



X Encontro Brasileiro de Administração Pública.
ISSN: 2594-5688
secretaria@sbap.org.br
Sociedade Brasileira de Administração Pública

GESTÃO EM REDES NO PERÍODO DE PANDEMIA: COOPERAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

Jamiry Rosiely De Mesquita, Claudionaldo Soares Da Câmara, Gideão Wagner Werneck Felix Da Costa

[ARTIGO] GT 5 Governança, Riscos e Integridade das Organizações e Contratações do Setor Público

X Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília - DF - 05/06/2023
Sociedade Brasileira de Administração Pública Brasil

GESTÃO EM REDES NO PERÍODO DE PANDEMIA: COOPERAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

RESUMO: As Parcerias Público Privadas (PPPs) se constitui um importante modelo para suprir em parte a carência de serviços, bem como, as cooperações em redes, pois são um meio de juntas com o setor público e privado captar mais recursos. Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta problemas no que tange a sua infraestrutura. Este artigo tem como objetivo analisar a aplicabilidade dos recursos do SUS destinados à rede pública e privada de saúde no Município de Natal/RN, anteriormente e durante o período pandêmico de Covid-19. A coleta de dados foi feita por meio de pesquisa exploratória descritiva quantitativa e qualitativa, através do banco de dados fornecido pela Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP) e pelos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Observou-se que os hospitais privados ora analisados ofereciam serviços hospitalares ao SUS, tanto de média quanto de alta complexidade. Entretanto, não foi possível evidenciar a proporcionalidade entre a oferta dos serviços hospitalares e o combate à pandemia. Em suma, os recursos providos pelo SUS têm sido paulatinamente melhor distribuídos. No entanto, esse maior controle na administração dos recursos não tem garantido equidade do sistema.

Palavras-chave: Covid-19. Cooperações em Redes. Parcerias Público Privadas.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o ambiente organizacional é progressivamente mais dinâmico e a celeridade das transformações não aparece anteriormente na biografia da sociedade humana, o surgimento de avançadas tecnologias de comunicação e informática, o desenvolvimento expressivo do comércio, a desregulamentação pecuniária, e a diversificação das ações econômicas repercutem condições que produz uma inquietação ambiental, demonstrando a primordialidade de uma transformação significativa na estrutura organizacional (MACHADO-DASILVA; FERNANDES, 1998).

As consequências de uma nova ordem econômica e social, principalmente em virtude da pandemia, faz com que as mudanças nas tecnologias da informação, processamento de dados e comunicação sejam cada vez mais presentes e é fundamental para o cotidiano das grandes cidades, evidenciando que a sociedade está progressivamente se estruturando entre pólos divergentes e contraditórios, no caso a *rede* e o *individual*.

Diante disso, o surgimento da gestão em redes, vem sendo constatado de forma mais frequente, compreendendo distintos atores ou organizações, conectados entre si, considerando a fixação e continuidade de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada. Esse fato surge da mesma forma em distintas esferas gerenciais, como redes empresariais, de políticas, sociais e apoio sócio-psicológico, independentemente dos diferentes objetivos, de organizações, atores e recursos envolvidos (TEIXEIRA, 2002).

Nos dias atuais, a concepção de rede tem despontado nas discussões relativas às políticas sociais de maneira que sejam uma possibilidade para a sua gestão, com o objetivo de

desenvolver as deliberações e consequências dessas políticas, conseqüentemente, a ideia de redes envolve e promove relações interpessoais, interorganizacionais, intergovernamentais e intersetoriais.

Essa concepção igualmente preconiza que os governos vêm diariamente, assumindo posição de uma corporação privada, especialmente no aspecto administrativo, valorizando a austeridade dos serviços públicos, tal como um rigoroso controle de suas despesas, tendo em vista a contenção do desbaratamento do recurso público, essas transformações são em consequência do cenário de inquietação e transformações, no qual as organizações passam, estabelecendo a interconexão e o relacionamento, internamente e externamente, mais evidente (D'ANJOUR *et al.*, 2006).

Uma dessas relação são as Parcerias Público Privada (PPP), que envolve empresas privadas na concepção, financiamento, obras e fornecimento de serviço do setor público, essas parcerias entre setor público e privado, é de fundamental relevância no setor da saúde, e são alternativas aceitáveis atualmente nas normativas reguladoras do serviço público, assim ao observar o serviço público de saúde, é evidentemente, que a abordagem conjunta entre setor público e privado de saúde, ao combinar suas habilidades especiais faz com que obtenham um resultado, que nenhuma das partes conseguiria só, originando uma rede de saúde, em que o Estado passa os recursos para entes privados fornecerem serviços de saúde, não acobertado ou insuficientes pelos hospitais públicos.

Assim, podemos referir a percepção de rede como o fundamento norteador da organização das ações e serviços do setor saúde, são circunstâncias presentes no Brasil a contar da combinação de ideias para a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARAL; BOSI, 2016). Isso tem sustentado a influência da percepção de rede na concepção do SUS, especialmente do sistema de saúde britânico e, desse modo, do relatório Dawson, que apresenta o princípios de redes na saúde e prever a concepção de funcionamento articulado entre serviços de Rede de Atenção à Saúde (RAS), adotado pelo Ministério da Saúde, com a Portaria nº 4.279, estabelecendo diretrizes para a organização da RAS, essas duas fases (criação do SUS e regulamentação das RAS), evidencia o surgimento descontínuo da noção de rede ante distintos argumentos, visando diferentes resultados incorporado ao sistema de saúde (AMARAL; BOSI, 2016; PORTELA, 2016).

À vista disso, o corrente estudo dispõe como objetivo, reconhecer os recursos do SUS destinados a rede pública e privada de saúde, mediante dados providos pela SESAP, sendo necessário para tal, entender o condicionamento para a distribuição dos recursos destinados a rede privada hospitalar no Município de Natal-RN, demonstrar o encaminhamento dos recursos

destinados a requisição dos leitos designados a saúde pública, confrontar a política de distribuição de capital público para a rede privada e a eficiência e eficácia no combate à Pandemia e, por fim, verificar a gestão em redes e suas contribuições em relação à política pública de saúde no enfrentamento da pandemia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Para atender a uma determinada demanda da sociedade, é necessário haver uma integração entre os atores governamentais e a população, objetivando organizar os conflitos e possibilitar a resolução de um problema público. Nessa perspectiva, a política é o meio pelo qual se dará a essas relações, com ações e decisões direcionadas, ou não, para a solução de problemas atendendo o bem-estar comum. São três as extensões da política: a institucional *polity* (referente a estrutura do sistema político, isto é, a dinâmica institucional); a processual *politics* (ligada aos processos políticos, conjunto de ações ou decisões à alocação de recursos); e a material *policy* (trata ação do governo, na formulação e implementação de programas políticos) (SECCHI, 2010). Para Frey (2000), integralmente esses elementos restritos das políticas públicas são suscetíveis a modificação através do tempo. A política pública é uma diretriz formulada para resguardar os direitos dos cidadãos, contribuindo no enfrentamento de um problema público, de forma a garantir os direitos que são previstos na Constituição, ou até mesmo direitos que com o passar dos anos se tornam imprescindíveis ao interesse público. Assim, a política pública dispõe de dois elementos fundamentais: a intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema compreendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2014).

