**O SISTEMA DE COPRODUÇÃO DA GOVERNANÇA PÚBLICA: ESTUDO DE CASO DOS HOSPITAIS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS - SC**

Silvio Antônio Ferraz Cario; UFSC; fecario@yahoo.com.br

Mariana Rodrigues Bressan; UFSC; mariana.rbressan@gmail.com

Paola Azevedo; UFSC; paola.azevedo@ufsc.br

Área Temática 6: Desenvolvimento Social, Economia Solidária e Políticas Públicas.

**RESUMO**

Na Administração Pública manifesta-se a ideia de Governança Pública e coprodução, onde o Estado transfere a terceiros parte de suas funções, sem perder o controle sobre elas. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de coprodução dos serviços de saúde nos hospitais selecionados da grande Florianópolis, sendo estes o Hospital Universitário, o Hospital Celso Ramos e o Hospital Regional. Para tanto, foram entrevistados servidores públicos vinculados aos hospitais. Realizou-se análise de conteúdo e análise documental. A coprodução – terceirização – das atividades nos hospitais referenciados ocorre de forma distinta. Enquanto o Hospitais Regional e Celso Ramos optaram pela operacionalização dos aspectos de terceirização por uma gama de seus serviços especializados, o Hospital Universitário optou por utilizá-la em maior escala nos seus serviços de apoio, mantendo como próprias suas principais funções. Além disso, os primeiros realizaram contratos colaborativos com instituições de diferentes naturezas – privadas, públicas e sem fins lucrativos -, o último relacionou-se, de maneira geral, com entidades empresariais. Há uma compreensão consensual dos gestores que o movimento de transferir parte das atividades feitas anteriormente pelos hospitais para outros atores executarem, tende a se mostrar crescente no país.

**Palavras-chave:** Governança Pública; Coprodução; Gestão de Hospitais Públicos.

**1 INTRODUÇÃO**

Assim como o padrão de produção no capitalismo passa por revoluções técnico- produtivas – 1ª., 2ª. 3ª. e 4ª. – provocando mudanças significativas na forma e na organização da produção de riqueza; o Estado, também, passa por transformações na sua gestão. Ao longo do tempo, firmam diferentes modelos de administração pública: patrimonialismo, burocrático, gerencia e nos últimos tempos, a governança pública. Cada modelo contém especificidades próprias, mas ao ser superado por outro, possibilita agregar na sua trajetória, algumas características do anterior, demonstração, assim, processo de aprendizado em construção histórica (DIAS, 2012).

Na governança pública, encontram-se características pautadas por processos cooperativos entre a Estado e a sociedade e o mercado, possibilitando aos atores, o sentimento de pertencimento ao todo. São marcantes os processos democráticos nas formas representativa e participativa dos atores. Assim como, possibilita de formação de redes de atuação, envolvendo atores públicos e privados na condução das atividades. Nessa via, realçam-se os processos de coprodução. Controle e planejamento mantém-se como âncoras da visando a eficiência e eficácia na gestão, sem deixar de evidenciar como valor buscado, a equidade social e a responsividade. Soma-se a essas características, a descentralização da gestão pública em várias direções – *downward, upward e outward* - (KOOIMAN, 2003; PIERRE, PETER , 2000; RHODES, 1997).

Os estudos relacionados à administração pública abrangem uma vasta gama de conhecimentos e estratégias de ação, no que concerne à promoção dos serviços públicos à sociedade. Nessa via, a discussão acerca da governança pública nos leva a discutir a coprodução do bem público ou dos serviços públicos. Salm, Menegasso e Ribeiro (2007) demonstram que a coprodução do bem público poder ser utilizada na estratégia de fornecimento de bens e serviços, com a participação direta da sociedade na produção e distribuição dos serviços públicos, em um relacionamento interativo com os servidores públicos profissionais.

A coprodução do bem público ou dos serviços públicos, de acordo com Salm (2014), caracteriza-se pela interação entre as organizações formais, públicas e privadas, organizações não governamentais, grupos comunitários e cidadãos no compartilhamento de responsabilidades e poderes no suprimento de tais serviços. Essa pode ser benéfica tanto para o Estado como para os cidadãos, que participam de forma mais ativa na produção dos serviços que são direcionados à sociedade.

Atualmente, um tema em que são observadas ocorrências de coprodução do bem público encontra-se nas redes de governança, com destaque para as várias atividades terceirizadas – consideradas – de coprodução. Parte das atividades da administração pública encontra-se realizada por organizações de fins lucrativo e não lucrativos. Em destaque, citam-se os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) que transferem algumas de suas responsabilidades à terceiros, visando aumentar a qualidade em seus processos.

Essa forma de expressão da governança pública insere-se como uma das respostas aos desafios presentes no SUS, o que exige refinamento de competências técnicas e gerenciais, bem como o confronto com os impasses políticos estruturantes Dentre os desafios enfrentados são citados: a definição de responsabilidade federativa, a utilização de serviços especializados, regulação contratual e gerencial, equidade no acesso a qualidade dos serviços, construção de base consistente de planejamento, entre outros (FLEURY et al., 2010).

Nesse contexto, torna-se relevante uma análise do sistema de coprodução da governança pública em áreas sociais essenciais, visto que o resultado de operacionalização, se virtuoso, provoca melhorias no tipo de serviço prestado para a sociedade como um todo. Um estudo sobre como o Estado, através de sua administração, repassa parte de suas funções a terceiros – embora sem perder o controle sobre eles – nos hospitais da região da Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina, pode contribuir para o debate brasileiro sobre o assunto.

Sob essa perspectiva, opta-se por concentrar o estudo em três hospitais da rede pública – Universitário, Regional e Celso Ramos. Tais hospitais figuram entre as maiores estruturas de prestação de serviços a saúde na região da Grande Florianópolis, atendendo milhares de pessoas/ano e congregando dezenas de organizações de fins lucrativo e não lucrativo no desenvolvimento de diferentes atividades sob suas estruturas. Tomando os referidos hospitais como objeto de estudo, busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorre o processo de coprodução dos serviços de saúde nos hospitais selecionados da região da Grande Florianópolis - SC?

Nesse sentido, o texto encontra-se dividido em seis seções. Na primeira seção, apresenta-se a introdução, contextualizando o objetivo do trabalho que é analisar o processo de coprodução dos serviços de saúde nos hospitais selecionados da grande Florianópolis; na segunda seção, faz-se o tratamento teórico evidenciando os aspectos centrais que norteiam a governança pública e o significado e características da coprodução; na terceira seção encontram-se os procedimentos metodológicos com destaque pela escolha dos hospitais selecionados; na quarta seção são apresentados os principais aspectos do SUS e estrutura, internações e serviços especializados nos hospitais; na quinta seção demonstra-se o modelo de coprodução dos hospitais e, por fim, discorre-se sobre as principais conclusões do estudo.

 **2 GOVERNANÇA PÚBLICA E A COPRODUÇÃO: ASPECTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS**

* 1. DOS MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA À GOVERNANÇA PÚBLICA

De acordo com Dias (2012), as administrações públicas, ao longo do tempo, empreendem mudanças em suas políticas de gestão e nas suas estruturas funcionais. Para a autora, as “reformas administrativas são promotoras de uma nova organização do Estado, que muda seus designs e suas práticas de administração, bem como a forma de se relacionar com a sociedade” (DIAS, 2012, p. 71). Nessa via, existem os modelos de gestão pública: patrimonialista, burocrático, gerencialista e governança pública.

O modelo patrimonialista caracteriza-se como um padrão de gestão pautada pela dominação entre a autoridade política e a população, onde era considerado aceitável a apropriação, por parte do governante, dos bens e recursos públicos ao seu interesse pessoal, de modo que o bem-estar da população era deixado de lado (FELINI, 2013, apud DRUMOND; SILVEIRA; SILVA, 2014).

