas recebeu adesão dos mesmos. Iniciativas como essa podem sugerir que a identificação de uma “vocalização regional” para o HPP pode ser um caminho importante para sua sustentabilidade financeira a longo prazo.

O CASO DO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS

Esse caso considerou dois estabelecimentos com natureza jurídica privada sem fins lucrativos: o filantrópico e a organização social (OS). Os estabelecimentos hospitalares filantrópicos são aqueles que aprovacionam o maior número de leitos na macrorregião, sendo formados por atores públicos e de mercado que possuem marcadas relações políticas com parlamentares. São estabelecimentos com papel relativamente definido na RAS, principalmente na Rede de Atenção às Urgências (RAU) e na Rede Materno Infantil, no entanto, também executam contratos diversos (com valores de mercado) diretamente com determinados municípios. Considera-se que a oferta pública não está completamente relacionada às necessidades do território, e que, ainda que considerado filantrópico, age como estabelecimento privado com fins lucrativos.

Nesse aspecto, foi observado um processo de mudança da natureza jurídica dessas instituições, anteriormente privada com fins lucrativos, para sem fins lucrativos, em uma clara tentativa de busca por isenções fiscais e possibilidades contratuais com o poder público⁽⁸⁾.

O outro estabelecimento hospitalar analisado, gerido por uma OS, apresentou-se como alternativa para a contratação de profissionais, devido às imposições causadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e por certa agilidade nos processos de compra e licitação. A opção pela gestão do estabelecimento hospitalar via OS, partiu do executivo municipal após autuação de órgão do controle externo quanto à contratação de profissionais para o estabelecimento. O caso também se apresenta como um exemplo da capilaridade desse modelo de gestão para os municípios pequenos, bem como por ser considerado um processo de privatização da gestão. O contrato de gestão estabelecido com a OS mostra-se seletiva e possibilita baixa participação do controle social.

O CASO DO PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS

Enquanto crescem as solicitações de estabelecimentos sem fins lucrativos, torna-se cada vez mais rarefeita a distribuição de estabelecimentos hospitalares com fins lucrativos em municípios de pequeno porte⁽¹⁰⁾, devido principalmente à questões histórico-estruturais desses territórios⁽⁸⁾, como baixo poder financeiro é reduzido percentual da população SUS dependente.

Os serviços hospitalares ainda existentes possuem papel indefinido na RAS, os prestadores conservam forte relação político-partidária com os membros do executivo municipal, além disso os serviços ofertados não são baseados nas necessidades regionais.

Por outro lado, os estabelecimentos privados com fins lucrativos se apresentam, como a maioria dos estabelecimentos na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), em um processo claro de mercantilização desse nível de atenção.

O CASO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

A fundação estatal de direito privado (FEDP) emerge no bojo das políticas neoliberais e de (contra) reforma do Estado como modalidade da administração pública indireta, como alternativa aos serviços públicos, devido à sua natureza jurídica de direito privado, e pelo fato de o modelo não se encontrar condicionado às imposições da LRF, além de determinada flexibilidade para a contratação da força de trabalho em saúde.

Na macrorregião de pesquisa, a FEDP parece ser uma tendência para a gestão e a prestação de serviços em unidades hospitalares da rede própria estadual. Tem assumido em algumas regiões a referência para determinados serviços, mas para outros seu papel não está definido na rede.

A regulação assistencial é executada pelas centrais estaduais e a contratual por meio do contrato de gestão. A indicação de membros de sua diretoria é realizada diretamente pelo executivo estadual. As FEDP permite salários acima do teto do poder executivo aos seus diretores.

Apesar do reconhecimento de que existem desafios comuns, a FEDP não valoriza o processo de governança regional.

O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

O consórcio público de saúde (CPS) se apresenta como importante intermediador contratual de ASPS na atenção especializada, bem como potencializa as relações interfederativas e a regionalização dos serviços de saúde.

No entanto, observou-se que os CPS têm ampliado a mercantilização e o empresariamento, devido à grande terceirização que realiza ao setor privado, por meio da majoração da tabela de procedimentos.