Na concepção de Luchese e Aguiar (2002), o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a política do Estado e a regulamentação das atividades governamentais relacionadas ao interesse público, podem ser definidas como políticas públicas. Isso denota, que para a criação da política pública, é necessário determinar instrumentos de plano, programas, ações e atividades. Dessa forma podem fazer uso de diversos instrumentos com o intuito de que as orientações e diretrizes sejam transformadas em ação (SECCHI, 2014).

De acordo com Secchi (2014), às políticas públicas se caracterizam por apresentar vários modelos como: leis, projetos, programas públicos, de uma cadeia de atores, com gastos públicos direto, contratos formais e informais com *stakeholders*, dentre outros.

No que tange à sua elaboração há duas abordagens distintas dos seus atores, sendo elas a abordagem estatista e a multicêntrica. A primeira delas afirma que os atores não estatais têm certa influência no processo de formulação de políticas públicas, porém não têm o poder de determinar ou gerenciar o processo de política pública. Na segunda, a multicêntrica há participação de organizações privadas, as não governamentais e redes de políticas públicas. Portanto, entende-se por política pública o resultado do antagonismo entre os diversos grupos da sociedade e seus atores, com a finalidade de garantir e preservar seus interesses, fomentando o bem-estar coletivo (SECCHI, 2020). Em vista disso, a elaboração de políticas públicas, especialmente voltadas para o Sistema Único de Saúde, se faz necessário reiteradamente, à medida que a população cresce.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

É notório como complexo de condicionantes, providências e processos que compreendem a diretriz política do Estado, as políticas públicas, legitimam as ações governamentais vinculadas às incumbências de relevância pública, agindo e influenciando acerca do efetivo econômico, social e ambiental, no entanto a política pública modificam em concordância com a prevalência que os governantes têm da atribuição do Estado no tocante aos distintos grupos da sociedade, bem como o nível de atuação das diversas associações sociais (LUCHESE; AGUIAR, 2002).

Nesse sentido, a política pública em saúde no Brasil foi estabelecida com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, afirmando que a saúde é direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Nessa acepção, o Estado passou a ter como responsabilidade a garantir a atenuação da ameaça de doenças e de distintos agravos por meio da concepção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde apto de assegurar o acesso universal e democrático às ações e serviços para o desenvolvimento, preservação e restabelecimento da saúde da população (BRASIL, 1988).

Assim, a política de saúde no Brasil passou a estar inserida no contexto da política de Seguridade Social, como verificado no art. 194 da Constituição Federal de 1988, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Posteriormente, à aprovação da Constituição, sucedeu a normatização de toda a política pública em saúde e uma sucessão de leis foram sancionadas, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a Lei Complementar da Saúde (Lei nº 8.142/1990), ordena sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e as Normas Operacionais Básicas que segundo a Portaria nº 2.203 de 1996 do Ministério da Saúde, tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício,

por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

Desse modo, a sustentação da política pública em saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional, com gestão privativa em cada âmbito de governo, dispondo como princípios: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular, a política de saúde passa a está incorporada em uma conjuntura mais extensa da política pública, tal como a Seguridade Social, que compreende além da política de saúde, as políticas de previdência e assistência social (WARGAS, 2002).

Independentemente da Constituição assegurar que a saúde é um direito de todos e responsabilidade do Estado, o obstáculo para o Estado assistir a população é enorme, assim diante dos obstáculos, parcerias com organizações não governamentais, setor privados e consórcios públicos se faz cada vez mais necessário e presente (MALMEGRIN, 2011). Desse modo, conceitualmente, para Kivleniece e Quelin (2012), Parcerias Público-Privadas (PPP) se baseia em vínculos contratuais colaborativos e de extenso período, fundamentado, nos quais o poder público se sustenta nos recursos e competências de parceiros privados para a provisão direta de bens ou serviços públicos.

No que concerne, os consórcios públicos de saúde, Rocha e Faria (2004) estabelece como a união ou associação de dois ou mais entes federados objetivando à solução de dificuldades de gestão e provimento de serviços em uma região específica, representam o esforço de propósitos comuns, por intermédio da utilização cooperada de recursos humanos, planejamento regional coletivo e materiais disponíveis.

Assim, com o atual cenário evidenciado no mundo, a existência de redes, é um acontecimento cada vez mais frequente, compreendendo distintos protagonistas, organizações, associados entre si fundamentado na implantação e manutenção de finalidades compartilhadas e de uma execução gerencial compatível e adequada (TEIXEIRA, 2002). Isto posto, é notório a relevância de uma política pública eficiente, eficaz e efetiva, para tanto a elaboração de um planejamento governamental, é indispensável e alicerçador.

2.3 PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL

Segundo Cardoso (2011) o planejamento governamental e a gestão pública constituem, a bem da verdade, duas dimensões cruciais e inseparáveis da atuação dos Estados contemporâneos e de acordo com Prestes (2013) a administração pública começou a se organizar nos séculos XVIII e XIX, época que imperava o Estado Absolutista o qual detinha o poder centralizado e autoritário. A administração pública, não era regida por regras da forma que é hoje.

Portanto, partindo de uma perspectiva histórica, o Planejamento Governamental no Brasil surgiu em 1930 com o Governo Getúlio Vargas. Até então, o Brasil se apresentava como uma grande comunidade agrária dispersa (TARAPANOFF, 1992).

Importante observar que já nos primeiros passos, rumo ao que chamamos de Planejamento Governamental, tivemos a participação dos EUA a partir da concepção dos primeiros Planos para estabelecer o controle sobre os instrumentos do governo (TARAPANOFF, 1992).

Com o advento da Constituição de 1988 e conseqüentemente com o reordenamento das definições e das responsabilidades e atribuições dos entes federativos, que culminaram na prática consolidada do PPA – Plano Plurianual e da LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias e LOA - Lei Orçamentária Anual, podemos afirmar que o planejamento governamental no Brasil teve sua retomada (PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO GOVERNAMENTAL, 2006).

Neste aspecto, entre o apogeu, o declínio e a retomada, pode-se concluir que o planejamento governamental no Brasil foi adotado tardiamente e carece de estudos para que possa atingir sua maturidade, por ser algo muito recente do ponto de vista da aplicação técnica dos métodos e ferramentas de planejamento existentes (COSTA; MIANO, 2014).

De acordo com Ianni (1986), existe no planejamento governamental, sempre e necessariamente, condições e objetivos econômicos, sociais, políticos e administrativos. Mas, a estrutura econômica e a estrutura de poder falam mais alto no processo que envolve o planejamento governamental.

Neste contexto, devemos pensar que não cabe ao Estado apenas a visão econômica do processo de planejamento, ainda que se reconheça que a estrutura econômica seja fundamental. Mas em um país, típico como o nosso, que apresenta ainda hoje imensas desigualdades sociais, se torna imprescindível pensar além. E para tal, o planejamento governamental e a gestão pública se prestam a construir ou reconstruir as capacidades do Estado, com definições estratégicas voltadas, também, para as questões sociais gritantes que enfrentamos e que nos marcam cotidianamente (CARDOSO, 2011).

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e tem origem no planejamento governamental e na gestão pública, criado com o objetivo de ofertar igualdade nos serviços de saúde para a população, desprovida de bens e poder aquisitivo tornou obrigatório e gratuito seu atendimento. Abrangendo do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário (CARDOSO, 2011).

O planejamento é necessário para reduzir os riscos e as incertezas, neste sentido espera-se que haja práticas de regulação voltadas para a economia e destinação de recursos. Na área da saúde, os instrumentos de planejamento acompanham todo o processo, caracterizado o que é denominado Gestão do SUS (FERREIRA *et al.*, 2016).

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho [...] No âmbito da gestão de políticas, as três esferas da Federação atuam de forma conjunta nas áreas de saúde, educação, assistência, meio-ambiente, patrimônio histórico, habitação e saneamento básico, produção agropecuária e abastecimento alimentar, proteção e assistência às pessoas portadoras de necessidades especiais e cultura, entre outras. Finalmente, as demais competências possíveis, as residuais, são reservadas aos Estados, desde que não sejam vedadas pela Constituição Federal (FERREIRA *et al.*, 2016, p. 25-35).

Observa-se que o formato adotado nas ligações intergovernamentais do SUS objetiva alcançar a proposta de acesso universal, absoluta, justa e igualitária à saúde segunda o que está previsto na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Constituição Federal de 1988 Capítulo II, seção II. Esta, por sua vez, trata de forma detalhada das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (FERREIRA *et al.*, 2016).

Diante dos normativos apresentados como base do Sistema, cabe às três esferas de governo, de forma simultânea, fixar os procedimentos de controle e análise dos serviços de saúde, acompanhar a qualidade do serviço ofertado à população, criar normas e critérios que permitam a contratação de serviços privados, administrar os recursos orçamentários e financeiros, estabelecendo um formato estruturado para utilização dos recursos humanos de forma a atender o planejado no curto e médio prazo, além de promover as articulações das políticas de saúde e planos de saúde, entre outros (FERREIRA *et al.*, 2016).

Ainda em conformidade com o Manual de Planejamento no SUS (2016), é da competência da União, determinadas responsabilidades de diretriz estratégica com o intuito do desenvolvimento político da saúde, exemplificativamente, elaborar, apoiar a implementação e avaliar políticas prioritárias, no plano nacional. Adicionalmente, dispõe da incumbência de organizar o planejamento estratégico do SUS, coordenar o sistema de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância epidemiológica e sanitária, e assim por diante. À vista disso, os Estados, no que lhe concerne, dispõem de tarefas distintas de articulação sistemática a serem executadas, mediante procedimentos de planejamento e coordenação regional, integralmente, das políticas, programas, ações e serviços de saúde efetivo em seu território.

Além do mais, o guia que assessora os gestores de saúde na elaboração de instrumentos para o planejamento de ações de saúde, estabelece outras responsabilidades do Estado, a título de exemplo dispomos, do monitoramento e a avaliação de redes hierarquizadas no SUS, a elaboração e sistematização de planos de médio e longo prazo, o apoio técnico e financeiro a Municípios nas ações descentralizadas, além de outras atribuições do Estado, referente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No que concerne aos Municípios, o manual enuncia, que são responsáveis pela prestação direta de ações e serviços de saúde, especialmente dos cuidados primários e, quando viável, de média e alta complexidade, ficando incumbido do trato direto com a população. Assim, a execução de serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador, estão entre as incumbências fundamentais dos Municípios, além de outras funções igualmente importantes.

O SUS constitui um importante instrumento para a saúde pública, um sistema que confere ao Brasil um Estado de Bem-Estar Social com direitos assegurados constitucionalmente. No setor público o que pode ser percebido é uma tendência pela escolha da adoção dos contratos entre os agentes do governo e os órgãos dos setores privados. Essas medidas são comuns na administração pública como maneira de intervir nas relações entre as organizações que fornecem serviços de maneira direta nas áreas de serviços essenciais como: saúde. Atualmente, o SUS estabelece contratos entre entes públicos e com os entes dos setores privados tem se tornado um fato cada vez mais recorrente o SUS (FERREIRA *et al.*, 2016).

Desta forma, torna-se imprescindível que as esferas de governo façam uso dos instrumentos de planejamento a partir das diretrizes, objetivos e metas estabelecidos nacionalmente, permitindo, desta forma, uma uniformidade dos procedimentos de gestão pública e que estejam alinhados à política nacional e inseridos no planejamento de cada estado da federação (FERREIRA *et al.*, 2016).

2.4 GESTÃO EM REDES

A gestão em redes vem se constituindo um importante instrumento no setor público e privado, pois se estabeleceu como uma possibilidade de formação de cooperação entre esses. Neste sentido, as redes são entendidas como um conjunto de organizações, ou atores com propósitos correspondentes que se integram para que juntas se tornem um meio capaz de conseguirem mais recursos de forma mais rápida, com a finalidade de contribuir para a atuação de um trabalho mais eficiente e prezando pela qualidade dos serviços prestados a seus diferentes tipos de usuários das distintas esferas da sociedade (MALMEGRIN, 2011).

Assim, Malmegrin (2011), afirma que a prestação de serviço precisa se reinventar adotando nova estratégia de atendimento ao público com a participação de organizações que fazem parte do Estado e órgãos não estatais. Esse aglomerado de várias organizações constitui as Redes de Prestação de Serviços Públicos. Entendida em três categorias de atuação

interorganizacionais: entre os entes do Estado, parcerias entre as Organizações não Governamentais (ONGs) e parcerias com o setor privado.

De acordo com Powell e Grodal, (2005 apud ROLT; DIAS; PEÑA, 2017) as cooperações são um modo que as organizações encontram para resistir ao mercado competitivo gerando vantagem. Através dessas corporações o governo tem a capacidade de compartilhar informações e recursos, e desse modo criar alternativas e soluções para os problemas públicos.

As redes na esfera pública seguem princípios de leis e de controle determinados pelo Estado, e fazem uso do dinheiro público, da mesma forma, funcionam os órgãos que não são do Estado, quando prestam algum serviço para o setor público também utilizam recursos públicos (MALMEGRIN, 2011).

Para Barbosa e Malik (2015), Parcerias Público Privadas (PPPs) se apresentam como uma alternativa viável para aplicação de recursos e melhoria do serviço do setor público de saúde. Adicionalmente, admitem que o uso das PPPs se faz necessário para atender a uma demanda da sociedade, em razão dos investimentos nas redes e a infraestrutura de saúde hospitalar, permanecerem instáveis e em condições precárias frente às necessidades da população.

No Brasil as PPPs têm como base a Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004). São estabelecidas através de relações contratuais entre poder público e parceira privada onde são utilizados critérios diferentes da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993) dos contratos administrativos (BARBOSA; MALIK, 2015). De acordo com o art. 2º, §1º se trata de uma concessão administrativa onde há investimento de recursos públicos por parte do Estado (BRASIL, 2004). Reproduzindo esses critérios no atual cenário de Pandemia, Noronha *et al.* (2020), em seu estudo evidencia que o setor privado contribuiu para diminuir a deficiência da rede hospitalar pública em relação à demanda por leitos.

2.5 GESTÃO EM REDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A concepção de uma rede não decorre de forma aleatória, especialmente uma rede no âmbito do setor público, existindo ou não a cooperação de organizações externas, é necessário um enorme esforço por parte dos cooperadores envolvidos, com a finalidade de efetivar a rede, e fazer com que ela exerça sua função de modo satisfatório. Desse modo, é indispensável a elaboração de um planejamento a qual se propõe colocar em execução, mediante a aplicação de um modelo flexível permitindo a participação dos envolvidos, da mesma forma que tenha dinâmica suficiente para se adaptar às conjunturas em constante modificações, e, em contrapartida, sólido em referência às atribuições de maneira a sustentar o objetivo comum. Assim, o êxito ou insucesso de uma abordagem em rede frequentemente está relacionado a contratempos no seu projeto original (GOLDSMITH; EGGERS, 2004).

Portanto, as principais dificuldades detectadas em uma gestão de redes se consubstanciam na gestão de interdependências, que tangencia distintas perspectivas, princípios e percepções, procedimentos de planejamento, elaboração e efetivação, requerendo o aperfeiçoamento de modelos de coordenação e controle desenvolvidos (TEIXEIRA, 2002; FLEURY, 2005).

Nesse sentido, a gestão em rede na saúde, em especial no SUS, coexiste com dois instrumentos de gestão especificada pela NOBs (Portarias nº 545/1993 e nº 2.203/1996 do Ministério da Saúde), um que determina subsídio à demanda, desenvolvendo um sistema de embolso pré-pago e *per capita*, e imediatamente, um que conserva o sistema de manutenção do subsídio à oferta, remunerado por produção. Assim, esses dispositivos de gestão ocasionaram uma separação operacional, onde na primeira forma permaneceu o cuidado básico e a baixa e de média complexidade, e na segunda forma conservou a referência ambulatorial e a hospitalar. Isso indica uma atenção básica com a incumbência de subsistema de entrada e

gerenciamento de fluxo, em contrapartida a assistência de maior complexidade continuou no provento pelo serviço prestado. Desde esse momento, esses dois procedimentos de gestão produziram uma relação com os mecanismos do estado e com os regimentos de transferência orçamentária bem díspares (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

A princípio uma rede estruturada, ocasionalmente, provoca o Estado a prestar assistência ao público em áreas onde não se encontra unidades de atendimento municipais, bem como a especificidade das demandas é capaz de ocasionar a primordialidade da realização de assistência preferentemente diferenciada, assim, em frente aos obstáculos a rede estadual recorreria a cooperação com organizações não governamentais e com setores privados (MALMEGRIN, 2011).

Desse modo, com a rede de cooperação com intuito de assistência ao serviço público de saúde, deixa de ser de natureza puramente estatal com seus processos de prestação de serviço vertical, e passa a ser híbrida e heterogênea, com funcionamento em parte vertical, contudo igualmente horizontal, fundamentado pela inclusão de novas organizações que podem realizar os mesmos processos que as unidades municipais realizam (MALMEGRIN, 2011).

Segundo Castells (2002), as redes são inovações no modelo de organização social, do Estado ou da sociedade, concomitante com excessiva tecnologia de informação e fundamentada na colaboração entre os entes dotados de autonomia. Distintas concepções concordam com os itens universais das redes, tais como associações comparativamente estáveis, autossuficiência, ausência de ordenação, coparticipação de objetivos comuns, colaboração, confiabilidade, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo a taxonomia de Sampieri, Collado e Lucio (2013) uma pesquisa com enfoque quantitativo faz uso da coleta de dados para estudar conjecturas, fundamentando-se na aferição numérica e nas observações estatísticas com intuito de estabelecer parâmetros e corroborar teorias. Na concepção de Kauark, Manhães e Medeiros (2010) a pesquisa quantitativa considera os dados numericamente e a análise qualitativa são consideradas as impressões buscando se aprofundar em um determinado tema. De acordo com Leão (2016) pesquisa descritiva tem como objetivo fundamental a exposição dos eventos da mesma maneira que eles se encontram e do mesmo modo constatar e analisar fatos, buscando detalhá-los, classificá-los, estudá-los e esclarecê-los, sem que o pesquisador exerça qualquer intervenção, e exploratória pretende viabilizar maiores conhecimentos com relação a uma temática examinada, habituar-se com o evento ou adquirir novo entendimento deste, com a finalidade de ser capaz de elaborar questões mais acurada de pesquisa ou formular nova conjectura. Quanto a natureza da pesquisa ela pode ser classificada em Pesquisa Básica que tem como intuito gerar novos conhecimentos para a ciência sem que haja uma aplicação prática (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Este trabalho consiste em ser de natureza básica.

A pesquisa realizada na SESAP RN possui abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa, com objetivos exploratórios descritivos, tendo como objeto de analisar a aplicabilidade dos recursos do SUS destinados à rede pública e privada de saúde no município de Natal – RN.

3.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados em uma pesquisa se faz uso de um conjunto de procedimentos estatísticos para definir um espaço amostral, como por exemplo: a porcentagem, a média, entre outros dados numéricos, auxiliando na produção de conhecimento, e esse tipo de pesquisa refere-se muito mais a entender seus conteúdos e descrevê-los (TOZONI-REIS, 2009).

Segundo Marconi e Lakatos (2003) existem diversos métodos para a realização da coleta de dados, o qual se molda conforme o assunto ou tipo de pesquisa, assim as técnicas de pesquisa mais usuais são: Coleta Documental, Observação, Entrevista, Questionário, Formulário, Medidas de Opiniões e de Atitudes, Técnicas Mercadológicas, Testes, Sociometria, Análise de Conteúdo e História de vida. Nesse sentido, o presente trabalho obteve os dados por intermédio de coleta documental, observação e análise de conteúdo. Adicionalmente, as informações foram complementadas com participação e observação de reuniões on-lines da Sesap com os hospitais da rede SUS.

A particularidade de uma pesquisa documental é que a origem da coleta dos dados está reservada a documentos, escritos ou não, transcrito de fontes primárias atuais, constituindo o que se denomina de fontes secundárias, no que se refere a observação, diz respeito à obtenção de informação utilizando os sentidos na determinação dos aspectos da realidade, não compreende apenas em ver e ouvir, mas também em averiguar fatos e fenômenos que se almeja estudar, por fim a análise de conteúdo que caracteriza pela aplicabilidade lógica conclusiva e indutivo do procedimento de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2003).

No Quadro 1 pode ser observado a relação entre objeto de pesquisa e de que forma foi feita a análise e coleta de dados:

Quadro 1 – Descrição de Coleta de dados.

OBJETIVOS	COLETA DOS DADOS
Identificar os recursos do SUS destinados a rede privada de saúde através de dados fornecidos pela SESAP	Coleta documental em dados primários, tais como, planilhas da SESAP/RN e secundários a partir do DATASUS
Compreender o condicionamento para a distribuição dos recursos destinados a rede privada hospitalar no Município de Natal	Reuniões com o setor de Faturamento da SESAP/RN e Hospitais da rede pública do SUS. Através de anotações e observações
Demonstrar o encaminhamento dos recursos destinado a requisição dos leitos designado a saúde pública	Coleta documental em dados primários e secundários - Sesap/RN e DATASUS. Análise de planilhas do setor de faturamento da SESAP/RN
Relacionar a política de distribuição de capital público para a rede privada e a eficiência e eficácia no combate à Pandemia	Coleta documental em dados primários e secundários - Sesap/RN e DATASUS e Referencial teórico
Verificar a gestão em redes e suas contribuições em relação à política pública de saúde no enfrentamento da pandemia	Análise das informações adquiridas a partir das reuniões com representantes da Sesap/RN

Fonte dos dados: Sesap-RN e DataSUS.

3.3 TRATAMENTO DOS DADOS

Kerlinger (1980, p. 353 apud ZANELLA, 2013) estabelece que métodos de análise de dados é “a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados”. Possui como finalidade restringir grandes quantidades de dados brutos a uma forma interpretável e mensurável, assim a metodologia quantitativa de pesquisa faz uso do conhecimento estatístico com intuito de caracterizar e analisar hipóteses, isto é, estatística descritiva e estatística inferencial, respectivamente (ZANELLA, 2013).

Nesse sentido, a estatística descritiva na concepção de Appolinário (2006, p. 146) é “um conjunto de técnicas que têm por finalidade descrever, resumir, totalizar e apresentar graficamente dados de pesquisa”. Já no que se refere a estatística inferencial, esta é um complexo de metodologias que são aplicadas para reconhecer e descrever nexos entre fatores (APPOLINÁRIO, 2006).

A análise de conteúdo, por sua vez, de acordo com Roesch (1999), estabelece que essa técnica busca acompanhar os modelos quantitativos, e possui como finalidade computar a regularidade de um fenômeno e, procura diferenciar relação entre eles, uma vez que o esclarecimento dos dados se sustenta de modelos estabelecidos a priori. Desta forma, a análise de conteúdo, na concepção de Richardson *et al.* (2007), procura compreender de forma ideal uma manifestação, examinar suas particularidades gramaticais, fonológicas, cognitivas e ideológicas e transcrever as conjunturas mais significativas. Assim, essa etapa da pesquisa envolve três fases, a pré-análise, descrição analítica (exploração do material) e análise e interpretação dos resultados (ZANELLA, 2013).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A argumentação teórica sobre o provimento de capitais financeiros para a saúde se desdobra em dois fatores básicos: a equidade, isto é, proporcionalidade dos recursos *per capita* para áreas com equivalentes necessidades de saúde, especialmente no caso da atenção primária à saúde; e eficiência técnica das metodologias médicas, ou melhor, relação entre capital empregado e os efeitos alcançados, sobretudo no que diz respeito a rede hospitalar (GIRALDES, 1995).

Assim, as análises dos dados ora obtidos evidenciam a distribuição de recursos para os hospitais públicos não estatais (privados), especialmente entre os Hospitais Rio Grande, Memorial e do Coração de Natal, objeto de estudo do presente trabalho, em 2020, representa, 36,03% do orçamento destinados aos entes públicos não estatais e, 17,51% de todo recurso do SUS designado ao serviço público de saúde na Região Metropolitana de Natal, 7ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte (Tabela 1). Majoritariamente, desde 2015 esses três hospitais representam a maior parte do orçamento destinado a organizações não estatais prestadoras de serviços hospitalares de saúde (Tabela 1) (Gráfico 1).

Tabela 1. Recursos financeiros destinados aos hospitais privados com maior orçamento entre os entes públicos não estatais. Valores em Milhões

Hospitais	Valores totais dos serviços por ano					
	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Hospital Rio Grande	6,590	6,495	3,826	0,315	3,715	3,867
Hospital Memorial	14,086	12,498	10,957	10,978	10,629	12,755

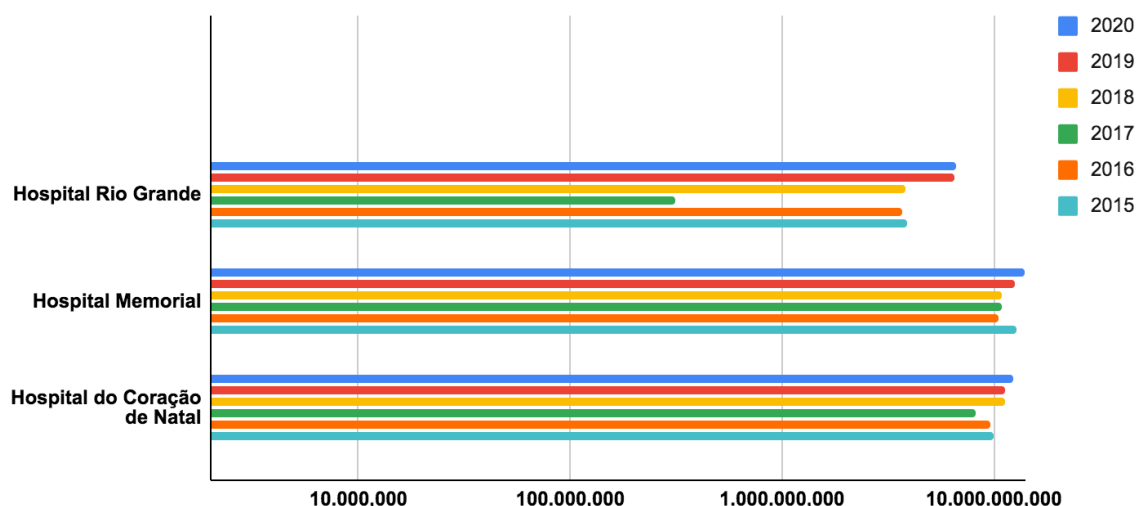
Hospital do Coração de Natal	12,418	11,308	11,270	8,172	9,617	9,935
TOTAL	33,095	30,302	26,054	19,466	23,962	26,558
Percentagem do Valor Total	17,51%	16,63%	16,17%	12,88%	16,22%	18,12%
Percentagem do valor destinado aos entes Públicos não estatal	36,03%	36,00%	34,89%	28,56%	35,64%	36,17%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados DATASUS (2020).

Nesse sentido, independentemente da sua natureza jurídica, os hospitais utilizam distintas fontes de financiamento, cooperando para que a divisão entre o público e o privado no sistema brasileiro de saúde se torne cada vez mais imperceptível, se transformando em uma rede predominantemente mista e compartilhada. A acomodação de pacientes na rede privada não é uma situação restrita ao sistema brasileiro de saúde, mas corrobora com a indispensabilidade de articulação entre os segmentos públicos e privados (LEITE; MACHADO; MARTINS, 2015).

Gráfico 1. Gastos públicos em milhões por hospitais ano.

Valor Total dos Serviços Hospitalares (2015-2020)



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados DATASUS (2020).

Isso denota que, apesar dos recursos do SUS serem um bem que compõem o patrimônio público, uma fração deles são destinados aos hospitais privados conveniados com o SUS (Tabela 2), possibilitando a formação de uma significativa rede de atendimento, abrangendo grande parcela da população que utiliza esse sistema misto de saúde. Machado, Martins e Leite, (2015) menciona três diferentes particularidades de acesso e utilização dos serviços hospitalares, aqueles que usam exclusivamente os serviços do SUS, e os que usam planos de

saúde pelos mesmos serviços do SUS e os que usam planos com redes de serviços tão somente da rede privada.

Tabela 2. Orçamento destinado aos entes públicos não estatais e quanto representa do orçamento destinado ao serviço público de saúde. Valores em Milhões

	Valor Orçamentário do Ano					
	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Valor Total segundo Região de Saúde (CIR)	189,037	182,179	161,090	151,175	147,741	146,597
Valor destinado aos entes Públicos Não Estatal	91,863	84,171	74,684	68,160	67,232	73,431
Percentagem do Valor total destinado aos entes Públicos não estatal	48,60%	46,20%	46,36%	45,09%	45,51%	50,09%

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados DATASUS (2020).

Enfatizando na parte da população que usa tão somente os serviços do SUS, os dados evidenciam que apesar da sobreposição das redes pública e privada, constituído pelo crescente número de hospitais com sistema de financiamento misto, há um significativo provimento de serviços hospitalares especializados destinado ao SUS, cooperação entre organizações da rede de assistência a saúde é cada vez mais frequente. Dessa maneira, entre 2015 e 2020, os três hospitais da pesquisa, considerando os serviços de maior relevância (Tabela 3), forneceram desde cirurgias múltiplas, sequências e politraumatismo, de maior abrangência, até cirurgias do aparelho circulatório, de uma menor extensão. Revelando assim, a importância da rede de saúde no atendimento à população e que os hospitais públicos estatais, isolados, não são capazes de suprir a demanda por serviços hospitalares da população.

Tabela 3. Serviços hospitalares fornecidos com mais relevância entre 2015 e 2020.

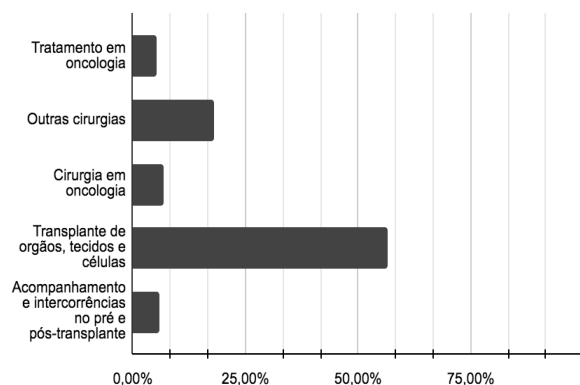
Hospitais	SubGrupo de Procedimentos	Físico	Financeiro
	Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	1.137	1.467.615,36
Hospital Rio Grande	Tratamento em oncologia	1.053	1.270.747,35
	Outras cirurgias (Múltiplas, Sequências, Politraumatismo)	658	4.416.147,25

	Cirurgia do aparelho circulatório	387	201.411,61
Hospital Memorial	Outras cirurgias (Múltiplas, Sequências, Politraumatismo)	17.607	54.329.635,80
	Cirurgia do sistema osteomuscular	7.866	11.644.267,40
	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	1.452	2.088.070,32
	Tratamentos clínicos (outras especialidades)	728	3.129.334,52
Hospital do Coração de Natal	Cirurgia do aparelho circulatório	3.410	27.903.602,73
	Tratamento em oncologia	2.188	2.978.710,46
	Outras cirurgias (Múltiplas, Sequências, Politraumatismo)	1.286	9.987.331,61
	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	752	6.518.012,88

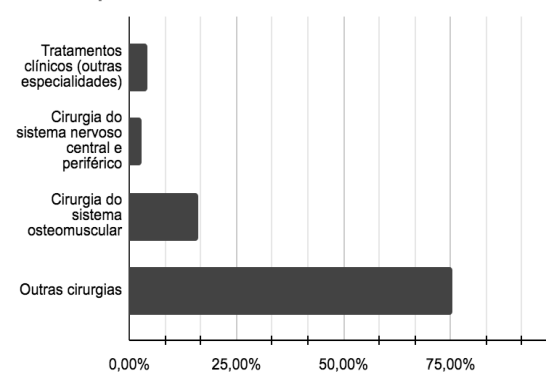
Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados DATASUS (2020).

Gráficos 2. Percentagem dos recursos do SUS destinados aos hospitais utilizados nos procedimentos mais relevantes entre os anos de 2015 e 2020.

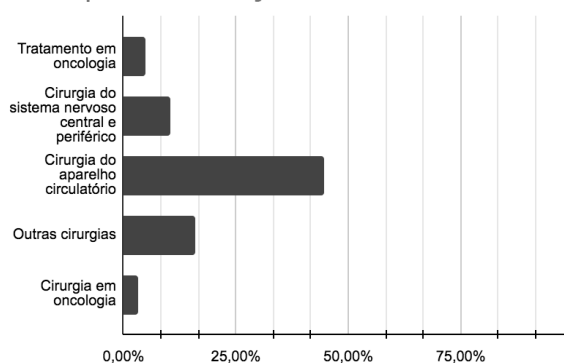
a. Hospital Rio Grande



b. Hospital Memorial



c. Hospital do Coração



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados DATASUS (2020)

Nesse contexto, a Tabela 3 e os Gráficos 2a-c, igualmente mostra a importância do setor privado no provimento de serviços hospitalares especializados, bem como a sua articulação em rede com o setor público, através do fornecimento de serviços hospitalares especializados. Entretanto, autores como Baptista (2010) e Scheffer e Bahia (2013), em suas concepções dizem que a utilização da infraestrutura privada e a sua desarticulação com a distribuição do setor público estão associadas à não explicitação das prioridades estatais para a conformação do sistema público brasileiro. Porém, as normas legais vigentes no Brasil propõem preservar sucessivamente o processo de descentralização do SUS, inserindo incentivos para que estados e municípios fossem conseguindo autonomia na gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo.

Entretanto, é notório que as parcerias público-privadas (PPP) para a saúde vem cada vez mais se tornando um significativo mecanismo para o progresso da saúde, e que as iniciativas conjuntas entre o setor público, não-governamental e privado estão em crescimento no Brasil e no Mundo, se tornando importante na troca de experiências adquirida e de assistência. Consequentemente, torna a parceria e a colaboração, é essencial para alcançar objetivos específicos, avaliando e entendendo que alguns problemas exigem uma rede de parceiros e mecanismos organizacionais complexos para abordar todos os diferentes aspectos presentes no Sistema Único de Saúde.

Assim, atualmente há quatro grandes fluxos de recursos que, no que lhe concerne, estão fracionados em diversos tipos de repasses financeiros. Dentre esses, alguns representam a transferência coletiva de recursos possuindo com base de cálculo um valor *per capita*, adicionalmente há aqueles que consistem em subsídios à efetivação de programas específicos e outros se referem ao provento por serviços médicos-assistenciais fornecidos pelas unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo. Desse modo a NOB/96, expressa os mecanismos de fluxo de transferência, são: a) Piso de Atenção Básica; b) Recursos destinados a procedimentos ambulatoriais de alta e média custo/complexidade; c) Recursos destinados a ação de média e alta complexidade em vigilância sanitária e, finalmente, d) Recursos transferidos sob a forma de pagamento prospectivos por procedimento combinado com fatores de compensação a unidade que atual com custos hospitalares diferenciados.

Nesse contexto, em participação de reunião com membro da SESAP, discorrendo sobre a alocação de recursos destinados a rede público e privada de saúde da Região Metropolitana de Natal/RN, assim o repasse é feito por meio de contratualização, é firmado um Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), que segundo a Portaria nº 161/2010, é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município,

estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, desse modo o recurso provém do Ministério da Saúde com a rubrica de média e alta complexidade, entra no fundo de saúde da unidade da rede estadual, dentro do município de Natal/RN.

Esses recursos de média e alta complexidade são repassados quando o Município não tem como oferecer os serviços de saúde à sua população, com isso são realizados os contratos com o Estado, que são os PCEP's. Em situações em que o município não tem como oferecer determinados serviços hospitalares ele comunica ao estado que deseja comprar a grade de serviços, subtraindo o recurso que iria para o município e transferido ao hospital prestador do serviço, custeando assim a unidade. Há situações em que o recurso não é suficiente para custear os serviços, devido à defasagem da tabela de preço praticada pelo SUS.

A vigência do contrato é de dois anos, no ano de 2019 a SESAP/RN não conseguiu verificar os atendimentos e monitorar as produções em decorrência ao déficit de profissionais do seu quadro, e no ano de 2020 devido a questão da pandemia. Caso o contrato encerre e a secretaria não utilizar o recurso, ele passa a ficar exclusivamente do município, que por sua vez, não tem obrigatoriedade de repassar, pois o contrato não está válido.

Logo, para fins administrativos e operacionais, foi feita uma pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, que tem como finalidade a prorrogação da vigência dos contratos, feita a deliberação a vigência passou a valer por mais 180 dias. Nessa prorrogação da vigência, está sendo realizada a revisão do instrumento, em razão de que se tem um Plano Operativo Assistencial (POA), onde são apresentados os levantamentos de serviços, ações e metas do contrato/convênio para que seja montada a negociação entre os secretários de saúde municipal e estadual, após isso o recurso é repassado para as unidades.

Ressaltando a aplicação desses recursos, se ele não for suficiente, há a complementação por parte do Estado. Os procedimentos são todos realizados pela tabela do SUS, é necessário informar o valor dos gastos, mensalmente os hospitais apresentam as produções, que são processadas pelo Ministério da Saúde e os recursos são transferidos.

A visto disso, é perceptível que a contratação de serviços privados ocorre de forma para auxiliar na distribuição do serviço de saúde pública, devido a sua alta demanda, complementando e suprimindo as necessidades do SUS.

Já no âmbito dos hospitais públicos suas ações são feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS expandiu a oferta de saúde à população de modo geral (BAHIA, 2018). E possui uma organização heterogênea, que tem como prioridade uma rede de assistência de serviços públicos e gratuitos, e outra que atua de modo privado por meio dos planos de saúde. No entanto, o SUS se conforta com significativas problemáticas sobre seu modelo, como: qualidade dos serviços prestados, precariedade na infraestrutura e nos serviços, e demais lisura na disponibilidade de recursos (BARBOSA, 2015).

É importante salientar que os dados obtidos são referentes aos hospitais públicos do Município de Natal que tiveram relevância no tratamento de covid-19, como: Hospital Colônia Dr. João Machado, Hospital Giselda Trigueira, e o Hospital de Campanha Covid-19 SMS (Secretaria Municipal de Saúde de Natal) Natal-RN, criado especialmente para combate e enfrentamento ao coronavírus.

A Tabela 4, mostra a disposição de recursos mais consideráveis dos serviços hospitalares clínicos no setor público. De acordo com esta podemos perceber que o Hospital Giselda Trigueira foi o único que obteve um aumento significativo de recursos no ano de 2020 em relação a 2019, para que esses recursos fossem utilizados no período pandêmico. Para que esses procedimentos hospitalares sejam realizados é gerado uma AIH (Autorização de Internação Hospitalar) essa abarca três serviços hospitalares (taxas, diárias, medicamentos e materiais), equipe médica, e os auxiliares. Os valores são estabelecidos de acordo com a tabela do SUS.

Tabela 4. Orçamento do Serviço Hospitalar destinado aos hospitais públicos nos anos de 2020 e 2019.

Valor Orçamentário				
Hospitais	2020	Total de AHI aprovadas em 2020	2019	Total de AHI aprovadas em 2019
Hospital Colônia Dr. João Machado	1.929.098,06	1.458	2.457.467,29	1.663
Hospital Giselda Trigueira	7.119.894,26	2.698	3.605.401,25	2.693
Hospital de Campanha Covid-19 SMS Natal-RN	1.031.608,54	877	Não se aplica	Não se aplica
TOTAL	10.080.600,86	5.033	6.062.868,54	4.356

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados Sesap/RN e DATASUS (2020).

De acordo com dados do DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), a Região Metropolitana do Município de Natal recebeu do valor total R\$189 milhões, já o valor em serviços foi de R\$ 151 milhões no ano de 2020 para serem utilizados. Já no ano de 2019 foram repassados R\$182 milhões (BRASIL, 2021). Não houve aumento considerável no repasse feito ao Município de Natal para combate a pandemia. Segundo os dados analisados, o que pode ter ocorrido seria um remanejamento de recursos no valor de serviços de um serviço que deixou de ser menos utilizado no período de pandemia para outro que passou a ser realizado com mais frequência.

Segundo relatório da Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2019), no Brasil o número de hospitais privados esses vem caindo ao longo dos anos, enquanto os hospitais públicos tiveram um aumento. No ano de 2019 esses hospitais privados se encontravam em sua maior parte concentrados na região Sul do país, seguidos da região Nordeste. O número desses somavam 4.267 e em sua maior parte com fins lucrativos. Porém, não podemos negar a pertinência das PPPs, para amenizar a lotação do sistema Único de Saúde. De modo que através delas o sistema privado expande suas ações, por meio das unidades hospitalares (LEITE; MARTINS; MACHADO, 2015).

Neste sentido o número hospitalar, bem como o de leitos é extremamente importante para indicar os recursos que serão destinados à população, em consequência, a competência no atendimento de média e alta complexidade (FBH, 2019). Assim, o setor privado trouxe ao público melhoras em seus limites de desempenho. Portanto, não podemos negar a importância de um em detrimento do outro, visto que o setor público e privado é necessário na atenção à saúde, uma vez que eles não trabalham de forma separada, existe uma cooperação, no que se refere a eficiência e eficácia dos serviços, bem como desenvolvimento de sua qualidade (FERNANDES; NUNES, 2016).

No que se refere especificamente a gestão em redes e suas contribuições em relação à política pública de saúde no enfrentamento da pandemia no Estado, observamos através da organização dos dados apresentados, das entrevistas e nas observações das reuniões on-line da SESAP com os hospitais da rede SUS, que existe uma métrica já arraigada com os princípios

que, conforme Vargas (2002), regem a universalização, a integralidade e a descentralização da saúde pública.

A prova da maturidade do Estado no uso de redes articuladas está presente, também, na adoção dos contratos entre a SESAP como agente do governo e os órgãos dos setores privados. Uma das medidas que se tornou comum na administração pública e que tem ganhado espaço na gestão pública da saúde. Fica evidenciado no estudo do cenário de pandemia, considerando Noronha *et al.*, (2020), que o setor privado contribuiu para diminuir a deficiência da rede hospitalar pública em relação à demanda por leitos da Covid-19.

No estudo, este olhar foi construído a partir da análise do Manual do Planejamento do SUS (2016), em comparação com a prática sistemática adotada pela SESAP em suas relações típicas de articulações sistêmicas, exercidas por meio de atividades de planejamento e coordenação regional das políticas de saúde para disponibilização de leitos para a Covid-19.

Esta percepção se mostrou clara em vários momentos da pesquisa, uma vez demonstrado que a gestão na saúde tem exigido uma aproximação cada vez maior das teorias organizacionais às práticas de gestão em rede. Consequentemente relatos e observações, evidencia haver um esforço para que exista um equilíbrio na distribuição de leitos para a Covid-19 nas diversas regiões do Estado, mas principalmente, na região metropolitana da capital, onde se concentram o maior número de casos da doença.

Observamos, todavia, que diante das atribuições que cabem a União, de natureza estratégica para o desenvolvimento da política de saúde e, considerando seu notório descompasso no processo pandêmico, gerou nas ações da SESAP um desequilíbrio inicial para promover a descentralização de ações e serviços de saúde no Estado. Ponto este que, através das parcerias com os demais estados do nordeste, tenta-se contornar com a utilização estratégica de uma agenda política coesa entre os entes federativos.

5 CONCLUSÃO

Os recursos financeiros do SUS têm sido progressivamente melhor controlados, ocasionando na diminuição do receio de que incentivos financeiros fossem inadequadamente utilizados. Contudo, este maior controle financeiro e a política de distribuição destes recursos não têm assegurado a isonomia do sistema, independentemente da notoriedade do crescimento da transparência das despesas com a saúde pública.

Assim, a atual tendência de procurar por inovação nos delineamentos de financiamento, com a adoção de diversificadas fontes de provento, se mostrou real para a rede hospitalar brasileira, formando um cenário definido pela dupla via de acesso: via SUS ou planos de saúde, mas o trabalho explorou a destinação dos recursos do SUS para os hospitais privados da região metropolitana de Natal. Assim, a análise dos recursos voltados ao financiamento de serviços especializados nos hospitais privados, indicam que esta rede se distribui com a incumbência fundamental de atender à demanda e que, adicionalmente, aparentemente há coordenação entre os segmentos públicos e privados. Apesar da concentração da maioria dos serviços hospitalares serem fornecidos pelos Hospitais, Rio Grande, Memorial e do Coração de Natal, a rede de apoio à saúde pública reduz a pressão sobre os hospitais públicos, proporcionando, relativamente, acesso aos serviços públicos de saúde para uma certa parcela da população.

Logo, se deve empenhar em transformar o acesso à rede hospitalar mais equilibrada, apesar da origem do pagamento utilizado pelos pacientes. No contexto do SUS, o crescimento do número de procedimentos hospitalares parece fundamental para o acesso aos cuidados de máxima complexidade. Já no contexto privado, a regulamentação é essencial para evitar “leilões” dos procedimentos existentes entre os dependentes de planos privados, com os dependentes do convênio do SUS.

Adicionalmente, é fundamental para a rede do SUS, possuir o comprometimento, tanto do setor público quanto do privado com as necessidades de serviços hospitalares da população, bem como monitorar regularmente a qualidade dos serviços prestados devendo ser parte da estrutura de informações utilizadas na orientação de políticas e normatização na área da atenção hospitalar, de modo que seja componentes indispensáveis para aproximar o planejamento e a atenção em saúde dos debates teóricos e científico relativo à organização do sistema e no que concerne a qualidade da assistência, em benefício da sociedade.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067218>

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-109, 2010.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 49, n. 5, p. 1143-1165, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 180, 20.set.1990. Seção I. p. 1

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079compilado.htm. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus – Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde Tabnet**. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 31 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria–Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Editora MS, 2006. v. 3. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica 96**. Dispõe sobre o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes. Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#apresentacao>. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. Brasília, DF, 21 jan. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0161_21_01_2010.html. Acesso em: 31 mar. 2021.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 7, p. 1-16, 6 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>.

CARDOSO Jr., J.C. **Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil: Elementos para Ressignificar o Debate e Capacitar o Estado** (Texto para Discussão Ipea nº 1584). Brasília: IPEA, 2011.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 6 ed., 2002. Disponível em: <https://globalizacaoeintegracaoregionalufabc.files.wordpress.com/2014/10/castells-m-a-sociedade-em-rede.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

COSTA, Frederico Lustosa; MIAMO, Vitor. **Planejamento Governamental no Brasil: entre a estratégia e a rotina processual**. Planificación Estratégica: Nuevos Desafíos y Enfoques el Âmbito Público. 1. ed. Buenos Aires: el autor, 2014.

FBH, Federação Brasileira de Hospitais. **Cenário dos Hospitais no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CNSaudeFBH.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2021.

FERREIRA, Ana Cássia Cople *et al.* **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FERNANDES, Adalberto Campos; NUNES, Alexandre Moraes. Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. **Acta Médica Portuguesa**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 217, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6712>.

FLEURY, Sonia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, [S.L.], v. 7, n. 7, pp. 77-89, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/671/468>. Acesso em: 12 fev. 2021.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 21, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>. Acesso em: 08 fev. 2021.

GIRALDES, Maria do Rosário. Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 1995. cap. 7, p. 167-190.

GOLDSMITH, Stephen; EGGERS, William D. **Governing by Network: The New Shape of the Public Sector**. Washington D.C.: Brooking Institution Press, 2004. Capítulo One, p. 3-13. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NXod-qVX9R0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=GOLDSMITH+and+EGGERS+Network+Governance:+the+new+public+sector+format&ots=8t1j_7ogkh&sig=9k-QHP9BvflZpCQuYKgUUIXyr44#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 10 fev. 2021.

IANNI, Octávio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KIVLENIECE, Ilze; QUELIN, Bertrand V. Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective. **Academy of Management Review**, [S. L.], v. 37, n. 2, p. 272-299, 2012. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23218842?seq=1>. Acesso em: 13 fev. 2021.

LEÃO, Lourdes Meireles. **Metodologia do estudo e pesquisa: Facilitando a vida dos estudantes, professores e pesquisadores**. Petrópolis: Vozes, 2016.

LUCHESE, Patrícia T. R.; AGUIAR, Dayse Santos de. Políticas públicas em saúde pública: descrição introdutória ao tema. In: LUCHESE, Patrícia T. R.(Org.). **Informações para tomadas de decisão em saúde pública: políticas públicas em saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. p. 3-10.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. , p. 39-50, 1 dez. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005245>.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. **Gestão de Redes de Cooperação na Esfera Pública**. Florianópolis: UFSC/CAD, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 mai. 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 13 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 13 fev. 2021.

MOURA, Suzana. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 67-85, abr. 1998. FapUNIFESP (SciELO).

PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO GOVERNAMENTAL; **coletânea**. Organizadores: James Giacomoni e José Luiz Pagnussat. Brasília: ENAP, 2006. 2 v.

POWELL, Walter W.; GRODAL, Stine. Networks of innovators. In: FAGERBERG, Jan; MOWERY, David C.; NELSON, Richard R. (Orgs.). **The Oxford Handbook of Innovation**. Oxford: Oxford University Press, 2005. Capítulo 3, p. 56-85.

PRESTES, B. R. **Administração pública**: um breve histórico. Disponível em: http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=12343>. Acesso em: 18 fev. 2021.

RICHARDSON, Roberto Jerry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Cooperação Intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Metrópole**, [S.L.], n. 11, p. 73-105, 2004. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8815/6536>. Acesso em: 14 fev. 2021.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalho de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROLT, Carlos Roberto de; DIAS, Júlio da Silva; PEÑA, Francisco Tiago Garcia. Análise de redes como ferramenta de gestão para empreendimentos interorganizacionais. **Gestão & Produção**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 266-278, 27 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Penso, 2013.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendações de soluções. São Paulo: Cengage, 2020. 252 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=CgMHEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=LEONARDO+SECCHI&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwiF48iZ8PbuAhWVIbkGHa9jChoQ6AEwAHoECAUQA#v=onepage&q=LEONARDO%20SECCHI&f=false>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. The financing of campaigns by the plans and health insurance in the 2010 elections. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

TARAPANOFF, Kira. Título. Planejamento governamental no Brasil. Data. 1992.

Revista de informação legislativa. Imprensa: Brasília, Senado Federal, Serviço de Informação Legislativa, Referência: v. 29, n. 114, p.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O desafio da gestão das redes de políticas. *In*: VII Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de la Administración Pública, 2002, Lisboa, Portugal. **Anais eletrônicos**. Lisboa, Portugal, 2002. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/incentivo/Biblioteca/Gestao_governanca/o_desafio_da_gestao_de_redes_de_politicas.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A. , 2009.

TREVISAN, Leonardo; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v.19, n.3, p. 638-652, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300015. Acesso em: 13 fev. 2021.

WARGAS, Tatiana. Perguntas mais frequentes: políticas Públicas e Saúde. *In*: LUCHESE, Patrícia T. R.(Org.). **Informações para tomadas de decisão em saúde pública: políticas públicas em saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. p. 11-61.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013.