O Estado patrimonialista é caracterizado pela não-separação entre o patrimônio da monarquia e o patrimônio público, de forma que o patrimônio público é confundido com os bens da realeza. Os servidores públicos julgam-se nobres e o aparato estatal é considerado uma extensão do poder monárquico: “o nepotismo e o empreguismo, senão a corrupção, eram a norma” (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 10).

Por sua vez, a administração pública burocrática busca a descontinuação com o modelo patrimonialista, objetivando limitar o abusivo poder arbitrário do soberano, por separar os interesses pessoais do gestor dos instrumentos colocados à disposição do poder público.

Nessa perspectiva, a reforma burocrática na gestão pública incorpora, segundo Dias (2012, p. 72):

(...) meios mais adequados para atingir melhores graus de eficiência, lançando mão dos princípios weberianos de formalização, divisão do trabalho, hierarquia, impessoalidade, meritocracia, separação entre propriedade e administração, profissionalização dos funcionários e previsibilidade, para atenuar os efeitos negativos do patrimonialismo e garantir os resultados demandados pelo capitalismo.

Drumond, Silveira e Silva (2014) apontam que a institucionalização dessa estrutura se fundamenta na implementação de normas voltadas em tornar as organizações mais eficientes. Nesse sentido, o modelo burocrático caracteriza-se como “o tipo ideal de dominação racional-legal de Max Weber, cujo objetivo é combater o nepotismo e a corrupção oriundos do modelo anterior” (FLORES; MATTA, s/d, p. 5).

A transição do Estado para o modelo gerencialista, de acordo com Matias-Pereira (2013), pode ser visualizada como uma mudança nas funções do Estado, o qual passa de provedor de bens e serviços a gestor e regulador desse processo. Administração pública gerencial ou gerencialista constitui um termo adotado por autores brasileiros para se referir, ao mesmo que a academia internacional costuma chamar de New Public Management (NPM).

O foco, agora, volta-se para o controle dos resultados, de forma a buscar o cumprimento de metas e o emprego eficiente do dinheiro público, diminuindo custos e, consequentemente, elevando a qualidade dos serviços disponibilizados aos cidadãos. A Administração Pública busca, assim, o atingimento de metas com a eficiência necessária.

As características centrais desse modelo, inclui além da busca pela eficiência e resultado, as descentralizações política e administrativa, reduzido nível organizacional hierárquico e gestão voltada ao atendimento do cidadão. Bresser Pereira (1996, p. 11 e 12), assim expressa, as características mais marcantes:

(1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal; (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) controle por resultados, a posteriori, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e (6) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.

 A governança pública, por sua vez, constitui um modelo de gestão, com algumas características vinda do modelo gerencialista, como as relacionadas à busca da eficiência, a descentralização administrativa e a gestão voltada para o cidadão. Nesse novo modelo, em destaca-se entre outras características marcantes, a abertura para maior participação da sociedade organizada e outros atores sociais na discussão dos problemas, na busca de soluções e no auxílio na elaboração das políticas públicas.

* 1. GOVERNANÇA PÚBLICA

De acordo com Secchi (2009), aflora-se no campo da administração pública a ideia de Governança Pública, a qual pode ser expressada através de um modelo colaborativo de relacionamento entre atores estatais e não estatais como maneiras de resolver problemas sociais. A governança, enquanto modelo de gestão, orienta o processo de políticas públicas, criando espaços para os diferentes atores influenciarem no processo de decisão; fazendo com que a governança traga à administração pública a perspectiva política, cujo poder de decisão ocorre em mecanismos participativos de deliberação.

Sanchez (2018, p. 94) descreve a governança pública como um conceito que engloba uma diversidade de mecanismos que interligam horizontalmente e verticalmente os exercícios de diversos atores, entre eles “políticos, funcionários públicos, comitês internacionais de organização governamentais e representantes e representantes de organizações não governamentais, bem como os especialistas”. Dessa maneira, um amplo espaço institucionalizado, embora “fino e parcial”, incorpora o Estado e se dedica à produção de bens públicos globais, em processo colaborativo.

A colaboração, nesse ambiente manifesto por vários atores, apresenta um papel fundamental, através do reconhecimento das dificuldades e sentimento de pertencimento ao todo. Neste sentido, a colaboração age como meio de aprendizagem dos atores, das instituições envolvidas e da própria rede, fazendo com que os problemas - bem como suas resoluções - sejam pensadas sob uma gama de óticas, o que enriquece o debate e facilita a resolução de conflitos (DIAS, 2012).

Matias-Pereira (2010) aponta que conceito de governança pública supera seus aspectos operacionais e incorpora novos elementos além dos tradicionais mecanismos de agregação e articulação de interesses - partidos políticos e grupos de pressão -: as redes sociais informais - famílias, fornecedores -, hierarquias e associações diversas. Para o autor:

Os aspectos frequentemente evidenciados nessa literatura sobre a governança estão relacionados: à legitimidade do espaço público em constituição; à repartição do poder entre aqueles que governam e aqueles que são governados; aos processos de negociação entre os atores sociais (...); e à descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar (MATIAS-PEREIRA, 2010, p. 115).

O movimento no que concerne à da Governança Pública apresenta-se como um modelo que traduz o novo papel do Estado, o qual se transforma afim de se adequar às mudanças ocorridas na sociedade: “é uma proposta alternativa para um projeto democratizante no qual os atores cooperam no sentido do interesse público, cabendo ao novo Estado a responsabilidade de fazer com que cada agente possa atuar além do autointeresse” (DIAS, 2012, p. 133).

Quadro 1: Características da Governança Pública

|  |  |
| --- | --- |
| **Características** | **Governança Pública** |
| **Objetivo central** | Eficiência e eficácia |
| **Valor buscado** | Equidade Social e responsividade |
| **Relação com ambiente** | Aberta a participação |
| **Poder do Estado** | Descentralizado *downward, upward e outward.* |
| **Processo de *Policy Making*** | Reunificação entre política e administração |
| **Funções administrativas**  | Enfatiza a coordenação do processo cooperativo e das redes.Adota a participação de outros atores em processos de coprodução Cria mecanismos de democracia representativa e diretaMantém funções controle e planejamento |

Fonte: Dias (2012).

Reforça-se com o modelo de governança pública, a forma de gestão que além de incluir o Estado, o ultrapassa, ao integrar em seu processo de governo agentes da sociedade civil, atribuindo a estes, relevante importância. Dessa maneira, passa a compreender “qualquer coletividade, pública ou privada, que se utilize de mecanismos formais ou informais de direção para demandar soluções, estruturar objetivos, direcionar problemas, buscar a efetivação de políticas públicas e gerar confiança” (PROCOPIUCK, 2013; PNUD, 1997, apud DIAS, 2012, p. 155).

Nessa perspectiva destacam-se, conforme Quadro 1, os atributos da governança pública: co-produção do desenvolvimento por meio da cooperação entre Estado, mercado e sociedade civil; coordenação estatal do processo de cooperação, exercendo papel de mediador das relações; delegação da autoridade estatal nas direções: *downward, outward e upward*, reconhecendo e incentivando o papel das redes; ênfase na eficiência e eficácia associando-as a mecanismos de democracia deliberativa e democracia direta para a busca de resultados responsivos - administrar o público para o público -; e planejamento com vistas à equidade e ao desenvolvimento regional (DIAS, 2012; KOOIMAN, 2003; PIERRE; PETERS, 2000; RHODES, 1997).