As entrevistas permitiram inferir que essa instituição pode ganhar “vida própria”, no sentido de desenvolver projetos e iniciativas que não são exatamente interesses comuns entre os membros consorciados. Além disso, há indícios que podem favorecer o ente, cujo chefe do poder executivo é o diretor da instituição. E, ainda, não se constituem como instituições neutras nas arenas de governança, com perceptíveis disputas nas relações de poder entre os entes consorciados e entre gestores e a própria instituição. No entanto, emergem como o espaço de maior participação do chefe do executivo municipal na política de saúde.

5. DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos da pesquisa, essa seção foi dividida em dois eixos. O primeiro aborda as principais características quanto às dimensões propostas para análise: histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural das modalidades de gestão e prestação de serviços, e o segundo apresenta suas tendências no contexto da pesquisa.

ANÁLISE DAS DIMENSÕES DAS MODALIDADES DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A primeira dimensão, a histórico-estrutural, apresenta a importância do contexto histórico das políticas e fatores relacionados à sua organização que interferem e condicionam cada caso⁽⁶⁾. É fato que o macrocontexto influencia a organização e implementação de políticas e serviços públicos no território⁽⁵⁾. No entanto, as características locais que determinam as modalidades são igualmente importantes. Destacam-se entre elas: estratégia para viabilização de uma necessidade local e regional; ideais políticos quanto à oferta de serviços e desenvolvimento local; e, benefícios de determinado modelo no que tange às isenções tributárias e fiscais.

Além disso, atua como alternativa à LRF, no que diz respeito ao limite de contratação de pessoal imposto pela Lei nº 101/2000, bem como possível agilidade na aquisição de materiais e contratação de força de trabalho, provocados pela compreensão da ineficiência e burocratização do setor público; e, ainda, por determinada influência e favorecimento de estabelecimentos privados, em especial da AAE, nível de atenção do SUS sem uma política específica para sua regulamentação⁽⁹⁾.

Outra questão observada, já identificada pela literatura, foi o potencial da figura jurídica dos consórcios para a contratualização de serviços ambulatoriais e para a organização da RAS. No entanto, apesar de constituir-se com grande potencial de arranjos, o modelo não deixa de apresentar problemas. Entre eles, destaca-se certa pretensão do modelo e/ou de seus dirigentes de ocupar a função de gestor regional sobre o território.

Na dimensão político-institucional observou-se que a relação entre atores públicos, privados e de mercado envolve aspectos político-partidários. Além disso, foi identificada a 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 (gestores municipais), para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos, principalmente de emendas parlamentares, pois não há garantia de que recursos e/ou equipamentos recebidos por serviços privados com ou sem fins lucrativos sejam destinados aos usuários da esfera pública.

Cabe mencionar que as relações de poder no âmbito da contratualização da atenção especializada envolvem o poder médico especializado e o poder de mercado⁽¹⁰⁾, os quais formam vínculos e canais de força que podem explicar a configuração dessas relações⁽³⁾. Tais aspectos são importantes para a análise de políticas, especialmente para o institucionalismo histórico, uma vez que essa abordagem valoriza a análise dos atores, seus interesses e suas ações estratégicas no âmbito de estudos das políticas públicas^(3,4).

O institucionalismo enfatiza a ideia do Estado como ator e, assim, o papel e a atuação de suas instituições. Isso significa dizer que a ação dos atores envolvidos nos casos descritos não é neutra, pelo contrário, ela é o resultado da soma das consequências produzidas pelas políticas anteriores e de seus condicionantes e as relações entre os diferentes sujeitos^(3,6).

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 por meio dos padrões de relação entre as entidades sociais envolvidas⁽¹¹⁾.

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 vinculado à influência do ente estadual sobre os serviços, especialmente os hospitalares, uma vez que são os responsáveis pelos contratos com essas instituições. 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.

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, determinadas modalidades, como a FEDP e o CPS, podem assumir projetos próprios, sem considerar as necessidades regionais, ou ainda atuar em favor do município cujo prefeito é o presidente da instituição.

Na dimensão conjuntural, observou-se a fragilização dos estabelecimentos vinculados à administração direta e da própria gestão pública. Esse processo se dá por meio da mercantilização dos serviços de saúde, privatização da gestão e terceirização das ASPS, elementos que, de certa forma, agem como determinantes dos processos de contratualização das modalidades elencadas na pesquisa.

