

O sistema de coprodução da Governança pública: estudo de caso dos hospitais da Grande Florianópolis

Public governance co-production system: case study of the hospitals of Grande Florianópolis

Silvio Antônio Ferraz Cário

Doutor em Ciência Econômica, Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: fecario@yahoo.com.br

 0000-0002-7839-7680

Mariana Rodrigues Bressan

Graduada em Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail:

mariana.rbressan@gmail.com

 0000-0002-5766-4372

Paola Azevedo

Doutora em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: paola.azevedo@ufsc.br

 0000-0003-0312-8854

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar o processo de coprodução dos serviços de saúde em três hospitais da Grande Florianópolis: Hospital Universitário, Celso Ramos e Regional. Para tanto, foram entrevistados servidores públicos vinculados a esses hospitais. Constataram-se as vantagens – redução de custos, aproveitamento do espaço físico e maior agilidade nos processos –, e as desvantagens – qualidade questionável dos serviços prestados e falta de comprometimento do trabalhador – do processo de coprodução.

Palavras-chave: governança pública; coprodução; hospitais

Abstract

The objective of this article is to analyze the process of co-production of health services in three hospitals in Grande Florianópolis: Hospital Universitário, Celso Ramos, and Regional. To achieve this, public servants linked to these hospitals were interviewed. The advantages of the co-production process identified were cost reduction, the utilization of physical space, and greater agility in processes. The disadvantages were the questionable quality of services provided and the lack of worker commitment.

Keywords: Public governance; co-production; Hospitals.

DOI: 10.18616/rdsd.v10i1.8303

Recebido: 29/10/2023

Aprovado: 19/03/2024

1. Introdução

Assim como o padrão produtivo existente no sistema capitalista passa por revoluções tecnológicas – 1^a, 2^a, 3^a. e 4^a. – provocando mudanças significativas na forma e na organização da produção de riqueza, o Estado, também, passa por transformações na sua gestão. Nessa linha, ao longo do tempo, firmam-se diferentes modelos de administração pública: patrimonialismo, burocrático, gerencialismo e, nos últimos tempos, a governança pública. Cada modelo contém especificidades próprias, possibilitando, contudo, ao ser superado, agregar algumas características do anterior, numa demonstração de aprendizado em construção histórica.

Em tempos recentes, a governança pública tem se caracterizado por processos cooperativos entre o Estado, a sociedade e o mercado, despertando nos atores o sentimento de pertencimento ao todo. Além disso, outras características se fazem presentes como busca da eficiência administrativa, transparência de gestão, descentralização das atividades em várias dimensões - *downward*, *upward* e *outward*, ênfase ao planejamento e coprodução do bem ou serviço público (Koimann, 2003; Pierre; Peter 2000; Rhodes, 2010).

A coprodução de bens públicos ou serviços públicos envolve a colaboração entre organizações formais, sejam elas públicas ou privadas, organizações não governamentais, grupos comunitários e cidadãos na distribuição de responsabilidades e autoridade para oferecer esses serviços. Essa cooperação é considerada interessante tanto para o Estado quanto para os cidadãos, pois possibilita uma participação mais significativa dos diferentes atores na prestação dos serviços públicos voltados para a sociedade (Salm, 2014).

Atualmente, observam-se ocorrências de coprodução do bem público nas redes de governança, com destaque para as várias atividades terceirizadas – consideradas – de coprodução. Parte das atividades da administração pública é 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 a terceiros, visando aumentar a qualidade em seus processos.

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

Diante desse quadro, 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 de como o Estado, através de sua administração, repassa parte de suas funções a terceiros

– sem perder o controle sobre suas ações – nos hospitais da região da Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina, pode contribuir para o debate brasileiro sobre o assunto.

Sob essa perspectiva, optou-se por concentrar o estudo em três hospitais da rede pública – Hospital Universitário, Hospital Regional e Hospital Celso Ramos. Tais hospitais figuram entre as maiores estruturas de prestação de serviços à saúde na região da Grande Florianópolis, atendendo milhares de pessoas/ano e congregando dezenas de organizações de fins lucrativos e não lucrativo em diferentes atividades. Tomando os referidos hospitais como objeto de estudo, busca-se 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, organiza-se o conteúdo deste artigo em seis seções. Na primeira seção, apresenta-se esta introdução, contextualizando o objetivo do trabalho; na segunda seção, faz-se o tratamento teórico, evidenciando os aspectos centrais da governança pública e o significado e características da coprodução; na terceira seção, descrevem-se os procedimentos metodológicos, com destaque para a escolha e breve histórico dos hospitais selecionados; na quarta seção, apresentam-se os principais aspectos do SUS/SC e sua estrutura, internações e serviços especializados nos hospitais selecionados; na quinta seção, expõe-se o modelo de coprodução dos hospitais referenciados; e, por fim, na sexta seção, encontram-se as conclusões do estudo.

2. Governança Pública e Coprodução: aspectos analíticos

2.1 Dos modelos de Administração Pública à Governança Pública

Ao longo do tempo, percebe-se que as administrações públicas empreendem mudanças tanto em suas políticas de gestão quanto em suas estruturas funcionais. Surgem modelos de gestão pública construídos ao longo do tempo, sendo referenciado na literatura o patrimonialista, burocrático, gerencialista e governança pública.

O modelo patrimonialista caracteriza-se como um padrão de gestão baseado na dominação entre a autoridade política e a população, onde é considerada aceitável a apropriação, por parte do governante, dos bens e recursos públicos para seu interesse pessoal, resultando no prejuízo do bem-estar da população (Felini, 2013). É caracterizado pela não separação entre o patrimônio da monarquia e o patrimônio público, confundindo o patrimônio público com os bens da realeza. Os servidores públicos julgam-se nobres e o aparato estatal é uma extensão do poder monárquico: “o nepotismo e o empreguismo, senão a corrupção, eram a norma” (Bresser-Pereira, 1996, p. 10).

A administração pública burocrática busca a descontinuidade do modelo patrimonialista, ao separar os interesses pessoais do gestor dos instrumentos colocados à disposição do poder público. Nessa perspectiva, incorpora a divisão do trabalho, a hierarquia, a impessoalidade, a meritocracia, a distinção entre a propriedade e administração, a

profissionalização dos funcionários e a diminuição dos efeitos danosos do patrimonialismo, entre as características.

A transição do Estado para o modelo gerencialista, de acordo com Matias-Pereira (2010), pode ser vista como uma mudança nas funções do Estado, o qual passa de provedor de bens e serviços a gestor e regulador desse processo. O termo administração pública gerencial ou gerencialista foi adotado por autores brasileiros para se referir ao que a academia internacional costuma chamar de *New Public Management* (NPM).

O foco, no Estado gerencial, volta-se para o controle dos resultados, de forma a buscar o cumprimento de metas e o emprego eficiente do dinheiro público, diminuição de custos e elevação da qualidade dos serviços. A Administração Pública busca, assim, o atingimento de metas com a eficiência necessária. Além disso, encontram-se presentes as descentralizações política e administrativa, o reduzido nível organizacional hierárquico e a gestão voltada ao atendimento do cidadão. Dentre as principais características, Bresser Pereira (1996) destaca: descentralização política, descentralização administrativa, organizações com pouca hierarquia, presunção de confiança, controle por resultados e administração dirigida ao cidadão.

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

2.2 Dos modelos de Administração Pública à Governança Pública

De acordo com Secchi (2009), aflora, no campo da administração pública, a ideia de Governança Pública, a qual pode ser expressa através de um modelo colaborativo de relacionamento entre atores estatais e não estatais como forma de resolver problemas sociais. A governança, como modelo de gestão, orienta o processo de políticas públicas, criando espaços para os diferentes atores, permitindo-lhes influenciar no processo de decisão. Desse modo, possibilita 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, capazes de interligar, horizontal e verticalmente, os exercícios de diversos atores, como: "políticos, funcionários públicos, comitês internacionais de organizações governamentais e representantes e representantes de organizações não governamentais, bem como os especialistas". Em um espaço institucionalizado, o Estado possibilita o exercício dos diversos atores na produção de bens públicos globais, em processo colaborativo.

A colaboração entre os diferentes atores representa importante fundamento para superação das dificuldades que se apresentam na gestão pública. Os atores ao cooperarem formam redes e demonstram esforços coletivos e sentimento de pertencimento. A

colaboração possibilita os atores aprenderem a enfrentar os problemas e a buscarem suas resoluções. Cria condições de enriquecer o debate e a busca de solução para os problemas e conflitos deparados pelo setor público na sociedade (Sorensen; Torfing, 2009; Torfing; Sorensen, 2014; Sanches; Cario, 2020).

Matias-Pereira (2010) aponta que o conceito de governança pública deve superar seus aspectos operacionais e incorporar 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 a governança relaciona-se, dentre outros aspectos, "à legitimidade do espaço público em constituição; à repartição do poder entre aqueles que governam e os que são governados; aos processos de negociação entre os atores sociais [...]" (Matias-Pereira, 2010, p. 115)."

Esse movimento da Governança Pública apresenta-se como um modelo que traduz o novo papel do Estado, o qual se transforma a fim de se adequar às mudanças ocorridas na sociedade. Trata-se de um projeto democratizante em que atores participam de processos voltados ao interesse público. Cabendo ao Estado, nesse contexto, a responsabilidade de fazer com que cada ator deixe de levar o autointeresse e atue em favor da sociedade.

Com o modelo de governança pública, reforça-se 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. Possibilita estabelecer mecanismos formais e informais direcionados a buscar soluções, definir objetivos, fixar estratégias, empreender ações, enfim realizar esforços voltados à efetividade das políticas públicas (Procopiuck, 2013; PNUD, 1997). Nesse contexto, o Estado não deixa de ter funções importante no desenvolvimento da sociedade, abre para participação de outros atores e atua como ator maior na coordenação dos eventos (Motta, 2013; Pedersen; Sehested; Sorensen, 2011).

Quadro 1: Características teóricas 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 <i>downward, upward e outward</i> .
Processo de <i>Policy Making</i>	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 direta; mantém funções controle e planejamento

Fonte: Elaborado a partir de Sanches, 2018.

Nessa perspectiva, destacam-se, conforme o Quadro 1, os atributos da governança pública: coprodução 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 responsáveis - administrar o público para o público -; e planejamento com vistas à equidade e ao desenvolvimento regional (Kooimank, 2003; Pierre; Peters, 2000; Rhodes, 2010).

2.3 Coprodução dos serviços públicos

A definição de coprodução do bem público perpassa pela compreensão dos elementos que o compõem. O bem público é algo que possui valor econômico ou moral e é capaz de ser protegido legalmente (Meirelles, 2000). Pode ser entendido como um conjunto crítico de atividades prestadas por agentes para realizar serviços públicos (Bier et al, 2010).

A coprodução do bem público, para Salm, Menegasso e Ribeiro (2007), é identificada como um modo de provisão de bens e serviços através de uma nova perspectiva de ação do Estado e da sociedade, em que os gestores públicos e os cidadãos participam, conjuntamente, do processo de concepção e prestação dos serviços. Essa perspectiva implica em um modelo de produção de serviços públicos no qual o aparato estatal, organizações privadas, entidades do terceiro setor, assim como arranjos comunitários e cidadãos têm a oportunidade de colaborar em conjunto, dividindo responsabilidades e autoridade entre si (Salm, 2014).

O conceito de coprodução, conforme Levine (1984) e Macaulay e Lawton (2006), ancora-se em concepções, como confiança mútua, cooperação e partilha da responsabilidade. Nesse sentido, a coprodução constitui bases sólidas para um relacionamento saudável entre o governo e a sociedade civil, convertendo os cidadãos em parte constituinte do processo de produção dos serviços públicos. Salm, Menegasso e Ribeiro (2007) concluem que a coprodução do bem público é marcada pela participação do governo através de sua estrutura burocrática, pelo envolvimento ativo da comunidade, pela colaboração conjunta, pela responsabilidade compartilhada, pelos resultados que beneficiam a coletividade, pela criação de uma atmosfera de confiança, pela promoção da cidadania e pelo processo de aprendizado em conjunto.

Denhardt (2012) e Poocharoen Ting (2015) consideram no novo serviço público, um ponto de partida para o estímulo à coprodução. Nessa linha, os servidores públicos profissionais deixam de ser vistos como os detentores do poder de decisão, no que se refere ao interesse público, passando a agirem como atores-chave dentro de uma estrutura de governança, na qual incluem-se tanto as instituições e os representantes eleitos quanto os cidadãos.

De acordo com Bovair e Loeffler (2013), um vasto conjunto de atividades de serviço pode ser englobado pela coprodução, a qual pode ser tratada através de várias abordagens alternativas.

O cocomissionamento 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 visualizada nas avaliações dos usuários, *on-line* e participativas na comunidade (Sanches, 2018).

Nesses termos, a coprodução pode ser entendida como a participação da sociedade nas ações e decisões governamentais, isto é a coprodução envolve a participação de novos atores, além do Estado, tanto na concepção quanto na realização de bens e serviços públicos, com a colaboração do mercado e da sociedade civil (Farah, 2002). Assim posto, a participação do mercado abrange as iniciativas privadas lucrativa e não lucrativa e da sociedade ocorre através da ação das comunidades articuladas e dos cidadãos conscientes.

2.3 Governança pública e a coprodução no campo da saúde

É importante problematizar a maneira como é organizada e como ocorre tanto a governança do desenvolvimento sustentável global e nacional, quanto as governanças específicas internas dos setores de saúde. No caso dos setores de saúde, destaca-se que eles 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. 1.48).

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 esse quadro de mudanças, já que a saúde passou a ser encarada como um direito de todos; ambientes coletivos de decisão compartilhada entre os três níveis da Federação foram formados; e a sociedade foi integrada ao processo deliberativo da política públicas, através dos conselhos e de 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, federal, estadual e municipal. Essas novas formas de relação entre as instâncias governamentais, e destas com os serviços prestados, e os novos modelos de gestão e gerência se alinharam à ideia de reforma. Isso torna-se necessário, 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, posta sob novas bases colaborativas e cooperativas (Cherchiglia; Dallari, 1999).

No contexto de gestão compartilhada e inclusiva, o Estado passa a figurar como elemento mediador, que constantemente interage e mantém vínculos, figurando não mais somente como estabelecedor e conferidor de eficácia, atuando agora através do diálogo com indivíduos e grupos sociais. Assim, é neste movimento de gestão inclusiva que se promove a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), a qual requer a construção e trocas solidárias, com enfoque tanto na produção de saúde como de sujeitos; gestão coletiva e participativa e ações que humanizem a rede do SUS, envolvem todos os agentes dos usuários aos gestores (Granja; Zoboli, 2012).

Tal comportamento de cogestão e compartilhamento do poder implica o desenvolvimento dos espaços públicos e coletivos, que 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, destaca-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 representam 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). Esses atores 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. Procedimentos metodológicos

No propósito de fornecer respostas à pergunta de pesquisa, utiliza-se o método de pesquisa descritivo, o qual, segundo Gil (2002), permite a descrição das características do fenômeno ou da população, ou, ainda, a determinação de relações entre as variáveis observadas. Como instrumento de pesquisa, recorre-se de entrevista semiestruturada, exposta no Apêndice, composta de 20 questões iniciais, realizadas presencialmente.

No tocante à determinação da amostra, três hospitais na região da Grande Florianópolis são selecionados, 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 Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina. Tais instituições são escolhidas levando em consideração seu grande porte, a estrutura de funcionamento e a localização para atendimento da população em seu entorno, além daquela proveniente de diferentes regiões do Estado.

No processo de seleção dos 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 ao processo de coprodução dos serviços públicos de saúde. Com esse procedimento, obteve-se respostas de três servidores públicos que assumem cargos de gestores, distribuídos entre os três hospitais estudados.

Por fim, para a realização da análise das informações obtidas utiliza-se a técnica de análise de conteúdo fornecido pelos entrevistados, agentes responsáveis dos hospitais em estudo, em resposta às questões semiestruturadas. Segundo Bardin (2004), essa técnica descreve o conteúdo das mensagens e os indicadores (quantitativos ou não), permitindo a inferência de conhecimento acerca das respostas obtidas.

4. O SUS e os Hospitais de Grande Florianópolis

O Sistema Único de Saúde é reconhecido como um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2019), dados do Departamento de Informática do SUS apontam que 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. Mesmo assim, 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 relatórios da Federação Brasileira de Hospitais e da Confederação Nacional de Saúde (2019), o Brasil apresenta um leve decréscimo no número de hospitais entre 2010 e 2019, passando de 6.907 para 6.702. Tal redução é visualizada somente em hospitais privados – em cuja rede houve uma diminuição de 560 hospitais, ou uma queda de 11,6% -, já que se constata um aumento no número de hospitais públicos - mais 355 hospitais, elevação de 17,1%. No tocante à redução do número de hospitais privados, 451 ocorrem em estabelecimentos com fins lucrativos (- 15,7%) e 109 em instituições sem fins lucrativos (-5,6%).

Santa Catarina possui 18.040 estabelecimentos de saúde, dos quais 261 são hospitais (TabNet, 2019). Os três hospitais selecionados para este estudo, situados na 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). O HR classifica-se, em natureza jurídica, como um Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal. Sua atuação compreende Média e Alta Complexidade e, em nível hospitalar, Alta Complexidade, sob gestão exclusivamente estadual

(CNES, 2019). No ano de 2018 registram-se, em média, 206.459 atendimentos na Emergência Externa, 108.687 atendimentos ambulatoriais e 9.415 cirurgias (SANTA CATARINA, 2018).

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado em Florianópolis, inaugurado em 1966, 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, 2018). 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), localizado em Florianópolis, fundado em 1980, embora sua obra tenha se iniciado já em 1964, é 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. Além de seu corpo clínico e cirúrgico, o HU conta com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulta, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de Média e Alta Complexidade. Oferece 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 apresentar o sistema de estrutura, internações, distribuição percentual dos serviços especializados, por natureza de prestação e natureza jurídica nos hospitais pesquisados, envolvendo o período entre 2008 e 2019, elabora-se a Tabela 1, onde, de acordo com as informações, nota-se que o HU é a instituição que dispõe 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 tocante a quantidade de leitos, 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, 102 no total; enquanto os HGCR e HR possuem, respectivamente, 32 e 26 consultórios. Em relação aos serviços de apoio, não se constata grande variação nas quantidades nas respectivas instituições, com uma totalidade de 11 no HR, 10 no HU e 8 no HGCR. E, em relação as internações nos referidos hospitais, no período entre 2008 e 2019, a totalidade das 33.909 internações referentes às três instituições distribui-se em 15.627, 46,08%, no HR; 9.894, 29,18% no HU; e 8.388, 24,74% no HGCR.

Tabela 1: Estrutura, internações, distribuição percentual dos serviços especializados por natureza de prestação e natureza jurídica nos hospitais públicos da região da Grande Florianópolis (SC), 2022.

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 – 2008 a 2019			
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	66,67	62,5	0
Entidade Empresarial	25	25	100
Entidades sem fins lucrativos	8,33	12,5	0

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 2022.

No tocante ao processo de terceirização nos hospitais selecionados, 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, sendo 70,58% próprios, 23,52% são terceirizados e 5,88% mistos. O hospital com mais serviços especializados do tipo misto é o HGCR, contando com 74,07% como próprios, 14,81% terceirizados e 11,11% mistos. No HR, 66,67% da totalidade dos vínculos terceirizados ocorrem com agentes públicos, enquanto 25% referem-se a entidades empresariais e 8,33% a entidades sem fins lucrativos. No HGCR, 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.

5. O modelo de coprodução nos hospitais selecionados: discussão e apresentação dos resultados

5.1 A governança pública, o processo de coprodução e a implantação da boa governança

Conforme Secchi (2009), ao se explorar os conceitos de governança pública, constata-se que “[...] 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. Nesse sentido, 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. (Gestor HR)

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), criada pelo Banco Mundial, sustenta o desenvolvimento boas práticas de políticas públicas alicerçadas em instituições, ações e recursos para que um governo seja efetivo em um ambiente democrático.

Desse modo, entende-se que o conceito original de boa governança refere-se à forma de exercício do poder na gestão dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento (Cavalcante; Pires, 2018).

Na percepção do gestor do Hospital Universitário (HU), a governança pública:

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 conflui para a atividade-fim da instituição hospitalar, que é a promoção da alta do paciente. (Gestor HU)

Quanto à implementação de uma boa governança, o gestor do HR destaca que, para isso, é necessário haver 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)”. (Gestor do HR)

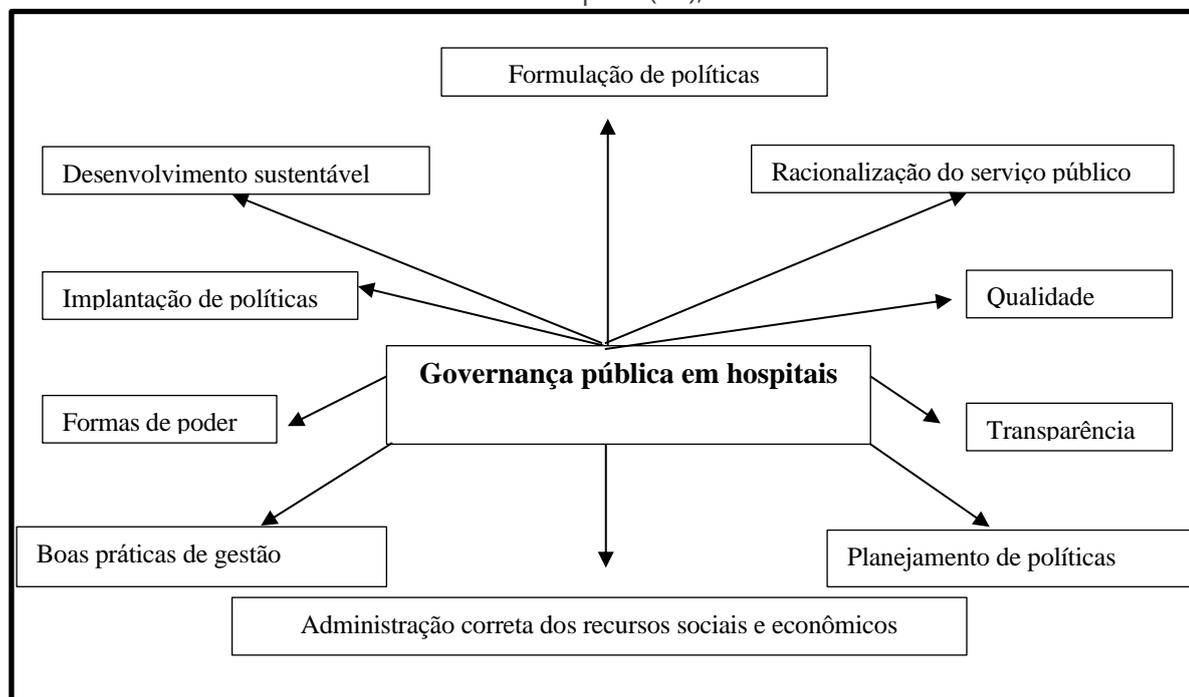
Capano, Howlett e Ramesh (2014) fundamentam a ideia explanada pelo gestor do HR, destacando que a maneira como as políticas públicas são implementadas varia consideravelmente, dependendo das características específicas de cada setor, da realidade socioeconômica em questão, dos diversos atores envolvidos, bem como dos incentivos e restrições presentes, especialmente em um contexto democrático. Alinhada a essa perspectiva, a ideia de governança dinâmica sugere que os métodos de governança não

são estáticos, mas sim evoluem ao longo do tempo, adaptando-se aos diferentes arranjos institucionais e às combinações de instrumentos de políticas públicas existentes.

Ainda sobre a implementação de uma boa governança, pautada na transparência e na participação cidadã, o gestor do HCR ressalta a importância de que “o cidadão, além de ser assistido pela instituição nos aspectos relativos aos cuidados de saúde, consiga ter representatividade social dentro dessa estrutura”. Entende o gestor que tal participação pode ser conseguida “através de políticas de inserção da comunidade, no atendimento de suas necessidades”. Adiante, observa, ainda, que essa transparência ocorre, então, “quando a instituição compreende que deve haver uma prestação de contas aos usuários”, sendo que isso já ocorre em partes “com a publicação obrigatória dos dados produtivos mensais, com possibilidade de vistas pelas mais variadas esferas sociais”.

No entendimento do gestor do HU, uma boa governança pode ocorrer através do estabelecimento de boas práticas de gestão, aliadas à exposição de dados, através das redes, de maneira transparente à sociedade, com intuito de que o processo de gestão do serviço público possa ser acompanhado e passível de críticas e contribuições. Em relação as boas práticas de gestão, o gestor do HU afirma: “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”.

Figura 1: Características da governança pública em hospitais da região da Grande Florianópolis (SC), 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Observa-se na Figura 1 as palavras-chave mais referenciadas pelos entrevistados acerca do entendimento de governança pública nos hospitais da região da Grande Florianópolis. Nessa linha, governança pública está relacionada às boas práticas de gestão, transparência, qualidade dos serviços prestados, administração correta dos recursos sociais e econômico e execução de planejamento de políticas, entre as mais citadas. Evidencia-se, com isso, maior conteúdo e qualidade do termo de quem administra bens e serviços públicos oferecidos à sociedade.

5.2 Contribuição da terceirização na prestação dos serviços públicos

O gestor do HR percebe a possibilidade de o processo de terceirização contribuir para a prestação dos serviços públicos de saúde, abarcando questões relativas a mão de obra e serviços. Segundo o entrevistado do HR, a administração pública ganha em agilidade no que se refere à necessidade de pessoal, possibilitando a celeridade de substituição. Além disso, ressalta o gestor, dependendo do tipo de terceirização, permite-se melhor aproveitamento do espaço físico das empresas e dos seus recursos humanos.

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

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. (Gestor do HR)

Quanto ao segundo quesito apontado, a terceirização de serviços, o gestor do HR ressalta que esta é uma prática observada também em hospitais e empresas privadas, tendo como preocupação o controle 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”.

O gestor do HCR pondera que a 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” (Gestor do HCR).

O gestor do HU, por sua vez, acredita que a terceirização pode trazer ao ambiente de produção de serviços públicos de saúde grandes contribuições, como:

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. (Gestor HU)

Em complemento a sua visão, o gestor do Hospital Universitário (HU) aponta ser a terceirização “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, sabe-se que nem sempre a terceirização é oferecida com qualidade. Assim, para que situações deste tipo sejam evitadas, a instituição “precisa ter sempre instrumentos pra medir a eficiência dos contratos, a qualidade do produto ou serviço recebidos etc.” (Gestor do HU). E conclui este gestor, defendendo que terceirização tem como principal objetivo atenuar a 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, assim pondera:

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. Os trabalhadores terceirados 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. Ela pode ser utilizada, desde que não diretamente na atividade-fim da instituição. (Gestor do HCR)

A terceirização diretamente na atividade-fim é um assunto controverso e alvo de intensos debates. Nesse sentido, entretanto, o plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu, em 2018, que o emprego de terceirizados nas atividades-fim das empresas é constitucional. Sobre o tema, Pochmann (2014, p. 226) já alertava quanto às consequências da ampliação desregulada da terceirização para as atividades-fim, quais sejam, “o de aniquilamento do segmento interno do mercado de trabalho no país [...] o reforço ainda maior de uma economia de baixo salário, elevada instabilidade nas relações de trabalho e ampla polarização social”. Ainda segundo Pochmann (2014), assim como para o gestor do HCR, torna-se relevante que a terceirização, no Brasil, ocorra sob o estabelecimento de uma regulação pública adequada e eficiente.

5.3 Posição do Estado no ambiente da coprodução e 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 destaca 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. (Gestor HR)

O entrevistado salientou que algumas atividades devem ser realizadas exclusivamente pela esfera pública: “alguns serviços, como o sistema penitenciário, devem ser executados pelo

Estado porque são atribuições dele por princípio. Isto pode causar problemas e ser fonte de corrupção". (Gestor do HR)

Ao inserir os agentes privados nas suas atividades de prestação de serviços, entende o gestor público do HCR que "o Estado não chega a perder seu papel soberano, mas ele tem dificuldade extrema de controle e vigilância desses contratos". Nesse sentido, o entrevistado destacou um aspecto preocupante no relacionamento 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. [...]. (Gestor do HCR)

Quanto à posição do Estado nesse ambiente, o gestor do HU destaca a função de "gerador de empregos":

O Estado aparece como um gerador de empregos, seja ele controlando os trabalhadores que trabalharão dentro da estrutura de governança física, ou alinhando os [trabalhadores] que serão apenas gerenciados externamente a essa estrutura. (Gestor do HU)

Salienta, ainda, o gestor do HU que se está olhando para um ponto sensível da estrutura de atuação do Estado, que é o referente à educação e à saúde: "somos um estabelecimento de saúde dentro 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. [...] acho plausível que ele consiga terceirizar, mas sempre garantindo os direitos constitucionais", como os direitos sociais previstos no Artigo 6º, do Capítulo II da Constituição Federal, "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".

Nesse contexto, observa-se que a coprodução dos serviços públicos, segundo o gestor do HR, colabora para a administração flexível, a participação cidadã, a democracia, a avaliação e implementação de políticas públicas, e o desenvolvimento social/econômico. O gestor do HCR, quando questionado sobre as variáveis sociais, que são afetadas pela atividade coprodutiva, destacou a democracia, a participação cidadã, o desenvolvimento social/econômico, a transparência, a avaliação e implementação de políticas públicas, a adesão aos cuidados de saúde, o diálogo, e a construção compartilhada dos conhecimentos de saúde. E, o gestor do HU relacionou a atividade coprodutiva diretamente e apenas com a gestão administrativa da instituição em questão.

5.4 Relacionamento da administração pública com as empresas terceirizadas: responsabilidade e contratos

No debate sobre a terceirização nos hospitais, a qual ocorre há mais de dez anos, os gestores de todas as instituições pesquisadas citaram que ela foi motivada pelo

comprometimento do quadro funcional público, bem como por necessidade, decorrente da ausência de competências técnicas internas. Os entrevistados do HCR e HU mencionam, ainda, como motivo para que a terceirização fosse implantada a iniciativa da gestão, o custo e a comodidade. No HR e HU a satisfação com este processo demonstra-se, segundo seus gestores, intermediária. No HCR, ela é baixa, e o relacionamento com as empresas terceirizadas é ruim.

No que se refere à cooperação mútua e à partilha de responsabilidades na prestação dos serviços públicos de saúde, o gestor do HCR aponta que, “quando da existência de um bom sistema fiscalizatório e flexibilidade bilateral, com boas administrações e interesses das duas partes, podem-se melhorar os contratos e, conseqüentemente, o relacionamento entre as partes envolvidas”. Para que isso ocorra, ressalta o gestor, “depende muito do nível de interesse da empresa e do nível de interesse político do Estado”, apontando, assim, para o bom relacionamento flexível, baseado no diálogo, formalizado através de contratos bem redigidos e fiscalizados.

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”. Desse modo, não existe uma colaboração no sentido real da palavra, mas, sim, “um contrato em que cada parte tem que cumprir com o que foi pactuado” (Gestor do HU). O relacionamento entre a administração pública e as empresas terceirizadas, segundo o entrevistado, é regular, dado que existem conflitos de interesse entre os agentes público e privado, pois, “enquanto o hospital busca elevada qualidade com preço competitivo, a empresa visa somente ao lucro”. (Gestor do HU)

Acerca dos contratos em vigor, o gestor do HR não precisa a quantidade exata; enquanto o gestor do HCR, informa da existência cerca de 30 contratos de prestação de serviços ou materiais em vigor; e no HU, há um total de 80 contratos de terceirização. A duração dos contratos varia conforme a instituição em estudo. No HR, os contratos variam de acordo com 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 do HR elucida, entretanto, que a duração média de um contrato gira em torno de dois a cinco anos. Outrossim, conforme os gestores dos outros dois hospitais, no HCR, o tempo médio de duração de um contrato é de um a dois anos; e, no HU, entre dois e cinco anos.

Quanto à avaliação da prestação dos serviços terceirizados, expressa-se o objeto contratado está sendo entregue ao contratante conforme estabelecido, os gestores apontam que esta atividade é realizada pelos fiscais de contrato. O gestor do HCR afirma que quando surgem problemas, questiona-se, em nível administrativo, o cumprimento do contrato. Entretanto, “o maior problema são os contratos mal redigidos, o que impossibilita as suas cobranças posteriormente. Os contratos bem pensados podem evitar problemas futuros”. (Gestor do HCR)

O gestor do HU ressalta que a 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 expresso, é a administração pública quem avalia se o objeto contratado está sendo entregue, além do nível de qualidade com que ele é prestado. Ainda, "para cada contrato existe um gestor, para cada contrato existe um fiscal. Existem áreas na estrutura da governança que são responsáveis por fiscalizar o andamento dos contratos". Nessa via, os instrumentos de controle dos serviços prestados pelas empresas terceirizadas, na opinião do gestor do HU, estão se aprimorando.

No tocante à rescisão dos contratos, os gestores informam serem raros os contratos rompidos por iniciativa da gestão pública, uma vez que, em geral, isso decorre somente ante uma falta grave. O gestor do HCR destaca que, normalmente, o que ocorre são acordos e redefinições desses contratos. Segundo seu 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, seja pelos fiscais, seja pelos gestores de contrato.

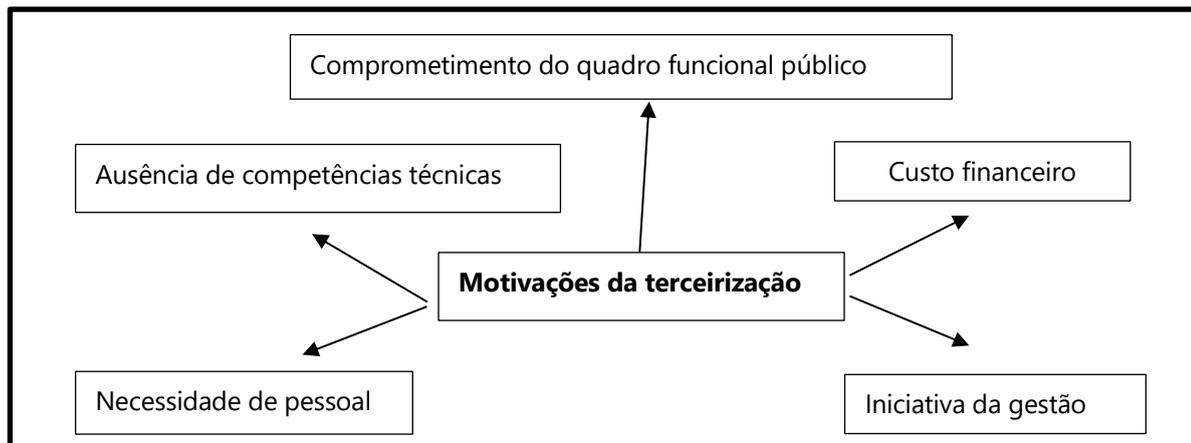
Ainda de acordo com o gestor do HU, "tais penalidades podem variar desde advertências, descontos no valor pago pelos contratos, multas (que podem chegar a 10% do valor do contrato), a inclusão da empresa em um cadastro de maus fornecedores na União até o rompimento do contrato". Notificações constantes às empresas, se ignoradas, podem levar à proibição de participar em futuras licitações, pelo período variável entre um a 24 meses.

Assim sendo, a leitura das palavras dos gestores públicos acerca dos contratos firmados entre a administração pública e as empresas terceirizadas é de que os termos contratuais devem-se pautar por demonstração de interesse das partes, apresentar regras claras, expressar atribuições, ser pautado por partilha de responsabilidade, conter flexibilidade bilateral, definir atribuições e possuir sistema fiscalizatório confiável.

5.5 Avaliação: motivação, vantagens, limitações e futuro da terceirização

A motivação da terceirização pelos gestores dos hospitais públicos vai além da redução dos custos operacionais dos hospitais. Ainda que esses sejam considerados, figuram, também, a ausência de competências técnicas interna nos hospitais exigindo, portanto, que serviços especializados sejam contratados. Bem como, cita-se a necessidade de pessoal, considerando que dentre os motivos para tal registro, a agilidade de contratação de terceirizados e a demora temporal para abertura de concurso público, somado às restrições orçamentárias. Diante da necessidade de cumprir as tarefas que lhe são postas, assim como de cumprir a função do hospital no oferecimento de serviços à sociedade, gestão toma iniciativa de terceirizar parte de suas atividades. A Figura 2 retrata as palavras-chave mais citadas pelos gestores públicos.

Figura 2: Motivações para adoção da terceirização das atividades nos hospitais públicos da Grande Florianópolis, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Nesse contexto, os gestores públicos opinam sobre as vantagens e desvantagens que a terceirização das atividades provoca, cuja síntese se encontra no Quadro 2. No agregado das respostas obtidas, as principais vantagens citadas foram as relacionadas a contribuição que proporciona para a agilidade nos processos decisórios, melhor aproveitamento dos recursos humanos, celeridade de substituição de pessoal, possibilidade de maior foco nas atividades-fim entre as citadas. Por sua vez, desvantagens expressas foram a falta de comprometimento de pessoal, vínculo temporário, redução de qualidade do serviço, aumento da dependência de terceiros e a má relação existente dos funcionários públicos e terceirizados entre as destacadas.

A visão acerca do futuro da terceirização na instituição, o gestor do HR afirma ser “uma tendência crescente [que] 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 apontam, também, a tendência de aumento do processo de terceirização em virtude das políticas administrativa e fiscal, assumidas pelos atuais governantes, e do intuito de reduzir custos e suprir mais rapidamente o *deficit* de funcionários.

Quadro 2: Vantagens e desvantagens dos serviços públicos hospitalares na região da Grande Florianópolis (SC), 2022.

Vantagens	Desvantagens
Contribuição no processo de gestão Agilidade nos processos Melhor aproveitamento dos recursos humanos Celeridade de substituição Foco maior nas atividades-fim; Diminuição dos custos, Liberdade decisória Dinamização do processo de trabalho Aumento da qualidade dos serviços prestados	Falta de comprometimento de pessoal Vínculo temporário Redução de qualidade Aumento da dependência de terceiros. Piora da qualidade dos serviços prestados Má relação dos funcionários públicos e terceirizados Alto custo da fiscalização dos contratos Burocracia exacerbada.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Diante desse quadro, conclui-se que há uma compreensão dos gestores públicos dos hospitais que administram, porém essa se divide entre motivos favoráveis e desfavoráveis, sem contudo, expressar claro domínio de uma característica sobre outra. Entende-se que tal ocorrência decorre ainda de um processo que está sendo construído, tanto que os próprios gestores apontam que esse tende a crescer, e conseqüentemente se consolidar como parte das atividades da gestão pública. Tal constatação, por sua vez, está em consonância com os atributos teóricos que pautam a governança pública, um movimento ainda recente que tende a se consolidar.

6. Conclusões

A governança pública é considerada uma forma hodierna de modelo de administração pública. A participação dos atores sociais no processo de gestão pública enquadra características básicas, como: 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, como expresso nos escritos de Secchi (2009), Mathias-Pereira (2009), Kooimmank, (2003) e Rhodes (2010).

No rol dessas características, a coprodução é vista como 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 da prestação de serviços públicos. Nessa via, ressaltam-se ocorrências de gestão comunitária, de esforços coletivos, de processo colaborativo, de responsabilidade mútua, de compartilhamento de conhecimento e confiança recíproca entre Estado, sociedade e mercado, como apontadas por Bier et al (2010); Salm, Menegasso e Ribeiro (2007); Denhardt (2012); e Poocharoen, Ting, (2015).

O estudo de caso empreendido sobre a coprodução de serviços públicos nos hospitais Regional, Celso Ramos e Universitário demonstra que essa atividade ocorre na área da saúde pública, em linha com a orientação do governo federal de descentralização administrativa, posta sob novas bases colaborativas e cooperativas. Nesta pesquisa, os gestores públicos entrevistados mostram, 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 para a população.

A coprodução – terceirização – das atividades nos hospitais referenciados ocorre de forma distinta. Enquanto nos hospitais Regional e Celso Ramos, opta-se pela operacionalização dos aspectos de terceirização por uma gama de seus serviços especializados, no hospital Universitário, a opção utiliza-se em maior escala nos seus serviços de apoio, mantendo como próprias suas principais funções. Além disso, nos dois primeiros, realizam-se contratos colaborativos com instituições de diferentes naturezas – privadas,

públicas e sem fins lucrativos -, no último, esses contratos relacionam-se, de maneira geral, com entidades empresariais.

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

Após considerar as vantagens e desvantagens, observa-se uma compreensão consensual entre os gestores de que o movimento de transferência para outros atores da execução de parte das atividades antes realizadas pelos hospitais tende a crescer em suas instituições. Nesse sentido, entende-se que a terceirização não apenas na área da saúde, mas também em outras áreas de atuação pública, está se expandindo, uma vez que reflete uma orientação das políticas administrativas e fiscais do governo federal. Diante desse contexto, surgem possibilidades para novos estudos nas áreas de atuação do setor público, com o propósito de caracterizar melhor esse movimento.

Referências bibliográficas:

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. ; PENNA, 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, 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Ano 47, Volume 121, Número 1, 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

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. 2020.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G.. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n.5, 1999.

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

DENHARDT, R. B. Teorias da administração pública. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

FELINI, R. **Administração Pública para concursos**. Niterói, Rio de Janeiro: Impetus, 2013.

FLEURY S.; OUVENEY, 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/rii/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**. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 2003.

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

MOTTA, P. R. M. **O estado da arte da gestão pública**. ERA. São Paulo. v. 53, n. 1, jan/ fev. 2013 p.82-90

PEDERSEN, A. R.; SEHESTED, K.; SORENSEN, E. Emerging theoretical understanding of pluricentric coordination in public governance. **The American Review of Public Administration**, v.41, n. 4, p. 375-394, 2011.

POOCHAROEN, O.; TING, B. Collaboration, co-production, networks: convergence of theories. **Public Management Review**, v.17, n.4, p.587-614, 2015.

TORFING, J.; SORENSEN, E. The european debate on governance networks: towards a new and viable paradigm? **Policy and Society**, v. 33, fev., p. 329–344, 2014

SORENSEN, E.; TORFING, J. Making governance networks effective and democratic through metagovernance. **Public Administration**, v. 87, n. 2, 2009.

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

SANCHEZ, F. M.; CARIO, S. A. F. Redes de governança: tratamento teórico e procedimento de análise. **Revista Caderno de Administração**, Maringá, v.28, n.2, jul-dez/2020.

SALM, José Francisco. Coprodução de bens e serviços públicos. In: BOULLOSA, Rosana de Freitas (Org.). **Dicionário para a formação em gestão social**. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014, p. 42-44.

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.

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. 2022.

Apêndice

Questões da entrevista semiestruturada para o gestor público do hospital

SOBRE O ENTREVISTADO

Hospital que trabalha:

Cargo ocupado:

Formação:

Tempo de exercício no cargo:

Tempo de atuação na Instituição:

SOBRE A GOVERNANÇA PÚBLICA E O PROCESSO DE COPRODUÇÃO

1. Qual o seu entendimento sobre Governança Pública - ou boas práticas de gestão. E sobre coprodução - terceirização de serviços?
2. Como se busca a implementação de uma boa Governança na rede hospitalar, a qual inclua a participação cidadã e a transparência?
3. Como o processo de terceirização pode colaborar para uma melhor prestação dos serviços públicos?

4. Como você vê a mudança na posição/papel do Estado neste processo colaborativo de prestação dos serviços públicos (descentralização administrativa)?

5. Você concorda que a coprodução dos serviços de saúde colabora para a promoção de qual/quais dos seguintes processos? Ordene por ordem de importância (sendo 1º o mais importante e 5º o menos importante).

A. Democracia

B. Administração flexível

C. Participação cidadã

D. Desenvolvimento social/econômico

E. Transparência

F. Adesão aos cuidados de saúde

G. Avaliação e implementação de políticas públicas

H. Diálogo e construção compartilhada dos conhecimentos de saúde

I. Nenhum ou outros. Por que ou quais? _____

SOBRE O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO

6. Qual(is) o(s) motivo(s) da escolha pela terceirização no Hospitais? Ordene por ordem de importância (sendo 1º o mais importante e 5º o menos importante).

A. Necessidade por ausência de competências técnicas internas

B. Comprometimento do quadro funcional público

C. Iniciativa da gestão

D. Comodidade

E. Custo

F. Outro motivo. Qual? _____

7. Há quanto tempo a SES terceiriza parte de seus serviços nos Hospitais?

A. Há mais de 10 anos

B. Entre 10 e 5 anos

C. Entre 5 e 2 anos

D. Menos de 2 anos

8. Qual é o nível de satisfação com os serviços prestados pelas empresas terceirizadas?

A. Altíssimo

B. Alto

C. Intermediário

D. Baixo

E. Muito baixo

Por que?

9. Como é o relacionamento da Administração com as empresas terceirizadas, no que se refere a confiança mútua, cooperação e partilha das responsabilidades?

A. Muito bom

B. Bom

C. Regular

D. Ruim

E. Péssimo

Por que?

10. Como ocorre o processo de colaboração entre a Administração e as empresas terceirizadas para uma boa prestação dos serviços públicos?

SOBRE OS CONTRATOS TERCEIRIZADOS

11. Quantos contratos existem hoje, em média, em vigor nos hospitais?

- A. Menos de 20
- B. Entre 20 e 50
- C. Entre 50 e 100
- D. Mais de 100

12. Qual é o tempo médio de um contrato com uma empresa?

- A. Menos de um ano
- B. Um ano
- C. Entre um e dois anos
- D. Entre dois e cinco anos

13. Como é feita a avaliação de que a empresa está prestando os serviços contratados e o nível de qualidade destes?

14. Com que frequência os contratos são rompidos por ausência ou insatisfação com os serviços prestados?

15. Como você avalia o impacto da terceirização na qualidade de vida do trabalhador terceirizado?

16. Você acha que as questões políticas ou de interesses pessoais têm influência ao se terceirizar determinado serviço ou se firmar um contrato?

SOBRE AS VANTAGENS, DESVANTAGENS E LIMITAÇÕES DA TERCEIRIZAÇÃO

17. Quais as vantagens obtidas através do processo de terceirização? Ordene por ordem de importância (sendo 1º o mais importante e 5º o menos importante).

- A. Aumento da qualidade dos serviços prestados
- B. Aumento da quantidade dos serviços oferecidos
- C. Diminuição dos custos
- D. Maior facilidade administrativa/agilidade e liberdade decisórias
- E. Dinamização do processo de trabalho
- F. Foco maior nas atividades-fim
- G. Nenhuma ou outras. Quais? _____

18. Quais as desvantagens do processo de terceirização? Ordene por ordem de importância (sendo 1º o mais importante e 5º o menos importante).

- A. Piora da qualidade dos serviços prestados
- B. Aumento dos custos
- C. Dificuldades administrativas
- D. Má relação dos funcionários próprios e terceirizados
- E. Aumento da dependência de terceiros
- F. Nenhuma ou outras. Quais? _____

19. Quais os obstáculos ou limitações encontradas no processo de terceirização?

- A. Preço/custo dos serviços oferecidos pelas empresas

- B. Má qualidade da prestação dos serviços
- C. Dificuldade de relacionamento com as empresas
- D. Burocracia exacerbada
- E. Alta mobilização/custos da fiscalização dos contratos
- F. Nenhum ou outros. Quais? _____

SOBRE O FUTURO DO PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO

20. A tendência da política administrativa e estrutural, em relação aos serviços e contratos terceirizados, é a de:

- A. Manter o nível atual
- B. Diminuir o nível
- C. Aumentar o nível

Por que?