* 1. COPRODUÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Bier et al. (2009) indicam que, para se definir a coprodução do bem público em um sentido amplo, deve-se previamente compreender os seus elementos componentes. Dessa maneira, a definição de bem público “abrange tudo aquilo que tenha valor econômico ou moral e que seja suscetível de proteção jurídica” (MEIRELLES, 2000 apud BIER, et al., 2009, p. 1). Por sua vez, a coprodução concerne “a uma mistura crítica de atividades prestadas por agentes e cidadãos para a provisão de serviços públicos” (BRUDNEY; ENGLAND, 1983, apud BIER et al., 2009, p. 1).

A coprodução do bem público para Salm, Ribeiro e Menegasso (2007), é identificada como um modo de provisão de bens e serviços através de uma nova perspectiva de ação do Estado e da sociedade, cujos gestores públicos e os cidadãos participam do processo de concepção e prestação dos serviços. Esta concepção significa uma forma de produção dos serviços públicos onde podem participar o aparato público do Estado, as organizações privadas e do terceiro setor, além de arranjos comunitários e do cidadão que, em conjunto, compartilham entre si responsabilidades e poder (SALM, 2014).

O conceito de coprodução, conforme Levine (1984); Macaulay e Lawton (2006), está ancorado em concepções como a confiança mútua, a cooperação e a partilha da responsabilidade. A coprodução compõe bases sólidas para um relacionamento saudável entre o governo e a sociedade civil, tornando os cidadãos uma parte constituinte do processo de produção dos serviços públicos. Salm, Ribeiro e Menegasso (2007, p. 234) destacam:

[...] se conclui que a coprodução do bem público se caracteriza pela participação do governo, por meio do aparato burocrático do estado, pela participação ativa da comunidade, pelos esforços coletivos, pelo processo colaborativo, pela responsabilidade compartilhada, pelos resultados que beneficiam a todos, pela atmosfera de confiança, pela promoção da cidadania e pelo aprendizado coletivo.

Denhardt e Denhardt (2003) consideram o novo serviço público como o ponto de partida para o estímulo à coprodução. Nessa linha, os servidores públicos profissionais passam a não ser mais vistos como os detentores do poder de decisão no que se refere ao interesse público, passando a ser um ator-chave dentro de uma estrutura de governança, o qual inclui tanto as instituições e os representantes eleitos quanto os cidadãos.

De acordo com Dias (2012), um vasto conjunto de atividades de serviço podem ser englobados pela coprodução. Essa pode ser abordada através de várias abordagens alternativas. O co-comissionamento de serviços, por exemplo, compreende o coplanejamento de políticas públicas através de participação deliberativa; a codefinição de prioridades de serviços, a partir da realização de orçamentos individuais e participativos;e o cofinanciamento de serviços, na captação de recursos, implementação de taxas e decisões sobre aumento de impostos.

Outra configuração é a coentrega de serviços, a qual abarca a cogestão de serviços, comum na gestão comunitária de bens público e a correalização de serviços, uma atividade utilizada ao se auxiliar grupos com demandas específicas. A coavaliação de serviços, por outro lado, integrando o comonitoramento, pode ser visualizado em avaliações dos usuários on-line e participativas na comunidade (DIAS, 2012).

Nesses termos, a coprodução pode ser entendida como participação da sociedade nas ações e decisões governamentais: “a coprodução presume a participação de novos atores, além do Estado, na formulação e na implementação de bens e de serviços públicos, envolvendo o mercado e a sociedade civil” (FARAH, 2002 apud BIER, et al., 2009, p. 3). Assim posto, a participação do mercado abrange as iniciativas privadas lucrativa e não-lucrativa, sendo que a atuação da sociedade acontece através da ação das comunidades articuladas e dos cidadãos críticos e conscientes.

#

# GOVERNANÇA PÚBLICA E A COPRODUÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Buss et al. (2012) destaca a importância de se problematizar a maneira como se organiza e ocorre tanto a governança do desenvolvimento sustentável global e nacional, quanto as governanças específicas internas dos setores de saúde. Estes têm “suas próprias lógicas, mandatos, formas de operar, burocracias específicas, conceitos, disciplinas e métodos de trabalho que as compõem e/ou informam”, bem como relacionam-se com diferentes segmentos da sociedade (BUSS et al., 2012, p. 1480).

Granja e Zoboli (2012) demonstram que como resultado do processo de democratização da sociedade brasileira – Constituição de 1988 –, o Sistema Único de Saúde (SUS) exprime o quadro de mudanças, já que a saúde passou a ser encarada como um direito de todos, formaram-se ambientes coletivos de decisão compartilhada entre os três níveis da Federação e a sociedade foi integrada no processo deliberativo da política públicas, através dos conselhos e conferências de saúde (SANTA CATARINA, 2019).

Nessa perspectiva, o setor público de saúde tem experimentado, uma radical descentralização administrativa, passando a ser competência concorrente das três esferas de governo. Essas novas formas das relações entre as instâncias governamentais, e dessas com os serviços prestados e os novos modelos de gestão e gerência se alinharam à ideia de reforma. Pois dado que o modelo de administração burocrática se tornou um empecilho à eficiência da gestão pública das organizações no âmbito da saúde; requerendo, portanto, nova forma de gestão, postas sob novas bases colaborativas e cooperativas (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999).

No contexto de gestão compartilhada e inclusiva, o Estado passa a ser uma figura mediadora, que constantemente interage e mantém vínculos, não mais figurando somente no estabelecimento e conferência de eficácia, mas através do diálogo com os indivíduos e grupos sociais. E é neste movimento de gestão inclusiva que é promovida a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), a qual resulta em:

Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (GRANJA; ZOBOLI, 2012, p. 495).

Tal comportamento de cogestão e compartilhamento do poder implica o desenvolvimento dos espaços públicos e coletivos, o qual promova o diálogo e atue na construção compartilhada de conhecimentos, sempre incluindo os mais diversos atores no que se refere à tomada de decisão (GRANJA; ZOBOLI, 2012). Nessa perspectiva, ressalta-se a afirmação de Godoi, Andrade e Melo (2017, p. 2) acerca da governança nos sistemas de saúde:

No contexto atual dos sistemas de saúde, esse processo engloba várias instituições, em diversos níveis, e extrapola os espaços institucionais do Estado ao incluir membros da sociedade civil na tomada de decisão. Dessa forma, a governança assume características complexas, por envolver sujeitos com diferentes interesses e graus de autonomia (GODOI; ANDRADE; MELO, 2017, p. 2).

Nesse quadro, a sociedade e os poderes decisórios apresentam um papel ativo na cooperação entre os parceiros no circuito da política pública, de forma que “a participação ativa constitui a nova fronteira nas relações entre Administração e cidadãos” (GRANJA; ZOBOLI, 2012, p. 496). Estes não apenas influenciam o governo ou as ações conduzidas por ele, mas podem propor e discutir possibilidades, embora a decisão final e a responsabilidade pela formulação das políticas recaiam sobre a administração pública (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

# 3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

No propósito de proporcionar respostas à pergunta de pesquisa, utilizou-se o método de pesquisa descritivo. Esse método permite, segundo Gil (2002), a descrição das características do fenômeno ou da população, ou ainda a determinação de relações entre as variáveis observadas.

Como instrumento de pesquisa utilizou-se de entrevista semiestruturada. Para tanto, elaborou-se questionário com 20 questões, que permitiram, além dessas explorar outros aspectos relacionados ao objeto da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente.

Como sujeitos da pesquisa utilizou-se a escolha da amostra a partir da categoria não-probabilística. Para tanto, foram selecionados os agentes com disponibilidade e iniciativa em relação ao diálogo relacionado à governança pública e processo de coprodução dos serviços públicos de saúde. Obteve-se respostas de três servidores públicos distribuídos entre os três hospitais estudados.

No tocante à seleção da amostra, foram selecionados três hospitais na região da Grande Florianópolis, sendo dois estaduais, sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Governador Celso Ramos –, e um hospital federal – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Tais instituições foram escolhidas levando em conta seu grande porte, estrutura de funcionamento e a localização para atendimento da população em seu entorno e de diferentes regiões do Estado.

Por fim, para a realização da análise dos dados, elaborou-se tabelas derivadas das informações obtidas. Assim como, utilizou-se da técnica de análise de conteúdo das respostas dadas pelos agentes responsáveis dos hospitais em estudo às questões semiestruturadas. Segundo Bardin (2004) essa técnica descreve o conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não), que permite a inferência de conhecimento acerca das respostas obtidas.

1. **O SUS/SC E OS HOSPITAIS DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

O Sistema Único de Saúde é reconhecido como um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2019), a partir de dados extraídos do Departamento de Informática do SUS, são realizados anualmente cerca de 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11,5 milhões de internações hospitalares e 530 milhões de consultas médicas. O Brasil possui cerca de 6.000 hospitais, dos quais 4.400 são privados. Apesar disso, o SUS abrange a maior parte dos atendimentos hospitalares do país, com 302.542 leitos públicos ante os 135.481 particulares (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018).

Segundo relatório da Federação Brasileira de Hospitais e da Confederação Nacional de Saúde (2019), o Brasil apresentou um leve decréscimo no número de hospitais entre 2010 e 2019, passando de 6.907 para 6.702. Tal redução, porém, é visualizada somente em hospitais privados – nos quais houve uma diminuição de 560 hospitais, ou uma queda de 11,6% -, já que ocorreu um aumento no número de hospitais públicos - mais 355 hospitais, ou uma elevação de 17,1%. No que concerne à redução do número de hospitais privados, 451 ocorreram em estabelecimentos com fins lucrativos (- 15,7%) e 109 em instituições sem fins lucrativos (-5,6%).

Especificamente Santa Catarina possui 18.040 estabelecimentos de saúde, dos quais 261 são hospitais (TabNet, 2019). Os três hospitais selecionados da região da grande Florianópolis oferecem atendimento exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS) e operam sob a tutela da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES/SC).

O Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (HR) , localizado na cidade de São José, foi inaugurado em 1987 e hoje é um dos maiores hospitais do Estado. O HR possui Emergência Externa, Hospital Dia, Maternidade, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) além das Unidades de Internação (SANTA CATARINA, 2018). Considerado uma Unidade sem Atividade de Ensino, o HR classifica-se, em natureza jurídica, como um Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal. Sua atuação, em nível ambulatorial, compreende Média e Alta Complexidade e, em nível hospitalar, alta complexidade, sob gestão exclusivamente estadual (CNES, 2019). Foram realizados, no ano de 2018, uma média de 206.459 atendimentos na Emergência Externa, 108.687 atendimentos ambulatoriais e 9.415 cirurgias realizadas (SANTA CATARINA, 2019).

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) foi inaugurado em1966 e conta atualmente com unidades de internação, Emergência Externa (24h), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico, Ambulatório de Especialidades, Serviços de Diagnóstico por Imagem e Serviços de Apoio à Diagnose Terapia (SANTA CATARINA, 2019). O HGCR, segundo o CNES (2019), é classificado como uma Unidade Auxiliar de Ensino e insere-se em Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal. Entre suas atividades estão os serviços ambulatoriais e hospitalares de Média e Alta Complexidade, ambos sob gestão estadual.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) foi fundado em 1980, embora sua obra tenha se iniciado já em 1964. Além de ser referência no Estado, o HU é o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. Em 2016 a UFSC assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), passando a ser administrado através de uma atuação conjunta entre a Universidade e a Empresa. A Ebserh é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, originada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão da estrutura administrativa. Além de ser corpo clínico e cirúrgico, o HU conta ainda com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulta, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade, além de oferecer cerca de 106 vagas de residência médica (HU, 2022). Classificado como uma Unidade Universitária sob Autarquia Federal e mantido pela UFSC, o HU atua nos níveis de atenção básica (ambulatorial), média complexidade (ambulatorial) e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) (CNES, 2019).

Com intuito de elucidar a estrutura, internações, distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação e natureza jurídica nos hospitais pesquisados entre 2008 e 2019, apresenta-se o Quadro 2**.**

Quadro 2. Estrutura, Internações, distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação e natureza jurídica nos Hospitais entre 2008 e 2019.

|  |
| --- |
| **Estrutura, Internações, distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação e natureza jurídica nos Hospitais** |
| **Estrutura** |
|  | **HR** | **HGCR** | **HU** |
| Profissionais  | 1.183  | 785  | 1.832  |
| Leitos  | 329  | 150  | 218  |
| Consultórios  | 26  | 32  | 102  |
| Serviços de Apoio  | 11  | 8  | 10  |
| **Internações** |
| Internações  | 15.627  | 8.388  | 9.894  |
| **Distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação nos Hospitais** |
| Próprio  | 70,58  | 74,07  | 94,59  |
| Terceirizado  | 23,52  | 14,81  | 2,70  |
| Misto (Próprio e Terceirizado)  | 5,88  | 11,11  | 2,70  |
| **Distribuição percentual dos serviços especializados por natureza jurídica nos Hospitais** |
| Administração Pública  | 66,66  | 62,5  | 0  |
| Entidade Empresarial  | 25  | 25  | 100  |

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 2019.

De acordo com as informações acima, nota-se que o HU é a instituição que dispões de mais profissionais, com um total de 1.832, seguido pelo HR, que conta com 1.183 profissionais, e, o HGCR, com uma disposição de 785 profissionais. No que se refere ao quantitativo de leitos, por outro lado, o HR toma a primeira posição, com 329, seguido pelo HU, com 218, e, novamente, o HGCR com o menor quantitativo, 150 leitos.

O HU se destaca pela quantidade de consultórios, sendo 102 no total, enquanto os HGCR e HR apresentam, respectivamente, 32 e 26. Em relação aos serviços de apoio, estes não apresentam grande variação nas quantidades nas respectivas instituições, com uma totalidade de 11 no HR, 10 no HU e 8 no HGCR.

No que concerne ao quantitativo de internações dos hospitais selecionados, segundo ponto de atenção, estes se encontram no quadro a seguir. Os números se referem ao período compreendido entre os anos de 2008 e 2019, ou seja, os últimos onze anos. Da totalidade das 33.909 internações entre as três instituições no período visualizado, 15.627, ou 46,08%, ocorreram no HR, enquanto o HU foi responsável por 9.894 delas, ou 29,17%, e o HGCR apresentou 8.388 internações, ou 73%.

O último ponto do comparativo e o principal objeto desta análise refere-se ao processo de terceirização nos hospitais selecionados, que tratam, respectivamente, da distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação e a natureza jurídica dos prestadores terceirizados.

Os dados mostram que o HU é a instituição onde os serviços especializados prestados são quase que exclusivamente próprios, 94,59%, com apenas 2,70% terceirizados e 2,70% mistos. O HR é a instituição que mais terceiriza serviços especializados, de modo que 70,58% são próprios, 23,52% são terceirizados e 5,88% mistos. Sendo o hospital com mais serviços especializados do tipo misto, o HGCR conta com 74,07% destes como próprios, 14,81% como terceirizados e 11,11% como mistos.

No HR, conforme os dados do Quadro 2, 66,66% da totalidade dos vínculos terceirizados ocorrem com agentes públicos, enquanto 25% referem-se a entidades empresariais e 8,33% a entidades sem fins lucrativos. De modo semelhante, no HU estes valores representam, respectivamente, 62,5%, 25% e 12,5%. Com a totalidade de seus serviços terceirizados nas mãos de entidades empresariais, o HU não apresenta vínculos com entidades públicas ou sem fins lucrativos.

1. **O MODELO DE COPRODUÇÃO NOS HOSPITAIS SELECIONADOS: DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

5.1 A GOVERNANÇA PÚBLICA, O PROCESSO DE COPRODUÇÃO E A IMPLANTAÇÃO DE UMA BOA GOVERNANÇA

Conforme Secchi (2009), ao se explorar os conceitos de governança pública, “[...] a definição de governança não é livre de contestações”, visto que o termo, nas mais variadas áreas do conhecimento, é motivador de uma série de ambiguidades. O gestor público do Hospital Regional (HR), reconhecendo tal fenômeno destaca que:

“Governança é um conceito relativamente impreciso que procura definir uma forma de exercício do poder na administração dos recursos sociais e econômicos do país buscando alcançar o desenvolvimento através de um governo capaz de planejar, formular e implantar políticas e cumprir suas funções em conjunto com a sociedade civil organizada. Uma boa governança significa alcançar o desenvolvimento sustentável com crescimento econômico, redução da desigualdade social e garantia dos direitos humanos da população”.

A expressão “boa governança” (good governance), conforme o manual Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2018), foi criada pelo Banco Mundial e “sustentou estratégias de disseminação de boas práticas de políticas públicas fundamentadas em prescrições de instituições, ações e recursos necessários para o que deve ser um governo efetivo em um contexto democrático”.

O conceito original de boa governança refere-se, então, “à maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento” (Banco Mundial, 1989 apud CAVALCANTE; PIRES, 2018).

A percepção do gestor do Hospital Universitário (HU) sobre a governaça pública foi de que esta:

“envolve os esforços, dentro do organograma da instituição pública, voltados para uma boa gestão da estrutura de produção hospitalar. As boas práticas de gestão referem-se, neste caso, à busca constante de comprar pelo menor preço com recebimento da melhor qualidade. Significa receber pessoal treinado, no caso dos contratos de pessoal, ou material de qualidade em tempo hábil, no caso dos contratos de fornecimento. Isso tudo, conflui para a atividade-fim da instituição hospitalar, que é a promoção da alta do paciente”.

Em relação à implementação de uma boa governança, o gestor do HR destacou que depende de uma profunda discussão sobre o sistema de saúde e a disponibilidade de recursos por parte da sociedade. Segundo o entrevistado:

“Um sistema de saúde bem estruturado deve possuir uma rede de assistência básica à saúde (nível primário) com capacidade de fazer toda a atenção primária da população e o encaminhamento dos pacientes à rede hospitalar deve ser feito de forma hierarquizada (nível secundário – hospital geral, tipo HU; terciário – hospital especializado, tipo Instituto de Cardiologia ou Hospital Infantil Joana de Gusmão; e, quaternário – Hospital especializado na recuperação, tipo Rede Sarah Kubitschek). As ações de saúde devem buscar, inicialmente, a prevenção (vacinação, combate ao tabagismo e obesidade, pré-natal para as gestantes, etc.) e o controle das doenças degenerativas (doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, etc)”.

Capano, Howlett e Ramesh (2014), fundamentam teoricamente a ideia explanada pelo entrevistado, destacando que “a implementação de políticas públicas vai variar de acordo com as características do setor, da realidade socioeconômica, de seus atores, incentivos e restrições, em um cenário democrático”. Dentro do setor público, inclusive, “a complexidade e a interdependência desses fatores entre as arenas de políticas públicas – como a de infraestrutura e a social, por exemplo – são bem diferentes” (apud CAVALCANTE; PIRES, 2018, p. 15). A noção de governança dinâmica, ainda, “sugere que os modos de governança variam no decorrer do tempo, de acordo com os desenhos dos seus 16 arranjos e as mesclas de ferramentas de políticas públicas disponíveis” (CAPANO, HOWLETT e RAMESH, 2014, p. 15 e 16).

Quanto à implementação de uma boa governaça, pautada na transparência e a participação cidadã, o gestor do HCR cita que é importante que “o cidadão, além de ser assistido pela instituição nos aspectos relativos aos cuidados de saúde, consiga ter representatividade social dentro dessa estrutura”. Tal participação pode ser conseguida “através de políticas de inserção da comunidade, o atendimento de suas necessidades”. A transparência ocorre, então, “quando a instituição compreende que deve haver uma prestação de contas aos usuários”. Isso já ocorre em partes “com a publicação obrigatória dos dados produtivos mensais, com possibilidade de vistas pelas mais variadas esferas sociais”.

Por sua vez, o gestor do HU menciona que uma boa governança pode ocorrer através do estabelecimento de boas práticas de gestão aliada à exposição de dados, através das redes, de maneira transparente à sociedade, com intuito de que processo de gestão do serviço público, possa ser acompanhado e passível de críticas e, contribuições. Observatórios, para o entrevistado, poderiam figurar como uma boa medida de inserção da comunidade na execução orçamentária.

Quando questionado sobre o que considera como boas práticas de gestão, o gestor responde: “boas práticas referem-se à observação do que existe de interessante na iniciativa privada, na academia, e trazer pra dentro das empresas públicas como forma de melhorar a eficiência e a eficácia, através da otimização dos recursos”.Tais práticas de gestão:

“[...] vão levar a uma melhor racionalização do serviço público, que trabalha com o dinheiro do contribuinte. Pra isso, não adianta ter só uma estrutura física, mas também pessoas treinadas, equipe coesa, inovação, criatividade... [...] A ideia é que toda essa estrutura consiga se manter com o menor montante possível de recursos”.

A discussão teórica alinhada a esta percepção pode ser encontrada no documento “10 passos para a boa governança”, desenvolvido pelo Tribunal de Contas da União e publicado em 2014. Objetivando atuar como um “referencial básico de governança”, o escrito apresenta “boas práticas aplicáveis a órgãos e entidades” (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014, p. 28). Ao longo da publicação foram, então, expostas boas práticas de governança pública que, ao serem colocadas em prática, permitem desenvolver um melhor funcionamento dos órgãos e entidades públicos, contribuindo, entre outros aspectos, à entrega de benefícios sociais, econômicos e ambientais para a população.

**5.1.1 A contribuição da terceirização na prestação dos serviços públicos**

Na percepção do gestor do HR a possível contribuição do processo de terceirização à prestação dos serviços públicos de saúde abarca questões de terceirização de mão-de-obra e a de serviços. Segundo o entrevistado, há ganho de agilidade naadministração pública em relação às necessidades de pessoal, possibilitando que a substituição seja célere. Assim como, ressalta que dependendo do tipo de terceirização, permite-se melhro aproveitamento do espaço físico das empresas e dos seus recursos humanos.

Entretanto, menciona alguns pontos críticos como diferenças salariais, controle dos profissionais e dificuldade na contratação das empresas, como exposto:

“O grande problema é que a contratação de empresas de terceirização de mão de obra muitas vezes é problemática, pois quanto mais desqualificados forem os trabalhadores, menor será o seu salário e maior o lucro da empresa. O controle destes profissionais é muito complicado. Outro problema advém da significativa diferença dos salários em relação aos dos funcionários de carreira”.

Em relação ao segundo quesito apontado, a a terceirização de serviços, o gestor ressalta que esta é uma prática também de hospitais e empresas privadas, e a preocupação é com ocontrole de qualidade dos serviços prestados. Sob seu ponto de vista este tipo de terceirização “permite um melhor aproveitamento do espaço físico das empresas e também dos seus recursos humanos”.

No HCR a ponderação da contribuição da terceirização está direcionada para o tipo de atividade, meio ou fim. O benefício da terceirização estaria onde não há atividade-fim, ou seja, nos serviços de apoio: higiene, limpeza, segurança, nutrição, entre outros. Na concepção do entrevistado “Estes são os serviços que podem ser terceirizados sem grande impacto na finalidade social da instituição”.

No HU, o gestor acredita que a terceirização pode proporcionar ao ambiente de produção de serviços públicos de saúde, grandes contribuições ao atuar:

*“*Diminuindo os custos e acelerando o processo de reposição de mão- de-obra à medida que os funcionários públicos forem se aposentando, sendo transferidos. Ela agiliza o processo de alocação de mão-de-obra e reduz os custos através da inserção dos preços de mercado na estrutura da empresa pública”.

Em complemento a visão sobre a terceirização, o gestor do Hospital Universitário (HU) acredita ser *“*uma alternativa para a redução de custos e para o melhoramento do processo de gestão dentro da estrutura de produção. Com ela, você consegue adquirir através da concorrência de mercado, o que faz com que o preço baixe”. Entretanto, nem sempre a terceirização é oferecida com qualidade. Para que se evitem situações deste tipo, a instituição “precisa ter sempre instrumentos pra medir a eficiência dos contratos, a qualidade do produto ou serviço recebidos, etc.”. A terceirização então, para entrevistado, tem como principal objetivo a atenuação da variável custo, interligada com a busca pela agilidade.

Por sua vez, o gestor administrativo do Hospital Governador Celso Ramos (HCR), quando questionado sobre os aspectos da terceirização dos serviços públicos, ponderou:

“A Governança Pública pode ser até melhorada através do processo de terceirização. Entretanto, não vejo sustentação futura para esse fato: [...] ao se terceirizar em excesso, não se tem mais a estrutura, o comprometimento do pessoal, porque agora eles são terceirizados, com vínculo temporário, não havendo a manutenção de um comprometimento contínuo. Elas não assumem uma relação social com a instituição, sendo meros executores. A terceirização pode ter as suas vantagens, mas quando afeta a atividade-fim, a tendência é baixar a qualidade. Então, ela pode ser utilizada, desde que não diretamente na atividade-fim da instituição”.

A terceirização diretamente na atividade-fim é um assunto controverso e alvo de intensos debates. O plenário do Supremo Tribunal Federal, decidiu, entretanto, em 2018, que o emprego de terceirizados nas atividades-fim das empresas é constitucional. Pochmann (2014, p. 226) já alertava sobre as consequências da ampliação desregulada da terceirização para as atividades-fim: "o de aniquilamento do segmento interno do mercado de trabalho no país”. Suas consequências apontam, ainda, “para o reforço ainda maior de uma economia de baixo salário, elevada instabilidade nas relações de trabalho e ampla polarização social”. Para o autor, assim como para o respondente, torna-se relevante que a terceirização no Brasil ocorra sob o estabelecimento de uma regulação pública adequada e eficiente.

**5.1.2** **A posição do Estado no ambiente da coprodução e a relação entre coprodução de serviços e variáveis sociais**

No tocante à posição do Estado no ambiente colaborativo de prestação de serviços públicos - relação entre os setores público e privado -, o gestor do HR destacou que:

“Em princípio, a descentralização administrativa é benéfica pois aproxima o usuário dos centros de decisão, e, em países com uma sociedade civil organizada, ativa e consciente de seus direitos e deveres, certamente, garante uma melhor prestação dos serviços públicos. Com relação ao processo colaborativo, muitos dos serviços públicos podem ser realizados sem qualquer prejuízo à população, e, em muitos casos com uma melhora significativa no atendimento, por exemplo, no DETRAN e Cartórios. Porém, geralmente nestes casos o custo do serviço para a população é alto”.

O entrevistado destaca ainda que, algumas atividades devem ter realização exclusiva através da esfera pública: “alguns serviços, como por exemplo o sistema penitenciário, devem ser executados exclusivamente pelo Estado porque são atribuições dele por princípio. Isto pode causar diversos problemas e ser fonte de corrupção”.

Ao inserir os agentes privados nas suas atividades de prestação de serviços, para o gestor público do HCR, “o Estado não chega a perder seu papel soberano, mas ele tem dificuldade extrema de controle e vigilância desses contratos”. O entrevistado apresenta um aspecto preocupante no relacionamentoe entre os serviços público e privado:

*“*Em tempo integral as empresas ficam tentando achar brechas no contrato e na legislação, de forma que o serviço contratado sempre fica aquém do necessário. [...] Várias nuances nos contratos não permitem que o funcionário seja otimizado dentro da estrutura [...]. Além disso, existe uma dificuldade extrema na fiscalização dos contratos. [...]” *.*

Em relação à posição do Estado nesse novo ambiente, onde os esforços da administração pública se somam com os da iniciativa privada, o gestor do HU destacou a função do Estado como “gerador de empregos”, como segue:

“O Estado aparece como um gerador de empregos, seja ele controlando os trabalhadores que trabalharão efetivamente dentro da estrutura de governança física, ou alinhando os [trabalhadores] que serão apenas gerenciados externamente à essa estrutura”.

O entrevistado destaca ainda que estamos olhando para um ponto extremamente sensível dentro da estrutura de atuação do Estado, que é o referente à educação e à saúde: “somos um estabelecimento de saúde dento de uma universidade. Eu não vejo como o Estado sair dessas áreas, pelo menos não nesse momento [...]. O mesmo ocorre no âmbito da segurança pública”. Segue: “[...] acho plausível que ele consiga terceirizar, mas sempre garantindo os direitos constitucionais”. O Artigo 6o do Capítulo II da Constituição Federal delega que são direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

A coprodução dos serviços públicos, para o gestor do HR colabora para a administração flexível, participação cidadã, democracia, avaliação e implementação de políticas públicas e desenvolvimento social/econômico. Por sua vez, o gestor do HCR quando questionado sobre as variáveis sociais que são afetadas pela atividade coprodutiva, destacou a democracia, participação cidadã, desenvolvimento social/econômico, transparência, avaliação e implementação de políticas públicas, adesão aos cuidados de saúde, diálogo e construção compartilhada dos conhecimentos de saúde. No HU, o gestor relacionou a coprodução diretamente apenas com a gestão administrativa da instituição em questão.

* 1. O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO: RELACIONAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA COM AS EMPRESAS TERCEIRIZADAS E OS CONTRATOS TERCEIRIZADOS

No debate sobre a terceirização nos hospitais, a qual ocorre há mais de dez anos, os gestores de todas as instituições pesquisadas citaram que esta foi motivada pelo comprometimento do quadro funcional público e necessidade por ausência de competências técnicas internas. Os entrevistados do HCR e HU mencionaram ainda como motivo a iniciativa da gestão, o custo e a comodidade. No HR e HU a satisfação com este processo é intermediário e no HCR é baixo e o relacionamento com as empresas terceirizadas é ruim.

No HR, além de contratos com empresas terceirizadas, mantém contrato com instituições públicas e entidades sem fins lucrativos. Na maior parte do tempo, o relacionamento entre a Administração Pública e os prestadores de serviços terceirizados, no que se refere à confiança mútua, cooperação e partilha das responsabilidades, pode ser classificado como bom: “se os contratos são bem redigidos, as regras e as atribuições são claras e objetivas”.

No que se refere à cooperação mútua e à partilha de responsabilidades na prestação dos serviços públicos de saúde, o gestor do HCR apontou que “quando da existência de um bom sistema fiscalizatória e flexibilidade bilateral, com boas administrações e interesses das duas partes, pode-se melhorar os contratos e, consequentemente, o relacionamento entre as partes envolvidas”. Entretanto, para que isso ocorra, “depende muito do nível de interesse da empresa e do nível de interesse político do Estado”. O gestor demonstra a importância de um relacionamento flexível, baseado no diálogo, formalizado através de contratos bem redigidos e, posteriormente, fiscalizados satisfatoriamente.

Para o gestor do HU, em relação à cooperação com a Administração Pública “as empresas terceirizadas visam somente ao lucro, em detrimento da qualidade e da remuneração da mão-de-obra". Não existe, então, uma colaboração no sentido literal da palavra, mas sim "um contrato em que cada parte que cumprir com o que foi pactuado”. O relacionamento entre a administração pública e as empresas terceirizadas, para o entrevistado, é regular. Isso ocorre porque existem conflitos de interesse entre os agentes público e privado, visto que “enquanto o hospital busca elevada qualidade com preço competitivo, a empresa visa somente ao lucro”.

Acerca dos contratos em vigor, o gestor do HR não soube precisar a quantidade exata. No HCR, segundo o gestor, existem cerca de trinta contratos de prestação de serviços ou materiais em vigor no Hospital atualmente e no HU ao total são 80 contratos de terceirização. A duração destes contratos varia conforme a instituição. No HR os contratos variam conforme a natureza do objeto contratado, como exposto pelo gestor: “um contrato de manutenção de equipamentos, por exemplo, pode durar apenas três meses, enquanto um contrato de obras pode ser firmado tendo em vista os cinco próximos anos”. O gestor elucidou, entretanto, que a duração média de um contrato gira em torno de dois a cinco anos. Ainda conforme os gestores dos demais hospitais, no HCR o tempo médio de duração de um contrato é de um a dois anos e no HU entre dois a cinco anos.

Com relação à avaliação da prestação dos serviços terceirizados, ou seja, se o objeto contratado está sendo entregue ao contratante, além da qualidade destes, os gestores apontaram que esta atividade é realizada pelos fiscais de contrato. O gestor do HCR acrescentou que quando começam a surgir problemas, questiona-se em nível administrativo o cumprimento do contrato. Entretanto, “o maior problema são os contratos mal feitos, mal redigidos, o que impossibilita as suas cobranças posteriormente. Os contratos bem pensados podem evitar problemas futuros”.

O gestor do HUressalta que legislação é bem complexa e que há “uma série de acordos de níveis, que a empresa que é contratada tem que assumir e garantir que vai conseguir cumprir”. Como já informado, é a administração pública quem avalia se o objeto contratado está sendo entregue, além do nível de qualidade com que ele é prestado. Segundo o entrevistado, “para cada contrato existe um gestor, pra cada contrato existe um fiscal. Agora também existem determinadas áreas na estrutura da governança que são responsáveis por fiscalizar o andamento dos contratos”. Estão se aprimorando, na opinião do gestor, os instrumentos de controle dos serviços prestados pelas empresas terceirizadas.

Com relação à rescisão dos contratos, os gestores informaram que são raros os contratos rompidos por iniciativa da gestão pública, uma vez que em geral isso decorre de uma falta grave. O gestor do HCR destaca que normalmente o que ocorre são acordos e redefinições destes contratos. Segundo o gestor, no HU são rompidos aproximadamente 2% ou 3% dos contratos em decorrência da falta de fornecimento ou má qualidade na prestação dos serviços.As penalidades, por outro lado, são aplicadas constantemente, seja pelos fiscais, seja pelos gestores de contrato.

Ainda de acordo com o gestor "tais penalidades podem variar desde advertências, descontos no valor pago pelos contratos, multas (que podem chegar a 10% do valor do contrato), a inclusão da empresa em um cadastro de maus fornecedores na União até o rompimento do contrato”. Notificações constantes às empresas, se ignoradas, podem levar à sua proibição de participação em futuras licitações pelo período variável entre um a vinte e quatro meses.

**5.2.1 A influência de questões políticas ou de interesses pessoais nos contratos terceirizados**

A influência de questões políticas ou de interesses pessoais nos contratos terceirizados foi analisada de forma diferente em cada uma das instituições. Para o gestor do HR é baixa a probabilidade de que interesses pessoais ou políticos influenciem diretamente o processo de licitação e escolha de empresas prestadoras de serviço. O gestor aponta, por outro lado, a influência dos interesses econômicos no ambiente da prestação de serviços de saúde à população, privilegiando o acesso aos tratamentos e remédios caros para certa parte da população que, conta com recursos e acesso a processos judiciais favoráveis.

Por sua vez, segundo o gestor do HCR é “perfeitamente possível”que a influência de questões políticas ou de interesses pessoais nos contratos terceirizados ocorra, já que “esse é um dos objetivos da terceirização”. Salienta ainda que a “ terceirização é a precarização do trabalho, motivada pela ausência de estrutura do Estado como gestor oficial. Ela tem os seus meandres, podendo ser utilizada, mas sempre que está sendo instalada em nível nacional, causa problemas [...]”. Ao explanar sobre as empresas, destacou que “As empresas terceirizadas representam uma epidemia de processos trabalhistas em todo o Brasil; baixa qualidade, baixo pagamento, falta de profissionais, falta de material, tudo em prol de uma economia ‘burra’”.

Enquanto, o gestor do HU afirmou que *“*não existe espaço para tal fenômeno. [...] As normas da concorrência licitatória, geridas por lei, garantem a racionalização e a confiabilidade do processo [...]”.

* + 1. **Sobre as vantagens, desvantagens, limitações e futuro da terceirização**

Em relação às vantagens da terceirização citadas pelos entrevistados, o gestor do HR citou o foco maior nas atividades-fim e como desvantagem o aumento da dependência de terceiros. Por sua vez, a gestão do HCR destacou como vantagens a diminuição dos custos, maior facilidade administrativa/agilidade e liberdade decisórios, foco maior nas atividades-fim e dinamização do processo de trabalho e como desvantagem do processo de terceirização a piora da qualidade dos serviços prestados; dificuldades administrativas; má relação dos funcionários próprios e terceirizados; aumento da dependência de terceiros. No HU o reconhecimento das vantagens decorrentes da terceirização pelo gestor foram: diminuição dos custos, aumento da qualidade dos serviços prestados, maior facilidade administrativa/agilidade e liberdade decisórios, aumento da quantidade dos serviços prestados, dinamização do processo de trabalho e foco maior as atividades-fim. Os pontos avaliados como desvantagens foram: má relação entre os funcionários públicos e terceirizados; aumento da dependência de terceiros; dificuldades administrativas.

Quando questionado sobre os principais obstáculos ou limitações decorrentes da terceirização dos serviços nas instituições públicas ofertantes de serviços de saúde, o gestor do HR não fez apontamento e os gestores do HU e do HCR elencaram: má qualidade da prestação dos serviços; dificuldade de relacionamento com as empresas; alta mobilização/custos da fiscalização dos contratos; burocracia exacerbada.

A visão acerca do futuro da terceirização na instituição foi apontada pelo gestor do HR como “uma tendência crescente já vem sendo visualizada há algum tempo, não somente na área da prestação de serviços de saúde, mas da prestação de serviços públicos em geral”.Os gestores do HCR e HU apontaram também a tendência de aumento do processo de terceirização em virtude das políticas administrativa e fiscal assumidas pelos atuais governantes e intuito de reduzir custos e suprir mais rapidamente o déficit de funcionários.

**6. CONCLUSÕES**

A governança pública é considerada forma hodierna de modelo de administração pública. A participação dos atores sociais no processo de gestão pública, dentre os quais em processo de coprodução; abertura para ocorrência de processos cooperativos de diferentes naturezas; descentralização das atividades em distintos níveis institucionais locais, regionais, nacionais; busca da eficiência, eficácia e efetividade da gestão; e funções de controle e planejamento enquadram-se como características básicas.

 Destaque no rol dessas características, a coprodução, essa vista com uma forma de manifestação em que atores da sociedade civil – organizada e não organizada - e do mercado – iniciativas privada e não privada - participam da concepção e prestação de serviços públicos. Nesse contexto, ressaltam-se ocorrências de gestão comunitária, esforços coletivos, processo colaborativo, responsabilidade mútua, compartilhamento de conhecimento e confiança recíproca entre Estado, sociedade e mercado.

 O estudo de caso empreendido sobre a coprodução de serviços públicos nos Hospitais Regional, Celso Ramos e Universitário demonstrou que essa atividade ocorre na área da saúde pública, em linha com a orientação do governo federal de descentralização administrativa postas sob novas bases colaborativas e cooperativas. Nessa pesquisa, os gestores públicos entrevistados mostraram-se primeiro, entendimento do significado teórico de governança pública apontando várias de suas características nos seus discursos; e segundo, evidenciaram que uma boa governança no sistema de saúde requer estruturas física, organizacional e financeira - para atendimento da assistência básica da saúde a população.

A coprodução – terceirização – das atividades nos hospitais referenciados ocorre de forma distinta. Enquanto o Hospitais Regional e Celso Ramos optaram pela operacionalização dos aspectos de terceirização por uma gama de seus serviços especializados, o Hospital Universitário optou por utilizá-la em maior escala nos seus serviços de apoio, mantendo como próprias suas principais funções. Além disso, os primeiros realizaram contratos colaborativos com instituições de diferentes naturezas – privadas, públicas e sem fins lucrativos -, o último relacionaram-se, de maneira geral, com entidades empresariais.

 A percepção acerca da prestação de serviços sob a ótica de coprodução demonstrou, por um lado, um conjunto de vantagens entre as citadas o melhor aproveitamento dos recursos humanos e espaços físicos, foco maior nas atividades fins, agilidade na alocação de mão de obra e redução de custos. Por outro lado, foram citadas as desvantagens: maior dependência de terceiros, mão de obra muitas vezes desqualificada, reforça a diferenciação dos salários em relação aos funcionários de carreira, vínculo temporário do trabalhador impossibilita contínuo comprometimento com a instituição pública e os contratos mal redigidos com terceiros impossibilitam cobrança posteriores.

 Diante dessas considerações – vantagens e desvantagens - há uma compreensão consensual dos gestores que o movimento de transferir parte das atividades feitas anteriormente pelos hospitais para outros atores executarem, tende a se mostrar crescente no país. Nessa linha, estendem que a terceirização se expanda não só na área da saúde, mas também em outras áreas de atuação pública, dado que se constitui uma orientação das políticas administrativa e fiscal do governo federal.

**REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições. Portugal, Lisboa: Edições 70, 2004.

BIER, C. A. ; FEUERSCHÜTTE, S. G. ; SCHMITZ, L. C. ; BOUSFIELD, R. ; SIMM, T. A. ; PENA, F. T. G. . Sociedade, empresa e governo: uma experiência de implementação de um novo paradigma de democracia participativa. **Cadernos EBAPE** (FGV) , v. 8, p. 580/artigo 1-599, 20009.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial**. Revista do Serviço Público**, Ano 47, Volume 121, Número I, Jan-Abr 1996.

BRUDNEY, J. L.; ENGLAND, R. Towards definition of the co-production concept. **Public Administration Review,** n.43, p.59-65, July/Aug. 1983.

BUSS, P. M.; MACHADO, J. M. H.; GALLO, E.; MAGALHÃES, D. P.; SETTI, A. F. F.; FRANCO NETTO, F. A.; BUSS, D. F. **Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(6): 1479-1491, 2012.

CAPANO, G.; HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Varieties of governance:** dynamics, strategies, capacities. Berlin: Springer, 2014.

CAVALCANTE, P.; PIRES, R. **Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental.** Nota Técnica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2018. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8581/1/NT\_24\_Diest\_Governan%C3% A7a.pdf>. Acesso em 20. Nov. 2019.

CHERCHIGLIA, M, L; DALLARI, S. G. **A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência.** Rio de Janeiro n(5):b5-84, set/out. 1999.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/> . Acesso em: Mai. 2019.

DENHARDT, R. B.. DENHARDT, J. V. The new public service: serving, ot steering. New York: M.E. Sharpe, 2003.

DIAS, T. **Governança Pública:** uma concepção teórico-analítica aplicada no governo do Estado de Santa Catarina a partir da implantação das Secretarias de Desenvolvimento Regional. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, vol. 24, nº 01, p. 37-57. Salvador, 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1>. Acesso em 20 de novembro de 2019.

DRUMOND, A. M.; SILVEIRA, S. de F. R.; SILVA, E. A. Predominância ou Coexistência? Modelos De administração Pública Brasileira Na Política Nacional De Habitação. **Revista de Administração Pública**, 2014, *48*, 3 a 26.

FIOCRUZ. **SUS**. Pense SUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 18. Set. 2019.

FLEURY S.; OUVERNEY, A. L. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**. 2010; 28(6):446 - 55.

FLORES, M. V.R.; MATTA, I, B. **Os modelos de administração pública: reflexão sobre o perfil dos servidores públicos do município de Santana do Livramento**. Disponível em : < https://dspace.unipampa.edu.br/handle/riu/2941 >. Acesso em: Mar. 2022.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Concentrada em grandes cidades, oferta de leitos hospitalares diminui na maior parte do país.** Maio de 2018. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/concentrada-em-grandes- cidades-oferta-de-leitos-hospitalares-diminui-na-maior-parte-do-pais.shtml>. Acesso em: 19. Set. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GODOI, H.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F. **Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015:** sistema de governança e a atenção à saúde bucal. Cadernos de Saúde Pública 2017; 33(9): e00133516. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09- e00133516.pdf>. Acesso em 10. Mai. 2018.

GRANJA, G. F; ZOBOLI, E. L. C. P. **Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):494- 501.

KOOIMAN, J. **Governing as Governance**. Londres: Sage, 2003.

LEVINE, C. H. Citizenship and service delivery: the promise of coproduction. **Public Administration Review**, v.44, p.178-184, 1984.

MACAULAY, M., LAWTON, A. From virtue to competence: changing the principles of public service. **Public Administration Review**, p. 702-710, Sept/ Oct 2006.

MATIAS-PEREIRA, J. A. **Governança Corporativa aplicada no setor público brasileiro.** APGS, Viçosa, v.2, n.1, p. 109-134, janeiro/março 2010.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2000.

PIERRE, J.; PETERS, B. G. **Governance, Politics and the State.** Houndmills: MacMillan Press, 2000.

RHODES, R. A. W. **Understanding Governance:** policy netwooks, governance, reflexivity and accountability. 1 ed. Maidenhead: Open University Press, 1997.

SANCHEZ, F. M. **Redes de Governança: um estudo multicasos no setor público em Santa Catarina.** Tese (doutorado em administração) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

SALM, J.F. **Coprodução de Bens e Serviços Públicos**. Dicionário para Formação em gestão Social, BOULOSSA, R. F. (organizadora). Salvador: Editora CIAGS/UFBA, 2014. 210 p

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E.; RIBEIRO, R. M. **Co-produção do bem público e o desenvolvimento da cidadania:** o caso do PROERD em Santa Catarina. Alcance - UNIVALI - Vol. 14 - n.2 p. 231 - 246 - Mai / Ago 2007.

SANTA CATARINA. **Governo do Estado lança plataformas de dados e conhecimentos aplicados à governança e políticas públicas.** Dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/desenvolvimento- economico/governo-do-estado-lanca-plataformas-de-dados-e-conhecimentos-aplicados- a-governanca-e-politicas-publicas>. Acesso em 24 de junho de 2019.

SANTA CATARINA. Diretoria de Auditoria Geral. **Manual de Contratos de Prestação de Serviços Terceirizados.** Florianópolis, 2009. Disponível em <http://www.sef.sc.gov.br/arquivos\_portal/assuntos/13/manual\_terceirizacao\_ed\_nova.p df>. Acesso em 30 de outubro de 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Dez passos para a boa governança.** Brasília, 2014.Disponível em <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/10-passos-para-a-boa- governanca.htm>. Acesso em 20. Nov. 2019.