A mercantilização dos serviços de saúde pode ser verificada 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⁽¹²⁾.

Foi observado, ainda, que os processos de mercantilização das ASPS 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 atenção primária à saúde (APS), por meio da publicação da lei de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

Essa característica pode estar relacionada ao baixo grau de comprometimento e alinhamento dos gestores de saúde com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), muitos com concepção privatista do SUS e influenciados pela ausência de políticas indutoras, além de interesses que provêm de organismos multilaterais.

O setor saúde passa, portanto, a 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^(13,14). 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, porém não é o que ocorre⁽¹⁴⁾.

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. Também 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 os prestadores e os gestores dos contratos não consideram as informações destacadas na avaliação local dos serviços. Ou ainda, o fato de os prestadores, principalmente privados, não se preocuparem com a oferta/produção de determinados procedimentos que avaliam como desinteressantes no contrato devido à relação custo-benefício.

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, ao quanto e como ofertar. 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 a contratualização de determinadas modalidades, em especial OS e FEDP. Embora a legislação preveja espaços para atuação do controle social nos CPS, não foi observado na prática como se processa.

TENDÊNCIAS DAS MODALIDADES DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A análise dos casos apresenta algumas tendências que, de forma cuidadosa, podem colaborar para a compreensão de outras regiões e microrregiões brasileiras. Nesse sentido, são tecidas algumas considerações.

Um HPP, por exemplo, pode ser referência para a execução de procedimentos em determinada região com algum vazio assistencial, 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 no espaço regional, mas há maior necessidade de regulação pelos entes públicos, especialmente por essa modalidade concentrar grande parte dos leitos hospitalares.

Com relação aos modelos que oferecem modos flexíveis de contratação de pessoal (terceirizados) e aquisição de insumos (OS e FEDP), esses devem ser pensados com cautela. Ainda que não se possa negar uma tendência dessas formas de contratação, podem ser consideradas uma forma de burlar a LRF. Além disso, a governança dessas instituições é incipiente, com pouca participação dos atores regionais e do controle social. 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.

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 mudança de natureza jurídica dessas instituições, em busca de isenções sociais e tributárias. 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⁽⁸⁾.

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. Isso pode ser devido ao conhecimento da realidade e dos problemas da região pelos dirigentes de consórcios, também por atuarem há vários anos, em contraposição aos gestores municipais, cargo com grande rotatividade. 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, 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, têm consequências diretas na garantia e continuidade da política de saúde⁽¹⁵⁾. Isso significa que pode haver uma tendência ainda maior para a terceirização e a contratação temporária da força de trabalho no SUS, independente da modalidade (pública e/ou privada) dos serviços, fragilizando ainda mais as políticas de saúde⁽¹⁶⁾.

Além da tendência para a contratação da força de trabalho, mencionada acima, outras tendências podem ser destacadas no que diz respeito ao processo de contratualização. 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 setor 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^(1,17).

A segunda, ainda que pouco 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 atenção básica até a AAE⁽¹⁸⁾.

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⁽¹⁾.

Entende-se que a rotatividade de gestores municipais, em especial aqueles que giram entre a esfera pública e a privada, além da falta de formação para a gerência de sistemas complexos como o SUS, bem como a ausência de coletivos fortalecidos entre esses atores nas diversas regiões do país, abrem espaço para os interesses do privado, que vem demonstrando maior capilaridade nos municípios pequenos, especialmente na AAE. Ao mesmo tempo, o enfraquecimento desses atores deixa ainda mais evidente a importância e o papel das instituições representativas dos gestores locais⁽¹³⁾. No entanto, sabe-se que a institucionalização desses conselhos, em especial do Cosems, nos diferentes estados brasileiros, não é homogênea e nem sempre permeada pelos mesmos interesses.

6 CONSIDERAÇÕES

O artigo teve como objetivo analisar por meio de dimensões e variáveis, características e tendências das modalidades de gestão e prestação de serviços públicos de saúde em uma macrorregião de saúde.

Destaca-se o movimento de atores privados e de mercado nos modelos de gestão e prestação de serviços analisados, interessados na contratualização de serviços no território, e de modelos públicos que têm ampliado sua participação, em especial na AAE, nível de atenção sem uma política nacional instituída.

Essa situação torna-se ainda mais grave, na medida em que os atores públicos podem encontrar-se cooptados ou convencidos de que a participação privada na gestão e na oferta de serviços de saúde apresenta melhores resultados. No entanto, são reconhecidas as limitações do ente público em regular o setor privado e, ao mesmo tempo, oferecer os serviços não contratualizados, principalmente aqueles que o setor não demonstra interesse na oferta.

Dessa forma, compreende-se como uma maneira de se contrapor a 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, seja no sentido de serem capazes de atuar no fortalecimento da contratualização, 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. No entanto, devido ao reconhecimento de que a participação privada parece indeclinável, argumenta-se que a modalidade importa,

e importa ainda mais a garantia da integralidade da atenção à saúde aos usuários, com regulação efetiva e governança pelos gestores públicos.

REFERÊNCIAS

1. Ravioli AF, Soárez PCD, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 23 de abril de 2018 [citado 3 de maio de 2021];34(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&tlng=pt
2. Andreatzi 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.
3. Menicucci TMG. *A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional*. CEPAL. Série Políticas Sociais. n.196, 2014.
4. Hall P, Taylor R. *As três versões do neo-institucionalismo*. Lua Nova, n.58, p. 193-224, 2003.
5. 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.
6. Pereira AMM. 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.
7. Souza FEA de, Nunes E de FP de A, Carvalho BG, Mendonça F de F. Hospitais de cidades pequenas: inserção e pactuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Medicina* (Ribeirão Preto). 14 de outubro de 2020;53(3):300–8.
8. 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.
9. Lima LD de, Scatena JHG, Albuquerque MV, Oliveira RAD de, Martinelli NL, Pereira AMM. Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(suppl 1):S107–19.
10. Louvison MCP, Feuerwerker LM, Tanaka OU, Akerman M, Rosa TEC, Bertussi D, Sintonio FT, Freire M. Acesso à atenção especializada em busca da integralidade no SUS. *Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida*. *Revista Saúde em Redes*, v.2 n.1, Suplemento, 2016.
11. Marques ECL. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(suppl 2):e00002318.
12. Ferreira MRJ, Mendes AN. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciênc saúde coletiva*. julho de 2018;23(7):2159–70.
13. Campos GW de S. SUS: o que e como fazer? *Ciênc saúde coletiva*. junho de 2018;23(6):1707–14.
14. Louvison MCP. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(Cad. Saúde Pública, 2019 35 suppl 2):e00116019. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019>
15. Ney MS, Gonçalves CAG. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis*. 2020;30(3):e300301.
16. Levi ML, Sousa J, Almeida CJ, Matsumoto K, Sussai S, Andrietta L, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trab educ saúde*. 2022;20:e00846199.
17. Sánchez-Martínez FI, Abellán-Perpiñán JM, Oliva-Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. *Informe SESPAS 2014*. Gaceta Sanitaria. junho de 2014;28:75–80.
18. Duarte LS, Leme Junior J de A, Santos JA, Felipe LV, Mendes ÁN. Tendências da mercantilização no SUS do estado de São Paulo: análise territorial dos gastos com convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais. *Saúde debate*. dezembro de 2020;44(127):962–75.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL

Autor 1: Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

Autor 2 : Trabalhou na análise de dados e redação final do texto.

Autor 3 : Trabalhou na análise de dados e redação final do texto.

Autor 4: Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

BIOGRAFIA DOS AUTORES

João Felipe Marques da Silva

Enfermeiro

Doutor em Saúde Coletiva

Apoiador técnico do Cosems PR e

docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina

Fernanda de Freitas Mendonça

Enfermeira

Pós-doutorado em Saúde Pública

Docente do departamento de saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina e docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina

Adelyne Maria Mendes Pereira

Enfermeira

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, com estágio de doutorado no exterior na Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III (ENS/ISCIII) em Madri (Espanha)

Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Brígida Gimenez Carvalho

Enfermeira

Doutora em Ciências pelo Programa de Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente sênior do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina