



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

GOVERNANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE: conflitos e custos de cooperação no
financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha.

BELÉM
2021

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

GOVERNANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE: conflitos e custos de cooperação no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha.

Tese de doutorado apresentada em regime de cotutela de tese para dupla titulação ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil e *Universidad Rey Juan Carlos*, Madri, Espanha, como parte dos requisitos para obtenção dos títulos de Doutora em Ciências Sociais- Desenvolvimento Socioambiental e Ciências Sociais e Jurídicas.

Orientador (UFPA): Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento.

Orientadora (URJC): Prof^a Dr^a Susana Galera Rodrigo.

Belém
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

L732g Lima Martins Faria, Tamara.
GOVERNANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE : conflitos e custos de cooperação no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha / Tamara Lima Martins Faria. — 2021.
232 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Coorientador(a): Prof. Dr. Susana Galera Rodrigo
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2021.

1. Governança Pública. 2. Teoria da Agência. 3. Serviços Especializados de Saúde . 4. Financiamento . 5. Brasil e Espanha. I. Título.

CDD 351

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

GOVERNANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE: conflitos e custos de cooperação no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha.

Tese de doutorado apresentada em regime de cotutela de tese para dupla titulação ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil e *Universidad Rey Juan Carlos*, Madrid, Espanha, como parte dos requisitos para obtenção dos títulos de Doutora em Ciências Sociais- Desenvolvimento Socioambiental e Ciências Sociais e Jurídicas.

Aprovada em: ___/___/___.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Orientador-PPGDSTU/NAEA/UFPA

Profª Drª Susana Galera Rodrigo
Orientadora- EID/URJC

Prof. Dr. Josep Pont Vidal
Examinador Interno – PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Hisakhana Pahoona Corbin
Examinador Interno – PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Adagenor Lobato Ribeiro
Examinador Externo- PPGGP/NAEA/UFPA

Profª Drª Silvia Ferreira Nunes
Examinadora Externa- PPGGP/NAEA/UFPA

À minha família: Marco, Heitor e Luísa pelo amor, parceria, inspiração e força em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é muito pequeno para todo o sentimento de gratidão que sinto neste momento. Ao redigir estas linhas ainda não estou com o trabalho na sua versão final, mas ouvindo um louvor de gratidão (*Be praised*) enquanto sistematizo mais algumas ideias, fui invadida por lembranças maravilhosas vividas nestes últimos quatro anos. Desde o início de 2017 quando recebi quase simultaneamente duas notícias maravilhosas e com as quais sempre sonhei venho experimentando o amor e a graça de Deus sobre a minha vida. A primeira notícia foi sobre a chegada da minha segunda filha Luísa, quando eu pensava que o amor pelo meu filho Heitor tinha superado todas as minhas expectativas, vem a Luísa e me mostra que para o amor, não há limites quanto a senti-lo e vive-lo diariamente. A segunda notícia foi a aprovação na seleção do doutorado, um sonho antigo, retomado em 2014 quando decidi ressignificar a minha trajetória como pessoa, mãe, profissional e serva do Senhor. Em 2019 mais uma grande mudança, agora para outro país, com minha família, meus filhos ainda pequenos e meu esposo que sonha junto comigo, vive as aventuras e desafio, intercede por mim e me inventiva diariamente. Foram dias muito felizes que vivemos na Espanha. Foram muitos aprendizados, experiências, paisagens e sabores neste país que nos acolheu tão bem. Agradeço aos irmãos da Igreja Batista de Villalba, em Madrid, ao Sr. Alberto e Sr^a Tereza, locadores do imóvel que residimos durante o período na Espanha e que nos protegeu nos dias frio do inverno europeu. Aos professores da *Escuela Tierno Galván* que receberam o Heitor com tanto carinho durante o tempo que ficou na escola, foi um tempo de muito aprendizado para ele também. Sei que foram dias muito felizes e agradeço a Deus por cada pessoa que passou pelo meu caminho durante este período. A Professora Susana por me recomendar ao programa da EID. Ao professor Durbens pelas orientações e por aceitar o desafio de me orientar em condições atípicas. A Professora Rosa Urbanos-Garridos da UAM pelo direcionamento quando ainda estava na fase de levantamento de informações na Espanha. A Dayse Karenine que de forma tão incomum encontrei na Espanha e me auxiliou muito neste trabalho com sua *expertise* em saúde pública. A minha igreja Batista do Utinga pelas orações. A minha mãe que sempre esteve disposta a me incentivar com palavras e cuidando das crianças nas vezes que precisei me ausentar para alguma atividade do doutorado. Ao meu esposo e amigo Marco que me incentivou e esteve ao meu lado em todos os momentos. E aos meus amados filhos Heitor e Luísa que são certamente minha maior força para buscar crescer como pessoa e como profissional. As gravações das entrevistas realizadas remotamente em virtude da pandemia não registraram somente as falas dos gestores do Rio Grande do Sul, Amazonas e do Ministério da Saúde da Espanha, capturaram alguns sons ambientes como as vozes dos meus filhos sussurrando ao fundo e todo o pulsar de vida familiar ao meu redor e que me acompanha até aqui. E por fim, e mais importante, o meu maior motivo de viver: agradeço a Deus, a Ele toda honra e toda glória.

*Sola fide
Sola Scriptura
Solus Christus
Sola Gratia
Soli Deo Gloria.*

RESUMO

Esta tese analisa a governança, sob o aspecto dos conflitos de agência, no financiamento dos serviços especializados de saúde no Brasil e na Espanha. Em perspectiva comparada, o arcabouço teórico da governança pública e da teoria da agência forneceram os elementos necessários para fundamentar as análises e, assim, através da triangulação de fontes de dados (indicadores, legislação e entrevistas estruturadas), responder à questão de pesquisa e atender aos objetivos. O recorte temporal desta tese abrangeu os dois principais momentos que tensionaram os sistemas de saúde do mundo, a saber, a crise econômica de 2012 e a pandemia iniciada em 2019. Quanto ao recorte espacial, foram analisados dois subnacionais em cada país com base em seus indicadores, a fim de extrair as potencialidades e desafios dos modelos analisados frente ao crescimento do gasto público em saúde e a grande participação dos serviços especializados neste contexto. A análise dos dados foi realizada seguindo a matriz de análise construída a partir do referencial teórico e abrangeu as seguintes categorias: estratégia, *accountability*, transparência, cooperação, conflitos e custo de agência que foram operacionalizadas na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados demonstram a presença de conflitos, sobretudo com entes privados que, embora atuem de forma complementar nos dois países de acordo com a previsão legal, têm grande participação e poder de barganha quando os instrumentos de governança apresentam fragilidades. A análise comparada também permitiu identificar falha dos instrumentos de controle que tem estreita relação com a transparência e o estabelecimento das estratégias. Também ficou evidenciado que os entes com melhores resultados despendem mais esforços na formulação dos contratos, fiscalização e prestação de contas otimizando, assim, os recursos e atendendo eficientemente o cidadão. Mesmo que a legislação e os instrumentos de governança nacional sejam instrumentos importantes para diminuição das iniquidades em saúde, ficou evidenciado que o modelo descentralizado de saúde impõe um grande desafio: aglutinar todos os entes promovendo a coordenação de suas ações, pactuação dos serviços (no caso brasileiro) e compartilhamento de informações e experiências que são essenciais para o desenvolvimento de seus pares e atingimento das estratégias nacionais.

Palavras-chave: Governança Pública. Teoria da Agência. Serviços Especializados. Financiamento. Brasil. Espanha.

RESUMÉN

Esta tesis analiza la gobernanza, desde la perspectiva de los conflictos de agencia, en la financiación de servicios de salud especializados en Brasil y España. En una perspectiva comparada, el marco teórico de la gobernanza pública y la teoría de la agencia ofrecieron los elementos necesarios para sustentar el análisis y, así, a través de la triangulación de fuentes de datos (indicadores, legislación y entrevistas estructuradas), responder la pregunta de investigación y dar respuesta a los objetivos. El marco temporal de esta tesis cubrió los dos momentos principales que tensaron los sistemas de salud del mundo, a saber, la crisis económica de 2012 y la pandemia que empezó en 2019. En cuanto al marco espacial, se analizaron dos subnacionales en cada país en función de sus indicadores, con el fin de extraer las potencialidades y desafíos de los modelos analizados ante el crecimiento del gasto público en salud y la gran participación de los servicios especializados en este contexto. El análisis de los datos se realizó siguiendo la matriz de análisis construida a partir del marco teórico y cubrió las siguientes categorías: estrategia, rendición de cuentas, transparencia, cooperación, conflictos y costo de agencia, que se operacionalizaron desde la perspectiva del análisis de contenido de Bardin. Los resultados muestran la presencia de conflictos, especialmente con entidades privadas que, si bien actúan de forma complementaria en los dos países de acuerdo a las disposiciones legales, tienen gran participación y poder de negociación cuando los instrumentos de gobernanza presentan debilidades. El análisis comparativo también permitió identificar fallas en los instrumentos de control que están estrechamente relacionados con la transparencia y el establecimiento de estrategias. También se evidenció que las entidades con mejores resultados dedican más esfuerzos a la formulación de contratos, fiscalización y rendición de cuentas, optimizando, así, los recursos y atendiendo eficientemente al ciudadano. Si bien la legislación y los instrumentos de gobernanza nacional son instrumentos importantes para reducir las inequidades en salud, se evidenció que el modelo de salud descentralizado impone un gran reto: reunir a todas las partes promoviendo la coordinación de sus acciones, concertación de servicios (en este caso Brasil) y compartiendo información y experiencias que son fundamentales para el desarrollo de sus pares y el logro de estrategias nacionales.

Palabras clave: Gobernanza Pública. Teoría de la Agencia. Servicios especializados. Financiación. Brasil. España.

ABSTRACT

This thesis analyzes the governance, from the perspective of agency conflicts, in the financing of specialized health services in Brazil and Spain. In a comparative perspective, the theoretical framework of public governance and agency theory provided the necessary elements to support the analysis and, thus, through the triangulation of data sources (indicators, legislation and structured interviews), answer the research question and answer to the goals. The time frame of this thesis covered the two main moments that strained the world's health systems, namely, the economic crisis of 2012 and the pandemic that started in 2019. As for the space frame, two subnationals were analyzed in each country based on their indicators, in order to extract the potential and challenges of the models analyzed in light of the growth in public spending on health and the large participation of specialized services in this context. Data analysis was performed following the analysis matrix built from the theoretical framework and covered the following categories: strategy, accountability, transparency, cooperation, conflicts and agency cost, which were operationalized from the perspective of Bardin's content analysis. The results demonstrate the presence of conflicts, especially with private entities that, although they act in a complementary way in the two countries according to the legal provisions, have great participation and bargaining power when the governance instruments present weaknesses. The comparative analysis also allowed for the identification of failures in the control instruments that are closely related to transparency and the establishment of strategies. It was also evidenced that the entities with the best results spend more efforts in the formulation of contracts, inspection and accountability, thus optimizing resources and efficiently serving the citizen. Even though legislation and national governance instruments are important instruments to reduce inequities in health, it was evident that the decentralized health model imposes a great challenge: bringing together all entities promoting the coordination of their actions, agreement of services (in this case Brazilian) and sharing information and experiences that are essential for the development of their peers and the achievement of national strategies.

Keywords: Public Governance. Agency Theory. Specialized services. Financing. Brazil. Spain.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa das relações principal x agente	36
Figura 2. Relação da Governança com os conflitos de Agência	43
Figura 3- Interrelação entre os princípios da governança pública.....	45
Figura 4. Modelo Institucional do SUS	53
Figura 5- Desenho da pesquisa.....	68
Figura 6. Caracterização da Pesquisa Empírica.....	70
Figura 7- Matriz metodológica	72
Figura 8. Relação de Agência e seus principais custos e conflitos.....	77
Figura 9. Análise por triangulação de dados	79
Figura 10. Fluxo da condução das entrevistas	90
Figura 11- Princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil.....	92
Figura 12. Desenvolvimento do Plano de Saúde no Brasil.	93
Figura 13- Relação entre a governança organizacional e gestão pública.	94
Figura 14- Processo de levantamento, seleção e análise de dados	97
Figura 15. Ciclos da análise de conteúdo	97
Figura 16- Mapa do Brasil com destaque para os estados do Amazonas e Rio Grande do Sul	104
Figura 17- Mapa Estadual do Rio Grande do Sul.....	105
Figura 18- Mapa das Macrorregiões de saúde e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul....	106
Figura 19- Mapa Estadual do Amazonas.....	107
Figura 20- Macrorregiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	108
Figura 21- Número de médicos por município no Estado do Amazonas, 2018.....	109
Figura 22- Leitos estado do Amazonas	110
Figura 23- Mapa da taxa de mortalidade infantil Amazonas, 2018.....	110
Figura 24- Mortalidade Infantil nos municípios Rio Grande do Sul, 2018.....	111
Figura 25- Fontes de despesas de saúde no Brasil, 2000 a 2018.....	112
Figura 26- Panorama dos governos municipais do Rio Grande do Sul quanto a Escala Brasil Transparente	137
Figura 27- Panorama dos governos municipais do Amazonas quanto a Escala Brasil Transparente	138
Figura 28- Mapa da Espanha com destaque para as CCAA País Vasco e Andalucia	140
Figura 29- Mapa do sistema de saúde do País Vasco, organizações sanitárias e recursos hospitalares	141
Figura 30- Mortalidade infantil nas províncias do País Vasco, por 1000 nascidos vivos, 2019	142
Figura 31- Mortalidade infantil nas províncias Andalucia, por 1000 nascidos vivos, 2019 ..	143
Figura 32- Visão Global do sistema de saúde geral, Espanha.....	153
Figura 33- Pirâmide da ação intersetorial. Tomada de decisões integrada, coordenação de políticas e cooperação.....	159
Figura 34- Desenho da pesquisa: atores, governança e relações de agência no Brasil e na Espanha.....	180

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Panorama geral da tese e objetivos dos capítulos.....	29
Quadro 2- Visão Geral da Teoria da Agência	33
Quadro 3. Quadro sintético das razões de conflitos de agência de acordo com os axiomas de Klein e Jensen e Meckling	40
Quadro 4- Dimensões da Governança Pública segundo Raquel, Bellen.....	44
Quadro 5- Principais definições relacionadas ao conceito de governança	47
Quadro 6- Principais características dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Espanha	55
Quadro 7- Classificação da pesquisa quanto aos objetivos e técnicas que auxiliam no seu alcance	73
Quadro 8- Classificação metodológica geral da pesquisa	74
Quadro 9- Relação dos principais eventos de Observação.....	82
Quadro 10. Gestores da Saúde entrevistados no Brasil e na Espanha em nível central e regional.....	85
Quadro 11. Matriz de análise para a pesquisa sobre governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde.....	86
Quadro 12- Planos de Saúde analisados	94
Quadro 13. Principais instrumentos jurídicos-normativos sobre saúde	95
Quadro 14. Codificação e categorização dos dados (continua).....	99
Quadro 15. Matriz de análise com a síntese das principais inferências obtidas na triangulação de dados sobre governança e conflitos no âmbito dos serviços especializados de saúde	101
Quadro 16. Principais características das comissões intergestores.	120
Quadro 17- Fontes públicas de financiamento direto à saúde, Brasil	173
Quadro 18- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde do Brasil	175
Quadro 19- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde da Espanha	178
Quadro 20- Matriz de análise com a síntese das principais inferências obtidas na triangulação de dados sobre governança e conflitos no âmbito dos serviços especializados de saúde	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxa de cobertura dos planos de saúde (assistência médica) e do SUS no Brasil, Amazonas e Rio Grande do Sul no período de 2012 a 2019	104
Tabela 2- Resoluções CIT e CIB do Brasil, Amazonas e Rio Grande do Sul no período de 2012 a 2019	124
Tabela 3- Relatório de Atividades realizadas pelo DENASUS de 2012 a 2019 nos estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul.....	129
Tabela 4- Esperança de vida ao nascer, média nacional, Andalucia e País Vasco, período 2012 a 2018	142
Tabela 5- Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos.....	142
Tabela 6- Gasto sanitário público consolidado segundo comunidade autónoma. Milhões de euros, porcentagem sobre o PIB e euros por habitante 2014 e 2019.....	143

GRÁFICOS

Gráfico 1- Mortalidade infantil, menores de 1 ano, 1000 nascidos vivos no Brasil, Rio Grande do Sul e Amazonas	108
Gráfico 2- Evolução dos gastos do Governo do Rio Grande do Sul de 2012 a 2019 com saúde, excluindo-se as transferências	112
Gráfico 3- Teto Financeiro MAC com incentivos do Amazonas, período 2012 a 2019, em milhões de reais	116
Gráfico 4- Teto Financeiro MAC com incentivos do Rio Grande do Sul período de 2012 a 2019, em milhões.....	117
Gráfico 5- Auditorias realizadas pelas secretarias estaduais de saúde do Amazonas e do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2019	133
Gráfico 6- Demanda por Assunto ouvidoria do SUS/SES/RS, 3º quadrimestre de 2019	134
Gráfico 7- Gasto sanitário público em serviços hospitalares e especializados segundo comunidade autônoma. Percentual sobre o total de gastos, 2019	144
Gráfico 8- Gasto total e Gasto Público em saúde (% do PIB) Brasil e Espanha.....	171
Gráfico 9- Despesas gerais de saúde do Governo e privada (%do gasto em saúde corrente), Brasil.....	172
Gráfico 10- Despesas gerais de saúde do Governo e privada (%do gasto em saúde corrente), Espanha.....	173

LISTA DE ABREVIATURAS

AM- Amazonas
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCAA- Comunidades Autônomas
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CIB- Comissões Intergestores Bipartite
CIR- Comissão Intergestores Regional
CIT- Comissão Intergestores Tripartite
COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB- Departamento de Atenção Básica
DECAV- Departamento de Controle e Avaliação Assistencial
DINTEG- Diretoria de Integridade
EID- Escuela Internacional de Doctorado
ESF- Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
FNS- Fundo Nacional de Saúde
FPM- Fundo de Participação dos Municípios
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ICREG - Índice de Competitividade Regional
INCLASNS- Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAC- Média e Alta Complexidade
MS- Ministério de Saúde
MSCBS- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
NAEA- Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
ODS- Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS- Organização Mundial da Saúde
PES- Plano Estadual de Saúde
PHEIC- *Public Health Emergency of International Concern*
PIB- Produto Interno Bruto
PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI- Pactuação Programada Integrada

WHO- *World Health Organization*

RAS- Redes de Atenção à Saúde

RM- Região Metropolitana

RS- Rio Grande do Sul

SES-RS- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SIOPS- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SUSAM- Secretaria de Saúde do Amazonas

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial

UFPA- Universidade Federal do Pará

URJC- Universidad Rey Juan Carlos

TCT- Teoria dos Custos de Transação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1. Os Conflitos de Agência e políticas públicas	31
2.1.1. Marco histórico e conceitos	32
2.1.2. Definição de relações de agência nas políticas públicas	35
2.1.3. Os Custos envolvidos	38
2.1.4. Axiomas de Klein e Jensen e Meckling.....	40
2.2. Governança em saúde: mecanismos para alinhamento dos interesses.....	42
2.2.1. Conceitos e marco histórico	44
2.2.2. Governança em saúde.....	49
2.2.3. Dimensões da governança	57
2.2.3.1. Estratégia	57
2.2.3.2 <i>Accountability</i>	58
2.2.3.3. Transparência.....	61
2.3. Diálogo entre as abordagens: modelo para análise dos conflitos de agência e da governança pública.....	63
2.3.1. Estudos Teórico-empíricos	63
2.3.2. Matriz de análise.....	67
3. TRAJETÓRIA METOLÓGICA EMPREGADA NO ESTUDO EMPÍRICO	70
3.1. Caracterização da pesquisa	70
3.2. Referencial de análise.....	76
3.3. Estratégias e técnicas de pesquisa	78
3.4. Procedimentos de pesquisa: métodos, técnicas e instrumentos de coleta de informações.	80
3.4.1. Pesquisa exploratória e principais observações	82
3.4.2. Entrevistas	84
3.4.2.1. . Temas abordados nas entrevistas e seleção dos participantes	86
3.4.2.2. Preparação e realização das entrevistas	88
3.4.3. Documentos.....	90
3.4.3.1. . Planos de saúde	91
3.4.3.2. . Principais legislações sobre o tema	95

3.5. Análise dos dados.....	96
3.6. Relatório Final	100
3.7. Principais limitações das pesquisas de campo	101
4. DISCUSSÕES TEÓRICO-EMPÍRICAS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	103
4.1. Brasil: estado federal e governança	103
4.1.1 Campo de estudo: Rio Grande do Sul e Amazonas.....	103
4.1.2. Relações de agência e instrumentos de cooperação.....	113
4.1.2.1. Conflitos	113
4.1.2.2. Custos de Agência	118
4.1.2.3. Cooperação	119
4.1.3. Dimensões da governança analisadas	124
4.1.3.1. Estratégia	125
4.1.3.2. <i>Accountability</i>	128
4.1.3.3. Transparência.....	135
4.2. Espanha: Estado das autonomias e governança	139
4.2.1. Campo de estudo: País Vasco e Andalucia	139
4.2.2. Relações de agência e instrumentos de cooperação.....	146
4.2.2.1. Conflitos	146
4.2.2.2. Custos de agência	150
4.2.2.3. Cooperação	152
4.2.3. Dimensões da governança analisadas	157
4.2.3.1. Estratégia	157
4.2.3.2. <i>Accountability</i>	160
4.2.3.3. Transparência.....	165
5. DIFERENÇAS E SIMILARIDADES ENTRE BRASIL E ESPANHA: DESAFIOS E APRENDIZADOS	170
6. CONCLUSÃO	182
REFERÊNCIAS.....	186
APÊNDICE A- OBJETIVOS E SÍNTESE DOS RESULTADOS	206
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA- MINISTÉRIO DA SAÚDE- NÚCLEO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO- FUNDO NACIONAL DE SAÚDE ...	207
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTAS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL E DO AMAZONAS, BRASIL.	210

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS DEPARTAMENTOS DE SAÚDE DO PAÍS VASCO E ANDALUCIA, ESPANHA	213
APÊNDICE E- GUIÓN DE ENTREVISTAS - MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA- DG. SALUD PÚBLICA CALIDAD E INNOVACIÓN.....	215
APÊNDICE F- CARTA CONVITE.....	218
APENDICE G- HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE	219
APÊNDICE H- DETALHAMENTO DA ENTREVISTA	222

1. INTRODUÇÃO

Os acontecimentos de ordem sanitária, econômica e social da última década têm colocado os sistemas de saúde do mundo à prova. Entre a crise econômica de 2012¹ à crise sanitária de 2020² observa-se que as medidas isolacionistas seguem na contramão das reais necessidades que o contexto mundial exige: os sistemas de saúde necessitam de soluções abrangentes, pois os problemas que os afetam não respeitam limites geográficos, extratos sociais e políticos.

O setor público é mediado pela ação das empresas privadas e das organizações da sociedade neste atual contexto pós-redemocratização e privatização. Assim, a governança surge com o importante papel de atenuar os conflitos – público-privado, público-público e público-sociedade – e alinhar os interesses relacionados ao interesse coletivo (WHO, 2018; IFAC, 2014). Sobretudo em uma área tão sensível quanto a da saúde, o fator “tempo” é preponderante e exige o alinhamento das ações do Estado através do fortalecimento dos instrumentos de governança para o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (ALBUQUERQUE, LIMA, OLIVEIRA, SCATENA, PEREIRA, 2018; ALMEIDA, 2005).

A existência de atores públicos e não-públicos em um ambiente de incertezas complexifica a tomada de decisão do gestor público (BARNEY; HESTERLY, 2014). Dentro deste contexto de complexidade os instrumentos de governança³ atuam no fortalecimento da cooperação entre os agentes envolvidos nas políticas públicas, sejam estes formuladores das políticas; gestores das esferas federal, estadual e municipal; prestadores e cidadãos que, além de serem os destinatários dos bens públicos, exercem um papel importante de controle das ações do Estado (LLOVET, 2016; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

¹ A crise econômica de 2012 que repercutiu mais fortemente na Europa também teve forte impacto no Brasil. Segundo estudos sobre equidade e crise econômica, as medidas tomadas para amenizar os efeitos desta crise não foram suficientes para diminuir as iniquidades em saúde, ao contrário, os cortes e medidas regulatórias afetaram negativamente tanto aos usuários de serviços de saúde públicos quanto privados (URBANOS-GARRIDO, 2016; COSTA-ALCARAZ, CALVO-RIGUAL, SIURANA-APARISI, 2013).

² Em 30 de janeiro de 2020 o Diretor-Geral da OMS declarou o surto de Covid 19 como uma emergência de saúde pública de caráter internacional (PHEIC) e, em 7 de março de 2020, foi publicado um pacote consolidado de orientações e ações de preparação dos países (OMS, 2021). Neste contexto de saúde pública global, ao apresentar as características das políticas públicas globais e governança, Coleman afirma que “*O problema político a ser resolvido é em escala global, não é nacional, nem regional nem mesmo em escala interregional*” (COLEMAN, 2012, p. 681, tradução nossa), ou seja, para emergências globais se exige estratégias globais.

³ A visão do IFAC (2013) sobre o principal objetivo da governança corrobora com a ideia dos referidos autores: **garantir o alinhamento do interesse dos diversos atores com o interesse público**. Assim, opta-se por utilizar neste estudo um referencial teórico que abrange e aprofunda esta discussão acerca dos instrumentos de governança em um ambiente de *multistakeholders* e seus conflitos e que desencadeiam desafios e podem resultar em aprendizagem contínua.

Nos países ibero-americanos isto não é diferente. No Brasil, esta complexidade ganha contornos ainda mais preocupantes tanto por questões históricas⁴ quanto pela dimensão continental do país, o que torna ainda mais complexa a tarefa de atender com eficiência e equidade em um país com regiões tão heterogêneas por questões demográficas, climatológicas, de condições de vida, de saúde, econômicas, de logística e escassez de insumos e profissionais para determinados serviços (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010; NETO, MENDES, PEREIRA, 2017). Na Espanha, as principais tensões giram em torno de outros temas sensíveis que repercutem nas políticas de saúde como: imigração, federalismo fiscal e questões históricas que geram tensões entre o poder central e as comunidades autônomas, assim como as discussões separatistas (ILBÁÑEZ, GONZÁLEZ-PÁRAMO, URBANOS-GARRIDO, ZUBIRI, 2017; MARTÍN, GONZÁLEZ, 2011).

A partir deste contexto, o cidadão espera mais eficiência nos serviços públicos prestados pelo Estado através de uma gestão assertiva e ágil nas respostas em um ambiente de incertezas, diversidade de atores e interesses envolvidos, pois, as questões de saúde precisam de respostas rápidas. Para Barata (2009, p.110), estes desafios vão muito além das necessidades e campo de atuação da saúde, mas, segundo a autora, “é possível iniciar pela própria política de saúde a transformação necessária visando pelo menos a minorar os efeitos danosos da desigualdade gerada na organização social”.

A preocupação com a governança é crescente na agenda do Estado, exigindo, assim, sua instrumentalização política, normativa e administrativas a fim de possibilitar a elaboração e implementação de políticas públicas capazes de atender às necessidades do cidadão. No entanto, o percurso deste caminho apresenta desafios. Principalmente quando se trata da saúde, esta complexidade ganha um aspecto ainda mais crítico. Para Magalhães (2018) a simples participação de múltiplos agentes em arranjos de governança não garante a exequibilidade das políticas de saúde, pois corporações privadas organizadas podem capturar a agenda institucional para obter vantagens, perpetuando, assim, as profundas e persistentes desigualdades na oferta de bens e serviços.

⁴ Em estudo sobre a regionalização e descentralização da política de saúde no Brasil e na Espanha, Pereira, Lima, Machado (2018) demonstram que, embora tenham ocorrido de forma diferente em cada país, os fatores históricos, políticos e institucionais influenciaram na organização e concepção dos serviços de saúde sobretudo quanto a coordenação e divisão de responsabilidades das esferas governamentais na gestão dos serviços. Esta visão é também defendida por Mello, Pereira *et al* (2017) ao afirmarem que a regionalização da saúde está mais relacionada com fatores políticos, históricos e sociais do que com a política em si.

Com base em uma perspectiva multidimensional, Ramos (1989) afirma que é papel do Estado a elaboração de políticas que articulem os vários interesses com foco em um desenvolvimento para todos, cooptando esforços sem se reduzir a resultados de curto prazo, ou seja, um Estado que planeja e dirija assuntos de interesse público de maneira efetiva para promoção de mudanças estruturais profundas na sociedade.

Além da coexistência de interesses há também a racionalidade limitada⁵ dos agentes que se contrapõe à visão estruturalista. Este último vê a administração como simples tomada de decisão racional com a finalidade de atingir os objetivos organizacionais (MILLER, HICKSON, WILSON, 2014). Considerando este contexto, torna-se evidente a necessidade de instrumentos capazes de diminuir os conflitos, pois o querer fazer corretamente não é suficiente para os tomadores de decisão frente às complexidades presentes no caminho da ação administrativa.

Quanto ao tipo de decisão, Simon (1960) considera dois grandes grupos: as “programadas” e “não-programadas”. Segundo o autor algumas decisões não, necessariamente, envolvem conflitos ou são afetadas pela racionalidade limitada, pois algumas delas são frequentes, fazem parte de situações familiares e previsíveis, estas são as chamadas decisões “programadas”. Outras, no entanto, requerem maior atenção e possuem riscos potenciais, exigem do tomador de decisão informações específicas e análises minuciosas do cenário, tempo e escopo, são as decisões “não-programadas”. Ainda quanto aos caminhos da decisão Van Wart (1998) destaca a subjetividade da decisão e afirma que frente a decisões difíceis o tomador de decisão deve considerar uma série de fatores desde as demandas da sociedade até suas próprias convicções pessoais – que devem estar abertas ao debate e às divergências; aos valores organizacionais; valores profissionais; instrumentos normativos e o interesse público (HARROW, 2002; LANE, 2000).

A relevância dos princípios da governança para o equilíbrio organizacional é inquestionável. No entanto, Bovaird (2005) destaca dois principais conflitos quanto a sua implementação: ser improvável alcançar os princípios da governança⁶ simultaneamente e, que

⁵ Segundo Simon (1945) os tomadores de decisão são incapazes de operar em condições de racionalidade perfeita por dois principais motivos: devido a complexidade das organizações modernas e por limitação da sua própria cognição. Outros autores destacam uma terceira variável que contribui para esta limitação, que é a impossibilidade de prever cenários nos quais os atores operam com restrição de informações ou parcialidade delas, uma vez que em um ambiente de múltiplos atores se torna quase impossível obter todas as informações de quem nele opera (OLIVEIRA, FONTES FILHO, 2017). Logo, o planejamento por si só não é suficiente para garantir a maximização dos resultados em determinadas situações.

⁶ Os princípios da governança serão apresentados no Capítulo 2 e sua aplicação nesta pesquisa está no Capítulo 4.

tais princípios não têm a mesma relevância para todas as partes interessadas. Neste sentido, Kickbusch (2012) afirma que as mudanças devem ocorrer no nível dos governos, organizações e sociedade civil através de uma agenda pública bem definida e participativa.

O equilíbrio organizacional buscado através de boas práticas de governança é um desafio difícil de ser vencido em qualquer organização. Na área da saúde isto apresenta nuances que ultrapassam a configuração dos serviços propriamente ditos, pois envolve relações sociais, econômicas, culturais e políticas além de conflitos jurisdicionais persistentes. Isto exige, assim, articulação de múltiplos atores, fortalecimento dos espaços decisórios e mecanismo de vinculação em rede (MAGALHÃES, 2018). No contexto das organizações públicas, mais especificamente no executivo estadual e federal de que trata esta tese, compreende-se que da discussão sobre os conflitos entre os entes públicos e não públicos emerge a necessidade de refletir sobre como os princípios da governança podem equilibrar as tensões nessas relações.

Essa problemática se torna mais evidente no contexto dos serviços especializados⁷, caracterizada pelo emprego da alta tecnologia e custos elevados (GOMES, 2014). O alinhamento com os demais níveis de atenção a fim de produzir serviços qualificados para a população pode ser o diferencial para otimização tanto dos recursos financeiros quanto dos instrumentos tecnológicos empregados neste nível de atenção.

Para que isto se consolide, o financiamento da saúde é um dos obstáculos para que os princípios da saúde sejam efetivados. A necessidade de alocação dos recursos suplanta o âmbito da saúde pública e perpassa também para o setor suplementar e do mercado (LIMA, ANDRADE, 2009).

Diante disso, surge a questão principal desta pesquisa: *Quais fatores, relacionados à governança e relações de agência, estão associados aos diferentes resultados no Brasil e na Espanha no contexto dos serviços especializados de saúde?*

Partindo deste questionamento, busca-se compreender como os instrumentos de governança são operados (RAQUEL, BELLEN, 2012) na intenção de identificar pontos críticos e potencialidades de cada modelo. Além de compreender os diferentes resultados da governança dentro do mesmo território, considerando o modelo de organização territorial adotado por cada um dos casos. As semelhanças e diferenças existentes entre os entes escolhidos justificam a nossa escolha de pesquisa e o caminho metodológico adotado. Para isto, foram levantados e

⁷ “A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2007).

analisados o arcabouço teórico relacionado ao tema e os principais trabalhos publicados sobre governança em saúde e Teoria da Agência.

O estudo empírico sobre a aplicação dos princípios da governança e conflitos de agência foi feito através da triangulação de dados, que será mais bem explicado no Capítulo 4, e contou com a participação de gestores da saúde dos estados do Rio Grande do Sul e Amazonas no Brasil, e, na Espanha, das comunidades autônomas de Andalucía e País Vasco. Também foram ouvidos os gestores dos ministérios da saúde de cada país. Quanto às fontes documentais, foram analisados os Planos de Saúde (nível estadual, autonômico e nacional), leis, decretos e portarias referentes ao fenômeno estudado e as resoluções dos espaços de articulação local e nacional (Comissão Intergestores Bipartite, Comissão Intergestores Tripartite e *Consejo Interterritorial*) através da análise de conteúdo de Bardin (2011).

Através da compreensão deste contexto da pesquisa foi estabelecido o seguinte objetivo geral: **analisar a governança, sob o aspecto dos conflitos de agência, no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha no período de 2012 a 2019.**

Os objetivos específicos estabelecidos a partir do objetivo geral foram:

- a) Identificar os atores, estatais e não-estatais, que atuam no segmento dos serviços especializados de saúde e a sua importância para a governança;
- b) Analisar o efeito da relação principal-agente no cumprimento das pactuações e financiamento dos serviços especializados;
- c) Analisar os principais obstáculos e as respectivas estratégias da governança para reduzir os riscos resultantes dos problemas de agência;
- d) Compreender os fatores que contribuem para os diferentes resultados em saúde dos países selecionados.

A construção destes objetivos teve a contribuição das principais discussões iniciais sobre o tema da governança pública e da teoria da agência associado aos estudos sobre os serviços especializados. Embora existam muitos estudos brasileiros sobre teoria da agência, a maioria deles está relacionado à área de finanças e contabilidade, poucos são os achados sobre sua aplicabilidade na área da saúde pública. Enquanto as discussões sobre governança pública estão bem presentes em estudos sobre saúde tanto no Brasil quanto na Espanha e fazem parte dos manuais dos órgãos de saúde nacionais e internacionais pesquisados e que são parte integrante das análises desta pesquisa.

O período de estudos e pesquisas na Espanha contribuiu para maior aproximação do objeto deste estudo e aprofundamento dos objetivos. Isto foi possível através de reflexões extraídas dos minicursos e palestras que ocorreram em atividades acadêmicas sobre metodologias, federalismo fiscal, estudos em saúde pública. As conferências e jornadas promovidas pelos departamentos de saúde do País Vasco, Andalucía e do Ministério de Política Territorial e Função Pública da Espanha que trataram especificamente sobre modelos de governança e sua repercussão na qualidade do serviço público espanhol, também trouxeram grande contribuição para compreensão do fenômeno.

Os estudos teóricos e empíricos sobre governança em saúde e conflitos de agência foram levantados em revistas nacionais e internacionais sobre o tema, respeitando os critérios pré-estabelecidos para esta fase. Os principais resultados foram esquematizados em uma matriz de resumos com os pontos mais relevantes de cada um deles, divididos por tema e, discutidos entre si para identificação dos avanços do tema e das lacunas existentes. Com base nos principais achados, segue a justificativa da escolha das teorias e do campo de estudo.

Os estudos encontrados na revisão sistemática indicaram que a Teoria da Agência é, em sua maioria, utilizada para analisar fenômenos relacionados ao mercado financeiro e relações entre acionistas (ARROW, 1985; FAMA, JENSEN, 1983). No entanto, o número de estudos que se utilizam do arcabouço teórico da TA para explicar fenômenos existentes na administração pública tem crescido nos últimos dez anos. Isso se deve, segundo Martins *et al* (2016), a crescente demanda da população por informações, além do previsto em lei, para avaliar a gestão dos agentes públicos.

Jensen, Meckling (1976) relatam que a Teoria da Agência se destaca na compreensão dos conflitos que emergem das relações de delegação de autoridade entre o agente e o principal e a tentativa de diminuição dos chamados custos de agência que emergem desta relação. Tais custos são uma tentativa de diminuir os riscos desta relação permeada por informações assimétricas e tentativas de maximização de resultados por parte do principal. Contudo, segundo Fukuyama (2013) uma larga literatura sobre o setor público conceitua a governança dentro perspectiva principal-agente trazendo incentivos semelhantes ao do mercado na tentativa de melhorar os métodos de responsabilização e prestação de contas.

Considerando que a maior parte do das pesquisas sobre conflitos de agência e governança são voltadas para o setor privado, torna-se necessária a realização de uma abordagem que considere as principais características e aplicabilidades de conceitos das duas

abordagens para o setor público (FUKUYAMA, 2013; BOVAIRD, 2005; COLEMAN, 2012). Com isso, a contribuição da literatura existente auxiliaria no estudo do tema “governança pública e conflitos de agência” considerando as especificidades das estruturas do Estado com responsabilidades multinível (poder central e subnacionais), respeitando a autonomia dos entes e atendendo aos princípios constitucionais.

Ao abordar a governança pública em saúde e seus conflitos, busca-se compreender como os gestores lidam com os diferentes atores, sobretudo devido aos novos modelos de gestão público-privada caracterizada pela crescente participação de agentes não-públicos (MENEU, URBANOS, 2018). Figueiredo *et al* (2018) consideram que o excesso de incentivo governamental ao setor privado é uma ameaça ao princípio da universalidade e afeta diretamente o financiamento público da saúde. A partir disso, a delimitação das fronteiras desta relação torna-se necessária para preservação do interesse público e garantia do direito à assistência sanitária PERPIÑÁN (2013).

Em termos mundiais, os gastos com saúde estão crescendo mais que outros setores da economia, chegando a 10% do PIB global como revela o relatório da Organização Mundial da Saúde- OMS (WHO, 2019). No entanto, o presente relatório afirma também que este aumento não configura necessariamente melhores condições de vida da população, uma vez que é necessária uma análise sobre a eficiência e distribuição equitativa deste gasto. Sobretudo em países em desenvolvimento, nos quais os dados sobre gastos destoam dos resultados de acesso aos serviços de saúde e de atingimento de objetivos relacionados à mortalidade materna, infantil e infecções.

A eficiente gestão destes recursos faz emergir a necessidade de fortalecimento dos espaços de cooperação e coordenação federativa como os Conselhos de Saúde, Conselho Interterritorial e Comissões Intergestores que têm sido, segundo a literatura, espaços importantes para o fortalecimento dos instrumentos de governança e compartilhamento de experiências entre os gestores para implementação destes instrumentos de forma eficiente SANTOS (2017).

Neste sentido, os instrumentos de governança e a identificação das áreas com maior conflito podem auxiliar o gestor público na tomada de decisão e a eficiente alocação dos recursos tendo em vista as reais necessidades da população (ARRAONDO, 2020; LIMA *et al.*, 2017). Ademais, ao mapear as áreas com maior conflito, a discussão da governança em saúde fornece subsídios para que os gestores tenham uma visão mais ampliada e, assim, possam

diminuir os riscos e atender ao principal (cidadão) tanto com serviços públicos de qualidade quanto com informações acessíveis e de qualidade.

As hipóteses foram levantadas a partir das questões de pesquisa, dos objetivos gerais e específicos e apoiadas no referencial teórico e empírico. O objetivo destes pressupostos é obter uma maior aproximação do fenômeno estudado e estabelecer os limites da investigação. Na fase da pesquisa exploratória, o teste destas hipóteses permitiu responder as principais questões e até mesmo identificar os achados que emergiram durante a análise das entrevistas e do material documental. Segue abaixo estes pressupostos (gerais e específicos):

Geral: Embora Brasil e Espanha tenham similaridades no tocante a descentralização com impacto direto no sistema de saúde, no Brasil este processo não garantiu capacidade institucional e de gestão ao poder local o que refletiu diretamente no resultado das políticas de saúde em nível local.

Hipótese 1: A trajetória político-administrativa dos países do estudo, no período pós-redemocratização, exerceu influência direta no financiamento e organização das políticas de saúde no território;

Hipótese 2: A propensão à ociosidade está presente nos dois casos, pois na relação principal-agente não se percebe os benefícios da cooperação;

Hipótese 3: No Brasil ainda há uma forte dependência econômica e de coordenação do governo central, o que resulta na disparidade de resultados das políticas de saúde e dificuldades de acesso em determinados municípios; enquanto no caso espanhol a maior autonomia das CCAA's configura em uma maior cobertura territorial e maior infraestrutura.

De forma concomitante a construção dos elementos apresentados anteriormente, se pensou tanto na viabilidade quanto na contribuição deste estudo para as instituições às quais a pesquisadora principal está vinculada, os quais são: o curso de doutorado em Ciências e Desenvolvimento Socioambiental⁸ do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) na Universidade Federal do Pará (UFPA) na linha de pesquisa “Estados, Instituições, Planejamento e Políticas Públicas” que investiga as alterações institucionais e socioeconômicas através de uma abordagem interdisciplinar, na qual esta tese se insere e o curso de Doutorado em Ciências Sociais e Jurídicas da Universidade Rey Juan Carlos.

⁸ O doutorado em Ciências e Desenvolvimento Socioambiental faz parte do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Através de um acordo de cotutela para dupla titulação⁹ entre a *Universidad Rey Juan Carlos* e a Universidade Federal do Pará foi possível internacionalizar esta pesquisa no âmbito do Programa de *Ciencias Sociales y Juridicas* da *Escuela Internacional de Doctorado* na linha de pesquisa “Direito”. O referido programa tem como objetivo principal desenvolver reflexões críticas e interdisciplinares frente aos desafios da sociedade atual.

Considerando as linhas de pesquisa das quais este estudo faz parte, a principal contribuição desta tese está na compreensão dos principais instrumentos de governança que norteiam a criação dos planos de saúde (nacionais, estaduais e municipais de saúde), leis, normas e decretos no contexto da operacionalização dos serviços especializados de saúde do Brasil e da Espanha. Considerando o aumento do gasto público dentro de um cenário com grande participação privada.

Outro ponto importante da sua contribuição é a identificação de pontos fracos e respectivas estratégias de melhoria e/ou reforço das estratégias dos modelos apresentados com os melhores resultados em saúde. O tema tratado também possibilitou a produção de artigos aprovados em eventos nacionais e internacionais sobre gestão pública¹⁰ e, assim, se espera que tais publicações possibilitem o crescimento dos programas de pós-graduação da UFPA e URJC e ganhem espaço no meio científico como contribuição para novas reflexões.

Quanto a estrutura da tese, no primeiro capítulo, examina-se os principais conceitos históricos, dimensões jurídicas e políticas da governança em saúde que servirão de base para a compreensão desta como um instrumento indispensável na ação do Estado. No entanto, antes de adentrar no tema, esclarecemos que a governança em saúde será tratada na perspectiva da descentralização e da regionalização política e administrativa dos países deste estudo como princípios basilares de seus sistemas de saúde. Isto se faz necessário pela complexidade dos atores envolvidos e, em segundo lugar, porque as características de cada subnacional em sistemas descentralizados são singulares.

Para compreender como a governança atua na interlocução dos diversos atores é necessário entender o processo de construção dos sistemas de saúde dos países, e como a dimensão jurídica estabelece as regras formais que balizam as políticas de saúde no território, contribuindo assim, para a efetivação da saúde como direito.

⁹ Acordo de cotutela para dupla titulação foi publicado no Diário Oficial da União nº 150 del 6 de agosto de 2019.

Considerando isto, os capítulos que se seguem tratam do referencial teórico, metodologia empregada, apresentação dos resultados e discussões dos principais achados da pesquisa. A estrutura dos capítulos, seu conteúdo e objetivo de cada um deles são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Panorama geral da tese e objetivos dos capítulos

(continua)

CAPÍTULOS	CONTEÚDO	OBJETIVOS
CAPÍTULO 1	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Contexto e questões de pesquisa; • Objetivos; • Hipóteses. 	<p>Apresentar as principais motivações da pesquisa e indicar as reflexões que nortearam as escolhas teóricas e metodológicas.</p>
CAPÍTULO 2	<ul style="list-style-type: none"> • Referencial teórico • Os conflitos de agência e políticas públicas • Governança em saúde: mecanismos para alinhamento dos interesses 	<p>Neste capítulo é apresentado o referencial teórico dos conflitos de agência e sua aplicação nas políticas públicas. Os principais conceitos de governança e as dimensões de análise também serão apresentados neste capítulo a fim de auxiliar na análise dos resultados.</p>
CAPÍTULO 3	<ul style="list-style-type: none"> • Trajетória Metodológica empregada no estudo empírico • Caracterização da pesquisa • Referencial de análise • Estratégias e técnicas de pesquisa • Procedimentos de pesquisa • Análise dos dados • Relatório Final • Principais limitações da pesquisa de campo. 	<p>Apresentar a operacionalização da pesquisa empírica (como os dados foram coletados e analisados), assim como justificar a escolha metodológica juntamente com suas vantagens e limitações</p>
CAPÍTULO 4	<ul style="list-style-type: none"> • Discussões teórico-empíricas: apresentação dos resultados • Brasil: estado federal e governança • Espanha: estados das autonomias e governança 	<p>Nesta seção serão apresentados os resultados da pesquisa de campo e discutidos a luz da teoria da agência e da governança.</p>

Quadro 1- Panorama geral da tese e objetivos dos capítulos

(continuação)

CAPÍTULOS	CONTEÚDO	OBJETIVOS
CAPÍTULO 5	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças e similaridades 	Neste capítulo são sistematizados os dados e discussões apresentados anteriormente fazendo um paralelo entre os dois casos, identificando os desafios e aprendizados de cada modelo e sua importância para os estudos de governança pública em saúde.
CAPÍTULO 6	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão 	Neste espaço são apresentadas as principais conclusões e resposta à questão de pesquisa, aos objetivos e hipóteses propostas inicialmente.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo deste referencial teórico é apresentar uma síntese da literatura sobre as teorias que fundamentam este estudo. Inicialmente é descrita a teoria da agência, sua construção e principais conceitos. Em seguida, são apresentadas as principais definições de governança e as dimensões que serão exploradas no capítulo de resultados. Por fim, são apresentadas as matrizes construídas com base nas discussões das teorias e que serviram de ferramenta para as análises empíricas.

2.1. Os Conflitos de Agência e políticas públicas

A existência do conflito é inerente aos ambientes com duas ou mais concentrações de poder, podendo ocorrer entre coalisões interna e externa ou apenas internamente (FALCINI, 1993). O conflito pode ser interpretado sob três principais perspectivas: as que o interpretam como algo prejudicial às organizações e que buscam suas causas e formas de eliminá-lo; as que acreditam que os conflitos são intrínsecos e inevitáveis às organizações; e as que o consideram como algo inerente às organizações, mas, os subdividem em conflitos funcionais e disfuncionais (DIAS, 2013). Independente do arranjo, as organizações experimentam interações e barganhas entre os seus atores a fim de obter mais poder, formando, assim, as coalisões (MINTZBERG, 1983). Conseqüentemente, buscam-se instrumentos para amenizar os conflitos e mecanismos de controle para o cumprimento dos contratos.

Os debates sobre conflito encontram nas grandes transformações políticas e econômicas que compõem o cenário mundial um terreno fértil para discussões, com as abordagens sobre a trajetória das políticas públicas e sua implementação em diferentes contextos. Soma-se a isso, as transições das regras e das perspectivas dos países quanto ao enfrentamento dos desafios socioeconômicos.

As teorias relacionadas ao tema buscam explicar quais os fatores que levam aos conflitos nas relações de delegação de autoridade (JENSEN, MACKLING, 1976). Identificar estes fatores, possibilita a adoção dos instrumentos corretos para diminuição do risco, desvio de conduta e otimização dos resultados. Esta constatação se assenta no fato de que nas relações de delegação de autoridade quanto mais transparência e informações sobre a execução do objeto de delegação, menores são as possibilidades de desvio de conduta e risco moral entre as partes envolvidas (OLIVEIRA, FONTES FILHO, 2017).

2.1.1. Marco histórico e conceitos

A base analítica que fundamenta este estudo é a teoria da agência apresentada formalmente na década de 1970 através dos estudos de Jensen e Meckling (1976). Utilizando a metáfora de um contrato, esta teoria explica a relação em que uma parte, chamada de **principal**, delega trabalhos a outro, denominado **agente** e, dentro deste relacionamento, emergem dois problemas que resultam em conflitos: a) divergência quanto aos objetivos a serem alcançados que, mesmo previstos inicialmente no contrato, ganham novas conotações com a possibilidade de potencialização dos ganhos por parte do agente; e b) diferentes atitudes de principal e agente em relação aos riscos (EISENHARDT, 2015; JENSEN MECKLING, 1976).

A teoria da agência vem como alternativa teórica para complementar as lacunas deixadas pela Teoria dos Custos de Transação (TCT) de Williamson que, assim como a teoria da agência, considera que as pessoas, no momento da tomada de decisão, apresentam limites de racionalidade, seja por não conhecer o contexto de forma ampla, seja por déficit de informações. Em consequência, agem intencionalmente buscando maximizar seus resultados se tornando propensos ao oportunismo (EISENHARDT, 1989). No entanto, estas teorias diferem porque a Teoria da Agência enfatiza o risco sob a perspectiva dos proprietários e dos agentes, enquanto a TCT acrescenta um elemento “não-controlado”: a incerteza.

Em ciência política e economia, o problema “principal-agente” trata das dificuldades que podem surgir em virtude de informação assimétrica, conflitos de interesse e outros riscos que podem comprometer o relacionamento entre eles, dificultando assim, o atendimento dos interesses do principal (CLEGG, HARDY, NORD, 2014; FAMA, FRENCH, 2001). Pois a informação assimétrica provoca um fracasso da política pública à medida que as relações entre principal e agente são marcadas por contratos e informações incompletas, mesmo que sejam de suma importância, e, muitas vezes, por este motivo, são ocultadas com o objetivo de que sua omissão resulte em benefício futuro (PEREIRA, AFONSO, ARCANJO, SANTOS, 2012). A estrutura de agência, composta pelos elementos do Quadro 2, pode ser aplicada a diversas análises micro ou macro e principalmente em fenômenos organizacionais.

Quadro 2- Visão Geral da Teoria da Agência

Ideia-chave	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento entre principal e agente deve refletir a eficiência da organização e da informação e os custos que implicam riscos.
Unidade de Análise	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato entre principal e agente.
Suposições humanas	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse pessoal; • Racionalidade limitada; • Aversão ao risco.
Suposições da organização	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito de metas entre as partes; • Eficiência como critério de eficácia; • Assimetria de informação entre principal e agente.
Suposição de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Informações como uma mercadoria comprável.
Problemas de contrato	<ul style="list-style-type: none"> • Agência (risco moral e seleção adversa); • Compartilhamento de riscos.
Domínio do Problema	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamentos em que o principal e o agente têm, em parte, diferentes objetivos e preferências de risco (por exemplo: a compensação, a regulação, a liderança, a gestão de impressão, a denúncia, a integração vertical, os preços de transferência).

Fonte: Eisenhardt (2015)

Outras áreas do conhecimento também utilizam esta teoria para explicar o funcionamento das organizações e a otimização dos seus resultados. A área de maior concentração é a de ciências sociais, seguido de gestão de negócios e contabilidade, humanidades e economia. Na Administração, a abordagem da teoria da agência é utilizada para analisar a relação entre os gestores e os acionistas de uma organização, com foco no controle das corporações, nos papéis dos envolvidos e em como se caracteriza o conflito de agência entre proprietário-administrador e acionistas externos (JENSEN, MECKLING, 1976). As demais áreas como economia (ARROW, 1971; WILSON, 1968), sociologia (BRANCO 1985) e finanças (FAMA, 1980) tentam explicar através desta teoria os conflitos de interesse que emergem das relações entre principal e agente aplicados aos seus respectivos contextos.

Embora se utilizem da teoria da agência, cada uma destas áreas do conhecimento difere quanto à aplicação. Nos estudos de Perrow (1981) o foco da teoria é no principal (investidor), enquanto para Hesterly Liebeskind, Zenger (1990) a mesma teoria poderia focar mais no agente. Ainda na área de finanças, Shleifer, Summer (1998) afirmam que a maioria dos ganhos dos acionistas era resultado da redistribuição da riqueza com os outros atores organizacionais, o que contrasta com a maioria dos estudos que focam na otimização dos ganhos individuais.

Em estudo baseado nas previsões de Jensen e Meckling (1976), Morck, Shleifer e Vishny (1988) elaboraram duas hipóteses sobre a estrutura de propriedade (concentração de ações com os maiores acionistas): a) que quanto mais ações os gestores das formas tiverem, maior será o valor na firma no mercado. Esta hipótese é chamada de “comprometimento de interesse”; e b) o valor de mercado da empresa pode sofrer declínio em virtude da concentração de posses nas mãos dos gestores, chamada de “entrincheiramento”. Hipótese que não estava prevista no estudo de Jensen e Meckling (1976), mas, testada através de estudo empírico realizado pelos autores.

Nas décadas de 1960 e 1970, o compartilhamento do risco foi explicado pelos economistas ressaltando que os indivíduos podem agir de diversas formas frente ao risco a que são expostos (ARROW, 1971; WILSON, 1968), o que pode gerar os **custos de agência**, conforme estudado por Wilson (1968), Ross (1973) e Heckerman (1975). Outro aspecto importante que evoluiu com a teoria foi a necessidade de se explicar o alcance do equilíbrio em um cenário de objetivos conflitantes e alocação de capital entre os acionistas (SAITO, SILVEIRA, 2008). Após estes estudos, surge, então, a base da teoria da agência, caracterizada pelo chamado “problema de agência” que, conforme Jensen e Meckling (1976), precursores da teoria, resultam dos objetivos e interesses diferentes existentes entre partes cooperantes. Enquanto a maior parte da literatura dispense esforços em entender os aspectos normativos entre as partes, Jensen e Meckling se concentram na compreensão dos incentivos que os envolvidos necessitam para manter o equilíbrio contratual.

A natureza da firma (ou agência, como tratada por parte da literatura) é discutida por Ronald Coase (1937) em um estudo bastante utilizado no direito e na economia. O autor afirma que as organizações existem com o objetivo de minimizar os custos de transação, ou seja, gerenciar transações econômicas por meio de mercados apresenta maior custo do que gerenciá-las nos limites de uma organização (CLEGG, HARDY, NORD, 2014).

Em seu artigo “O problema do custo social” de 1960, o autor apresenta o teorema de Coase que afirma que as regras tanto jurídicas quanto governamentais não afetam a eficiência na discussão das externalidades, pois as partes sempre negociarão soluções ótimas independentemente de quem tenha razão no caso concreto (NEVES, 2016). Outra contribuição de Coase para a teoria da agência trata sobre as partes agirem reciprocamente mesmo em situações nas quais as normas estabeleçam quem irá arcar com os custos. Neste caso, segundo o autor, **custos de transação** são nulos em virtude de a solução negociada ser a mais eficiente (solução ótima) independente do que trate as normas estabelecidas para disciplinar as transações (COASE, 1960).

A ideia central da teoria da agência ascende da perspectiva de que podem surgir conflitos nas organizações em virtude dos divergentes interesses entre principal e agente, também chamado de conflito de agência. A organização, assim, pode ser entendida como uma rede de contratos estabelecidos de forma tácita ou não, que estabelecem funções, direitos e obrigações de seus envolvidos tanto interna, quanto externamente. Busca também compreender as causas e consequências da discordância sobre as metas no âmbito das organizações (EISENHARDT, 2015). Diante disso, surge um dilema na teoria: buscar o melhor contrato com foco na disciplina do comportamento dos agentes ou um contrato que busque os melhores objetivos? O ponto de equilíbrio seria desenvolver as melhores regras para reger a relação entre o principal e o agente, dadas as divergências que podem ocorrer ao longo do tempo (assimetria informacional, comportamentos variados).

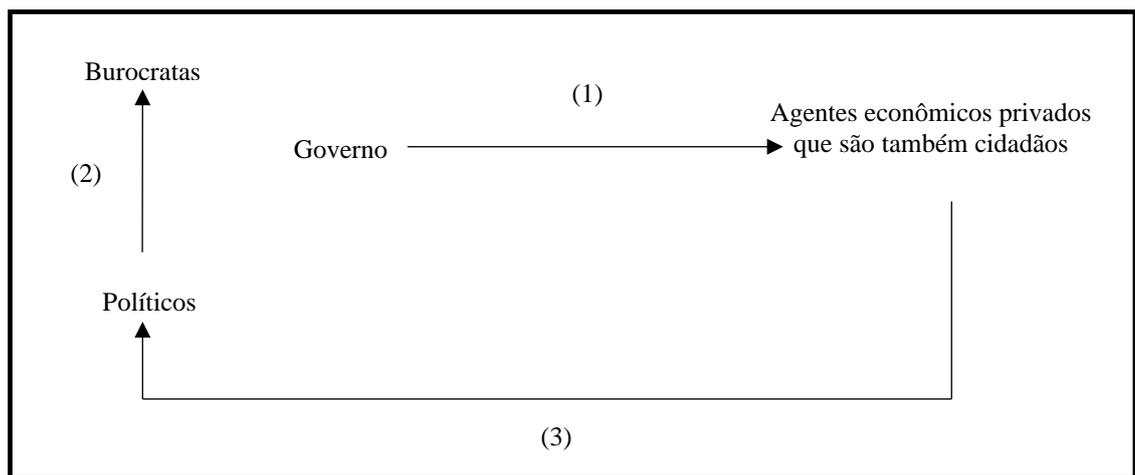
Em uma relação de agência sob a égide de um contrato, duas ou mais pessoas empregam uma ou mais pessoas para executar, em seu nome, um serviço que implique a delegação de algum poder de decisão. (JENSEN, MECKING, 2008). Nesta relação duas principais situações podem ser observadas: a) o conflito de interesses entre o principal e o agente e b) o compartilhamento do risco quando principal e agente agem visando mitigar o risco que cada um pode ter. (EISENHARDT, 2015).

2.1.2. Definição de relações de agência nas políticas públicas

Ao trazer os conceitos da teoria da agência para a área pública, parte dos estudos entende que o cidadão é o “principal” da relação de agência e que o gestor público é o “agente”. Pois, através da delegação de autoridade o gestor público recebe do cidadão a missão de administrar o bem público dentro das regras pré-estabelecidas – leis, decretos, instrumentos de planejamento ou pactos estabelecidos nas arenas decisórias (MACHADO, 2018; TCU, 2018).

Ao discutir a reforma do estado, Przeworski (2003) apresenta três tipos de relação principal x agente, conforme Figura 1: entre governos e agentes econômicos privados (regulação, com o estado definindo a estrutura de incentivos para os agentes privados), entre políticos e burocratas (supervisão/acompanhamento quando o objetivo dos burocratas diferem dos cidadãos, necessitando de maior controle dos processos) e entre cidadãos e governo (responsabilização, muitas vezes limitada em virtude de coalisões partidárias que se desejam manter no poder, no entanto, deve estar disponível para os eleitores instrumentos de recompensa e punição dos governos em virtude de seus resultados, de forma geral, isto é expresso pelo voto).

Figura 1- Mapa das relações principal x agente



Fonte: Przeworski (2003)

Com a descentralização das políticas públicas, através da transferência de responsabilidades do poder central para os subnacionais, esta relação tornou-se ainda mais complexa, necessitando, assim, de uma combinação de elementos favoráveis que estimulem a cooperação entre os níveis de governo e entre o governo e os cidadãos, fortalecendo a cooperação mútua (ABRUCIO, 2005; ARRECH, 2010; MELO, 1996).

Alchian, Demsetz (1972) afirmam que uma das principais características da relação de agência é a necessidade de estruturas que permitam a harmonização dos interesses e consequente cumprimento dos contratos para que, assim, se alcance a sustentabilidade das relações e menor incidência de conflitos. Embora o trabalho em equipe gere ganhos pela **cooperação** entre os agentes que participam do processo e, juntos tenham a possibilidade de alcançar os melhores resultados em detrimento do trabalho individual, o incentivo gerado por esta situação regride ao longo do tempo, pois os riscos não são encarados da mesma forma pelas partes envolvidas.

Esta cooperação, resultado da produção em equipe, é fruto de processos produtivos complexos que necessitam de maior engajamento para sua realização. Desse modo há um incentivo para cooperar. Na economia das organizações a cooperação torna possível uma resposta mais assertiva frente às ameaças competitivas (KOGUT, 1988).

Dada a complexidade dos problemas enfrentados pelas organizações maiores, uma pessoa agindo isoladamente pode não conseguir atingir os objetivos de forma eficiente e em tempo hábil pela desproporção entre energia e tempo disponíveis. Tornando-se necessária a cooperação para que se obtenha resultados de maior qualidade e no tempo certo, através de dois principais grupos: o de gestão de decisão e o de controle de decisão (FAMA, JENSEN, 1983). No ambiente das políticas públicas isto fica ainda mais evidente pela grande variedade de atores presentes com diferentes graus de autonomia e responsabilidades.

O incentivo para cooperar, entretanto, decai à medida que aumenta, entre os membros da equipe, a **propensão à ociosidade**, que corresponde aos desvios de comportamentos que vão desde trapaças a até mesmo realizar minimamente as atividades, sem o esforço necessário e suficiente para obter resultados acordados entre principal e agente (CLEGG, HARDY, NORD, 2014). Embora a cooperação entre os membros otimize os resultados, fazendo-os alcançar patamares difíceis de serem alcançados apenas com o esforço individual, a ociosidade encontra um subterfúgio, pois é difícil identificar o rendimento de cada membro da equipe.

Na ausência de mecanismos que meçam a produtividade individual e remunerem seus membros com base nisto, ocorre a remuneração com base no esforço coletivo, gerando dois tipos de comportamentos: a) frustração das pessoas com alto nível de produtividade que acabam não se juntando à equipe, pois ao adicionar qualquer esforço, este não será reconhecido e remunerado como tal; e b) redução dos esforços de alguns membros, resultando até mesmo na falta ao trabalho, uma vez que os custos dos esforços que seriam despendidos seriam divididos pela equipe.

O **oportunismo** (resposta dos agentes à falta de recompensa individual) pode ser apresentado nestas relações pela delegação de autoridade na tomada de decisão do principal para o agente, tendo, segundo Hesterly, Lieberkind, Zenger (1990), três problemas característicos: a) os interesses do principal e do agente serão, em grande parte, divergentes; b) o monitoramento do agente pelo principal não poderá ser feito completamente e sem custo; e c) as informações que estão disponíveis ao agente não serão adquiridas pelo principal sem custo e de forma completa.

Ao sofrer os danos ocasionados pelo oportunismo, o principal evita delegar autoridade ao agente em situações simples, somente naquela que realmente se caracterizem como imprescindíveis. Isto acontece quando a atividade não exige ou quando o custo de implementar mecanismos de controle é muito oneroso frente aos ganhos que serão obtidos pela atividade. Desta forma, não havendo delegação de autoridade não haverá custos de monitoramento (EISENHARDT, 2014).

Embora os instrumentos para minimização do risco e redução de ações pautadas em benefício próprio estejam disponíveis através de contratos pré-estabelecidos, o alcance destes instrumentos são confrontam com a **racionalidade limitada**. Esta abordagem formulada por Simon (1959) e posteriormente reelaborada por Williamson (2000), se fundamenta na limitação dos agentes em levantar todas as possíveis informações e realizar todos os cálculos possíveis para se chegar à tomada de decisão ótima, haja vista, existirem incertezas no ambiente em que as decisões são tomadas.

A **informação assimétrica** é um dos principais fatores que contribuem para os conflitos na relação de agência. Esta assimetria considera que principal e agente possuem quantidades diferentes de informações, ou seja, na organização a informação não é distribuída de igual forma entre todos os indivíduos. Com isso, informações que não estão disponíveis a todos garantem ao seu detentor certo nível de “poder de barganha” durante as negociações e, ao principal, diminuição dos custos de monitoramento (EISENHARDT, 2015; JENSEN, MECKLING, 2008).

Outros dois importantes elementos nesta análise são o **risco moral** (*moral hazard*) e a **seleção adversa** (*adverse selection*) que são apontadas por Arow (1985) como a origem do problema de agência. No risco moral, o autor considera que muitas ações dos agentes são escondidas e difíceis de serem monitoradas pelo principal, ou porque o custo deste monitoramento é muito alto ou porque certos parâmetros são difíceis de monitorar, como o empenho e certas habilidades na execução de algumas tarefas. Na seleção adversa, para o proprietário, é difícil identificar se seu interesse está sendo atendido pelo agente, pois o mesmo detém certas informações que o principal não tem ideia da existência, ou, apresentam custos muito altos para serem obtidas.

2.1.3. Os Custos envolvidos

Surgem situações adversas a partir do oportunismo, pois, em uma relação entre principal e agente é quase impossível mantê-la a custo zero para garantir que o agente tome as melhores

decisões (nível ótimo) na perspectiva do principal (JENSEN, MECKLING, 2008). Neste monitoramento, focado no comportamento do agente, não é possível obter informações ótimas a todo o momento em virtude da complexidade da atividade, restrições de monitoramento e interpretação das informações obtidas.

Os **custos de agência** correspondem aos gastos com supervisão, estruturação dos contratos e implementação de instrumentos que possam garantir que, surgindo algum nível de divergência entre as decisões do agente e a maximização da satisfação do principal, esta última será garantida. Logo, os custos de agência correspondem a: a) despesas de monitoramento por parte do principal; b) das despesas com a concessão de garantias contratuais por parte do agente; e c) perdas residuais (JENSEN, MECKLING, 2008).

Esta perda residual refere-se às situações em que o monitoramento apresenta alto custo para o principal, e quando o custo para o agente provar ao principal que os interesses não são divergentes superam níveis razoáveis. Para tanto, estes custos podem ser mais bem administrados através de monitoramento de comportamento e de desempenho, ou através de vínculos que alternam penalização (por infringir o interesse do principal) e bonificação (quando se alcançam as metas estabelecidas) (HESTERLY, LIEBERKIND, ZENGER, 1990).

Para Machado a esfera governamental utiliza alguns instrumentos para reduzir os custos de agência ao “padronizar e delimitar as ações a serem executadas por governos subnacionais, ao condicionar o repasse de recursos à sua realização e ao dispor de uma multiplicidade de ‘controladores’ que permite verificá-la, incluindo aqueles de natureza societal” (MACHADO, 2018, p. 59). Ainda segundo o autor, estas medidas são tomadas para reduzir a fragmentação do território, no entanto, alguns efeitos adversos surgem devido à falta de integração entre as políticas e conflitos políticos nacionais e locais. Embora contraditório, a tentativa de redução da fragmentação da política pública não considera outra fragmentação pré-existente: os diferentes níveis de desenvolvimento e características regionais presentes no território.

Com base nisso, é reforçada a ideia da necessidade de mecanismos de cooperação e fortalecimento dos instrumentos de controle representados pelas regras formais e informais que regem os contratos a fim de diminuir os custos de agência e, assim, potencializar as entregas ao cidadão. No contexto desta investigação, estes instrumentos serão analisados de acordo com o exposto no Capítulo 4.

2.1.4. Axiomas de Klein e Jensen e Meckling

No esforço de tentar explicar as razões essenciais dos conflitos de agência e os motivos pelos quais as relações de agência não operam linearmente ainda que regidas por contratos, surgem os axiomas de Klein e Jensen e Meckling.

O axioma de Klein foi exposto em 1983 por Robert Klein em *The economist of supply and demand*. Neste, o autor sustenta a **incompletude dos contratos**, em virtude das características intrínsecas ao ambiente de negócios: repleto de incertezas e turbulências que podem afetar diretamente os resultados, não sendo possível estabelecer dentro instrumentos normativos todas às respostas a situações adversas que podem surgir no caminho.

As descontinuidades e incertezas do ambiente conferem riscos e oportunidades que dificultam a definições de metas e previsões confiáveis quanto aos resultados esperados. Estas intensas transformações, que afetam o Estado e as demais organizações nacionais e supranacionais, tem desafiado os gestores públicos quando a definição de estratégias e cumprimento das metas.

O axioma de Jensen e Meckling complementa a ideia de incompletude dos contratos de Klein ao afirmar que é necessário compreender o comportamento dos agentes para então, compreender como se comportam as organizações. Em *The Nature of Man*, publicado em 1994, Jensen e Meckling explanaram de forma mais concisa a razão do conflito de agência baseado na hipótese de que o comportamento dos agentes é baseado na sua natureza utilitarista, otimizadora dos objetivos pessoais e focado nas suas preferências. Surgiu assim, o axioma de Jensen e Meckling sobre a **inexistência do agente perfeito**. Segue no Quadro 3 o resumo das principais razões para os conflitos de agência apontados pelos autores.

Quadro 3. Quadro sintético das razões de conflitos de agência de acordo com os axiomas de Klein e Jensen e Meckling

AXIOMA DE KLEIN	AXIOMA DE JENSEN E MECKLING
Inexistência de contrato completo	A inexistência de um agente perfeito
<ul style="list-style-type: none"> • Grande número de ocorrências possíveis; • Múltiplas respostas às ocorrências possíveis; • Grande imprevisibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Força do interesse próprio; • Ocorrência de propósitos imperfeitamente simétricos; • Exposição ao oportunismo.

Fonte: Klein (1984); Jensen, Meckling (1994)

Diante dos argumentos de Klein (1983) e Jensen, Meckling (1994), é razoável dizer que contratos e agentes não são suficientes para que se obtenham os melhores resultados para o principal. Ao interpretar estes dois elementos, observa-se a necessidade de um terceiro elemento que possa proporcionar a diminuição dos riscos em meio as grandes transformações e interferências do ambiente às organizações ou sistemas analisados. No entanto, algumas críticas são feitas à teoria da agência a saber:

- focar somente nos interesses financeiros dos agentes, desconsiderando, assim, o caráter humano das relações. Desta forma, a teoria considera que o comportamento dos mesmos só se adequa aos interesses comuns e aos organizacionais através de recompensas materiais (BARNEY, HESTERLY, 2014). A justificativa desta crítica se pautava na ideia de que as recompensas podem ir além do material, pois existem outras formas de incentivar a cooperação entre os atores e aumentar o bem-estar do principal e dos agentes. Quer seja através de promoções e reconhecimentos que podem impulsionar sua reputação e maior visibilidade para futuras contratações ou através de melhoria nas condições ambientais, que, por mais que não tenham resultado imediato, podem garantir ganhos elevados no longo prazo e melhor consolidação de parcerias futuras.
- Outra crítica à teoria da agência é que ela não considera os desvios do principal, ao afirmar que somente o agente age no intuito de maximizar seus ganhos. Neste sentido, o principal também pode omitir informações em uma relação de contrato no intuito de maximizar os seus ganhos, visão que difere do estático comportamento empresarial relatado nas demais teorias (BARNEY, HESTERLY, 2014; FILHO, 2006).
- Sobre centrar a decisão apenas no ator, Weingast (1997) destaca em seu estudo a importância da agregação dos indivíduos na tomada de decisão e não apenas a sua ação individual, pois muitas ações mesmo que sejam tomadas por um indivíduo, muitas vezes sofre influência de outros ou até mesmo de grupos.

Jensen (1983) ao tentar descrever como os mecanismos de governança são capazes de resolver os problemas de agência, formulou duas proposições relacionadas ao porquê do surgimento das relações contratuais. As proposições são: a) o oportunismo do agente pode ser efetivamente combatido através de contratos baseados em resultados nos quais os interesses de principal e agente são coligados e as recompensas dependem das mesmas ações, logo, reduz-se os conflitos de interesse; e b) quando o principal tem informações suficientes para monitorar o

comportamento do agente, a tendência é que este se comporte de acordo com os interesses do principal.

A maioria das críticas feitas à teoria da agência centram no aspecto dos incentivos. A revisão das mesmas está alheia a este trabalho, pois serão utilizados apenas aqueles conceitos considerados fundamentais para estudar os conflitos e custos de cooperação no financiamento dos serviços especializados no período de 2012 a 2019. Isto porque não é objetivo deste trabalho apresentar as minúcias dos dois sistemas, mas apenas analisar sob o aspecto da governança as relações de agência de Brasil e Espanha no nível de atenção especializada.

Frente às discussões sobre mecanismos para resolver os problemas de agência, inicia-se no próximo tópico as discussões sobre os conceitos de governança, suas dimensões e sua relação com a diminuição dos conflitos de agência e aplicabilidade na arena pública.

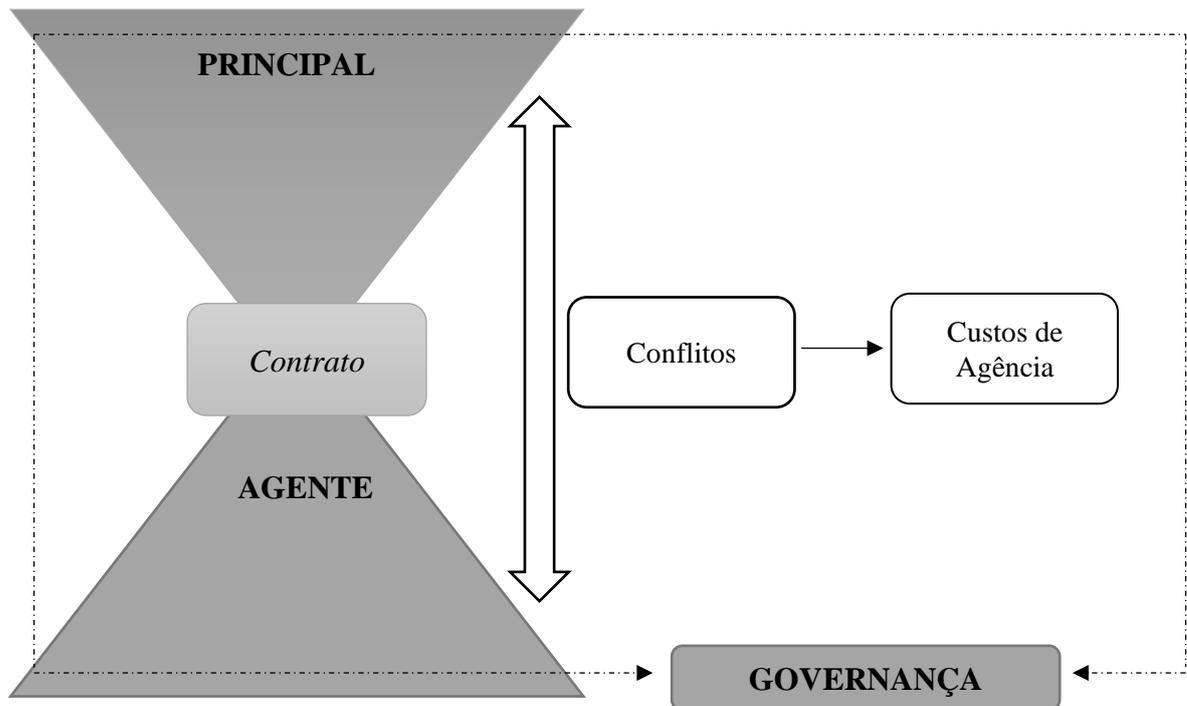
2.2. Governança em saúde: mecanismos para alinhamento dos interesses

Visando minimizar estes custos que incorrem nas relações de múltiplos atores (HALE, HELD, 2001), surge a partir de uma corrente positivista a governança. Formada por mecanismos internos e externos de incentivos à cooperação, minimização de riscos e otimização de incentivos, a governança tem como principal objetivo limitar o comportamento do agente que age em benefício próprio (JENSEN, MECKLING, 1976; EISENHARDT, 2015).

A governança é um tema recorrente, sobretudo no setor privado e com destaque nas discussões internacionais. Discutida em diversas áreas e sob diversos aspectos, a governança adquire múltiplas abordagens e aplicações (TEIXEIRA, GOMES, 2019; BUTA, TEIXEIRA, 2020). Aliado a isto, a competitividade, as crises econômicas das últimas décadas, as incertezas do ambiente e consequente necessidade de diminuição dos riscos da delegação, fizeram com que emergisse a necessidade de construção da legitimidade das organizações. Não somente privadas como também públicas, através da participação e cooperação multinível, ultrapassando assim, o antigo modelo focado intrinsecamente na gestão, monitoramento e controle (PULITO, 2018).

Neste contexto de complexificação das relações organizacionais e multiplicidade de atores novas demandas surgem e, com elas, a necessidade de instrumentos que possam auxiliar na coordenação de atividades e entrega de valor ao cidadão. A Figura 2 ilustra estas relações e como a governança pode atuar.

Figura 2. Relação da Governança com os conflitos de Agência



Fonte: Elaboração própria (2021)

As análises sobre governança envolvem vários aspectos, no entanto, é comum aos estudos relacionar a forma com que as organizações, o governo e a sociedade são liderados para alcançar seus objetivos e resultados e, também, como são responsabilizadas por suas ações neste contexto de busca por valor econômico e/ou social (FERREIRA, 2016; PETERS, 2010). Neste sentido, as organizações são vistas como um sistema aberto, trocando informações constantemente com o ambiente (BUTA, TEIXEIRA, 2020). Destas trocas emergem também responsabilidades, não somente pelos seus atores internos, mas, com aqueles que fazem parte do seu entorno (RAQUEL, BELLEN, 2012).

Ao realizar pesquisa sobre governança através da análise de literatura nacional e internacional, além de consultas a especialistas de várias nacionalidades, Raquel, Bellen (2012) propõe um quadro de análise com atributos pertinentes à governança pública apresentado no Quadro 4.

Quadro 4- Dimensões da Governança Pública segundo Raquel, Bellen

Institucional- Administrativa	Sociopolítica
Coprodução de ações públicas entre atores da sociedade civil, Estado e mercado.	Existência de conflitos e dissensos entre atores envolvidos no processo de coprodução de ações públicas gerando tensão na gestão.
Existência de formas institucionais colaborativas, como redes, parcerias e alianças.	Foco na democracia deliberativa e na participação ativa de diferentes atores.
Utilização de estratégias de cooperação relacionadas à: consenso, diálogos, coordenação, auto-organização, negociação.	Preocupação com a <i>accountability</i> .
Compartilhamento de responsabilidades diante dos problemas públicos.	Iteração entre os atores é marcada pela confiança, pela existência de espaços deliberativos.
Uso de instrumentos de gestão visando à eficiência.	Possibilita a aproximação de aspectos políticos e administrativos.

Fonte: Raquel, Bellen (2012).

2.2.1. Conceitos e marco histórico

As principais discussões sobre o tema iniciaram na década de 1980 nos meios políticos e acadêmicos, tornando-se assim uma agenda de pesquisa em diversos campos de estudo que, sem visão convergente sobre o tema, enfatizam a normatividade de cada área sob a sua própria perspectiva (LEVI-FOUR, 2012; PETERS, 2012).

Nas organizações privadas a preocupação com a governança emergiu no contexto de mudança dos modelos de gestão das empresas. E esta foi a forma encontrada para que se obtivesse maior dimensionamento do desempenho organizacional e de controle por parte dos acionistas, principalmente do controle interno, uma vez que este componente contribui para o alcance de um ambiente mais favorável com transparência, confiabilidade e integridade.

Dada a multidimensionalidade da governança, o conceito pode ter dois principais pontos de análise: a) a partir de quem observa e/ou b) a partir do tipo de avaliação que se faz. Levi-Faur (2012) vai um pouco adiante dos pontos de análise anterior e afirma que a governança é a iteração entre a esfera de autoridade e os mecanismos de decisão. O autor ainda considera que a agenda de pesquisa de governança está intrinsecamente ligada à era de mudança, o que a posiciona como uma agenda que, em alguns pontos, ainda se encontra em organização e legitimação.

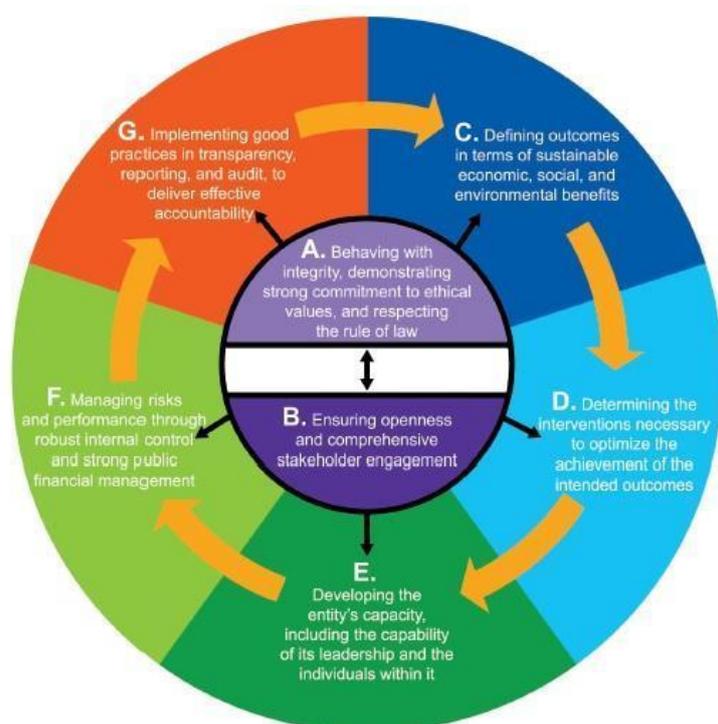
O Banco Mundial complementa este conceito anterior ao afirmar que a governança é um processo através do qual atores estatais e não-estatais interagem e coordenam suas ações no intuito de implementar políticas por meio de regras formais e informais que fazem parte do seu contexto organizacional (BANCO MUNDIAL, 2018).

O que se observa é que, embora existam normas que disciplinem a implementação dos mecanismos de governança nas organizações, as relações informais e regras não escritas têm forte influência na tomada de decisão. Mapear os atores envolvidos direta e indiretamente se faz necessário para identificar o grau de influência e possíveis nós que dificultam atingir e otimizar os resultados.

Sobre as boas práticas de governança, o IFAC- *International Federation of Accountants* (2014) afirma que a governança compreende aos acordos e demais disposições implementadas para garantir que os resultados pretendidos entre as partes interessadas sejam cumpridos. Isto se torna um desafio ainda maior considerando o cenário das políticas públicas em estados descentralizados. O comportamento dos distintos agentes no processo de negociação apresenta neste contexto de descentralização, duas possibilidades distintas: a limitação do poder central com o surgimento de poderes locais e o fortalecimento da *accountability* através do deslocamento da esfera de decisão para mais próximo do cidadão (ILBÁÑEZ, GONZÁLEZ-PÁRAMO, URBANOS, ZUBIRI, 2017).

Ao abordar a governança pública, o IFAC também estabelece alguns princípios para que as organizações ajam de acordo com a boa governança e o interesse público. Conforme a Figura 3 os princípios são bidimensionais e se relacionam entre si no intuito de garantir o alcance dos objetivos tanto sob o aspecto econômico quanto social.

Figura 3- Interrelação entre os princípios da governança pública



Fonte: IFAC (2014).

Segundo a ANAO (*Australian National Audit Office*) (2014), a boa governança apresenta dois principais elementos que, se bem ajustados, são capazes de proporcionar a entrega de programas e serviços de qualidade: *performance* e *accountability*. Na *performance* os arranjos e as práticas de governança são construídos e estabelecidos com a intensão de moldar os resultados, através da entrega de serviços e políticas públicas de qualidade. Enquanto a *accountability* se refere à visibilidade do resultado tanto para o público interno quanto para o externo, cumprindo a lei e atendendo as expectativas através do controle das ações executadas, transparência e integridade.

A visão sobre governança do IFAC e da ANAO convergem quanto aos principais elementos da governança: *accountability*, integridade e transparência. Atender a estes princípios significa agir pautado no interesse público, gerando, assim, os benefícios para a sociedade e demais *stakeholders* (IFAC, 2014).

Ainda nesta perspectiva, o TCU (Tribunal de Contas da União) afirma que governança se relaciona aos mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução das políticas públicas e a prestação de serviços de interesse da sociedade.” (TCU, 2018, p.15).

O Relatório de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial apresenta o seguinte conceito de governança: “governança é o processo pelo qual atores estatais e não estatais interagem para projetar e implementar políticas dentro de um determinado conjunto de regras formais e informais que moldam e são moldadas pelo poder” (WORLD BANK, 2017, tradução nossa). Este conceito considera as instituições formais e informais¹¹ e o papel dos atores estatais no processo da governança. Quanto ao “poder”, o Banco Mundial considera que ele se relaciona às habilidades dos grupos e indivíduos em fazer com que outros grupos ou indivíduos ajam de forma a alcançar resultados específicos.

Na arena pública a governança é um importante instrumento para a articulação dos atores públicos e não públicos para a promoção da coordenação de ações que tenham um impacto social positivo. Esta mesma ideia é apresentada em outro conceito que afirma que: “no nível mais básico, governança significa a capacidade de estabelecer metas para a sociedade,

¹¹ Segundo a teoria do neoinstitucionalismo, as instituições formais são aquelas legalmente estabelecidas com normas escritas (leis, regulamentos e decretos) que estabelecem, dentre outras coisas, as regras de conduta dos atores. Enquanto as informais se relacionam às regras não escritas que surgem da interação entre os agentes e tem influência direta da cultura ou tradição. Ambas são importantes, pois mesmo através das regras informais é possível identificar informações importantes que podem até mesmo servir como elemento chave para a inovação e resolução de problemas organizacionais.

bem como a capacidade de desenvolver programas que permitam atingir esses objetivos.” (PETERS, 2018).

Neste sentido, o que seria uma boa governança? Peters (2010) considera que para ter uma boa governança é preciso atender a quatro requisitos básicos: a) seleção de metas; b) convergência e coordenação de metas; c) implementação; e d) retroalimentação de informações e transparência. Ainda segundo o autor essas atividades são essenciais e devem considerar os processos, tomada de decisão e os recursos disponíveis os quais serão mobilizados para consecução dos objetivos.

Ainda segundo o autor, a retroalimentação e transparência tem o objetivo de que indivíduos e instituições envolvidos possam aprender através de suas ações e, assim, construir arranjos de governança eficazes, fortalecendo a democracia e melhorando a qualidade das decisões. Decisões estas que precisam estar de acordo com as regras estabelecidas previamente, que direcionam a ação pública para o atendimento ao cidadão, bem como os papéis e processos que regem os sistemas de poder e que podem influenciar nos resultados do que se quer implementar (TCU, 2018; ROSA-CRUZ, ARREDONDO-LOPEZ, 2017). Diante destas definições o Quadro 5 apresenta uma síntese dos conceitos de governança que podem auxiliar nas discussões.

Quadro 5- Principais definições relacionadas ao conceito de governança

(continua)

Definição	Autores
“Conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.”	Brasil (2017)
“Prestar serviços de qualidade com menos recursos para diversas populações de usuários, estabelecer parcerias eficazes com os setores privado e sem fins lucrativos, respondendo de forma flexível e rápida às mudanças nas demandas e necessidades, garantindo a segurança dos cidadãos e estimulando o crescimento e oportunidades econômicas generalizadas e equitativas, e lidar proativamente com ameaças transnacionais”.	(Brinkerhoff, Brinkerhoff (2015, p. 22, tradução nossa)
“Governança refere-se a governar com e por meio de redes”.	Rhodes (2016, p. 1246, tradução nossa)
“Aplicado ao setor público, isto abrange noções de como as decisões políticas e administrativas são tomadas, como funcionam os sistemas governamentais e por que as instituições formais e informais são importantes na forma como as coisas são feitas e como os estados se relacionam com as sociedades”	Grindle (2017, p. 17, tradução nossa)

Quadro 5- Principais definições relacionadas ao conceito de governança

(continuação)

Definição	Autores
<p>“Governança refere-se aos processos de tomada de decisão nos quais convergem as relações de poder e interesses particulares de atores e instituições. Situações de consenso e conflito são inerentes a esses processos. Além disso, a tomada de decisões ocorre dentro de uma estrutura de princípios éticos, motivações e incentivos que podem ser explícitos ou implícitos.”</p>	<p>Flores (2010, p.28, tradução nossa)</p>

Fonte: Elaborado a partir dos autores referenciados.

O ponto de interseção dos conceitos apresentados é a interdependência entre os sujeitos envolvidos com a governança. De fato, não há o que se falar atualmente de governança sem considerar o meio externo à organização e, muitas vezes, essa barreira é subjetiva e de difícil delimitação. Outros autores destacam essa mudança do modelo centralizador de governança. As novas configurações da sociedade e as dinâmicas das políticas públicas demandam articulações e a descentralização de determinadas atividades para que se possa alcançar a eficiência desejada pelas organizações sejam elas públicas ou privadas.

Na perspectiva dos múltiplos atores, Kickbusch (2012) afirma que a governança passou de um modelo centrado no Estado para um modelo de cooperação no qual interagem diversos atores como empresas, sociedade, organizações nacionais, internacionais e supranacionais. Esta perspectiva reflete nos diversos setores, como a saúde, sendo conduzida desta forma não apenas no nível central como dito anteriormente, mas nos níveis regionais e locais. Para isto, Pulito (2018) chama de governança multinível, ou compartilhada, aquela na qual é efetivada a cooperação, coordenação e colaboração entre os órgãos da administração pública e entre esta e as demais organizações do meio externo.

Por fim, a partir das definições e discussões apresentados, elaborou-se um conceito geral para a governança pública *“sistema pelo qual entes públicos e não-públicos são incentivados e disciplinados, por instrumentos normativos ou tácitos, a estabelecer relações de cooperação pautadas no uso eficiente e eficaz dos recursos públicos, a fim de criar valor público e atendimento às necessidades dos cidadãos”*. Dentre as características identificadas na literatura que constituem esta definição estão: a) complexidade de relações; b) conflito de interesses, pois o interesse dos entes em muitos momentos pode divergir quanto ao atingimento do objetivo que se quer alcançar; e c) necessidade de delineamento dos instrumentos de controle e

monitoramento para se fazer cumprir os acordos e mensurar o custo efetividade das respostas oferecidas à sociedade.

2.2.2. Governança em saúde

A saúde é definida nas normas nacionais e internacionais como um direito universal. Graham, Amos, Plumtre (2003) afirmam que os princípios que definem a boa governança podem ser modelados de acordo com a sua aplicação; e a sua universalidade tem relação direta com as leis e os direitos humanos. Sendo a saúde um dos direitos universais previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948) é dever do Estado garanti-la e estabelecer os instrumentos necessários para sua efetivação. Surge então o grande desafio de operar os princípios de governança minimizando os conflitos e otimizando o alcance dos direitos sociais.

A saúde é um bem e um meio ao mesmo tempo. O desenvolvimento econômico e as capacidades humanas que fazem uma sociedade progredir dependem da saúde da população (Costa-Alcaraz; Calvo-Rigual, Siurana-Aparisi, 2013). Nesta mesma perspectiva, Kickbusch (2012) amplia o escopo ao afirmar que a governança em saúde é o empenho do governo e de outros atores para orientar comunidades, países e grupos de países a buscar a saúde de forma participativa e como parte integrante de um bem-estar geral.

Nada mais pertinente neste momento do que discutir governança em saúde de forma global, uma vez que as “barreiras sanitárias” estabelecidas durante a pandemia de COVID-19 não conseguiram conter a escalada do número de mortos de todas as nacionalidades, o colapso nos sistemas de saúde, a escassez de material hospitalar, a corrida por vacinas e insumos e a consequente crise econômica que adveio deste cenário e, em alguns contextos, reforçada. A universalidade e a equidade em saúde foram alguns temas que emergiram deste período, em virtude da complexidade do momento e da pressão sofrida pelos sistemas de saúde em todo o mundo.

Para a OMS (Organização Mundial da Saúde) a governança é um dos elementos indispensáveis para que os sistemas de saúde obtenham êxito no alcance da universalidade e equidade. Juntamente com o fortalecimento do financiamento, prestação de serviços, informações sobre saúde e organização da força de trabalho; as ações governamentais, quando bem coordenadas, podem garantir que mais pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade (WHO, 2018).

Sob outra perspectiva, a crescimento dos gastos públicos com saúde, a OCDE destaca a necessidade de que os governos alcancem uma fiscalidade sólida e sustentável para que, assim, através da transparência orçamentária, possam adquirir o apoio público e a confiança internacional através de boas práticas de governança (OCDE, 2019).

O Banco Mundial – em seu relatório sobre Governança de 2017 – destaca três funções principais das instituições que devem ser observadas para que recursos e regras sejam otimizados a fim de que se obtenham os resultados pretendidos: o *comprometimento*, mesmo que os recursos não correspondam ao esperado e, condições políticas mudem ao longo do tempo é necessário que os atores confiem nas políticas e ajustem seu comportamento em conformidade à realização eficiente das mesmas; a *coordenação*, porque o comprometimento individual não é suficiente, logo é necessário coordenar as ações dado o grande prejuízo das falhas de coordenação; e a *cooperação*, que é essencial para se alcançar de forma eficaz e equitativa as políticas, a qual se refere tanto o alinhar as ações internamente quanto com a sociedade e organizações privadas que fazem parte do processo (WORLD BANK GROUP, 2018).

Na Europa, o escritório da Organização Mundial da Saúde apresenta as abordagens estratégicas para a governança inteligente em saúde e destaca o desafio dos ministérios e organismos de saúde em colaborar em um ambiente político desafiador no qual se observa uma nova visão sobre a saúde e o bem-estar. O estudo destaca ainda a importância das iniciativas do setor de saúde, atores públicos, atores privados e cidadãos para a promoção de mudanças sociais e de paradigmas sobre saúde. Esta inter-relação entre agentes estatais e não estatais é chamada no estudo de “governança para a saúde” (WHO, 2012).

No Brasil, o TCU (Tribunal de Contas da União) – em estudo sobre a governança em saúde – destaca os múltiplos conflitos de interesses que emanam da delegação de autoridade. Estes conflitos exigem mecanismos de governança que diminuam os riscos provenientes destas relações. E dentro deste contexto, afirma que o papel do cidadão seria o de proprietário de uma empresa e o gestor seria o delegado que recebe do cidadão a missão de administrar, o que configura uma relação de agência discutida no tópico anterior (TCU, 2018).

Estes conflitos existentes no contexto da administração pública são abordados por Lobel (2012) sob a perspectiva da nova governança, na qual o setor público e o privado devem operar juntos em harmonia através da governança regulatória não mais focada somente na forma tradicional de comando-controle.

Em estudo sobre a equidade em saúde, Sen (2002) destaca a complexidade e amplitude das discussões de equidade em saúde e enumera pelo menos três pontos que considera relevantes para se compreender esta discussão que é: analisar a natureza e a importância da equidade em saúde; conhecer em profundidade as razões pelas quais se justificam que a equidade em saúde não é um assunto político e deveras importante; e comprovar que este argumento anterior não se sustenta e por quê.

Este princípio também está presente nas recomendações da Organização da Saúde que traz consigo um teor moral e ético ao conceito ao defini-lo como sendo um dos pré-requisitos da saúde e que requer a redução das diferenças no estado de saúde das pessoas. Garantindo a oportunidade de acesso a todos, fornecendo informações e a oportunidade de tomar as melhores decisões para ter uma vida mais saudável, conforme Carta de Ottawa (WHO, 1986). Isto inclui a adoção de compromisso político dos gestores no planejamento e execução de políticas públicas.

No Brasil, as políticas públicas – a partir da Constituição Federal de 1988, marco da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – tornaram o acesso à saúde universal para todos os cidadãos, contando com a participação dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Cada qual com seu grau de legitimidade, com níveis de cooperação e conflitos o que demanda a criação de estruturas estabelecidas para equalizar suas relações em busca de certo grau de eficiência (OLIVEIRA, SÁ, GOMES, PEREIRA, SANTOS, 2008; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

No setor público o principal desafio é a baixa institucionalidade, representado pelo grande distanciamento entre o planejamento e a execução, as dificuldades de coordenação e convergência dos objetivos dos atores que, mesmo no contexto de avanços possibilitados pela Constituição de 1988, não permitiu que a organização e a coordenação entre os atores envolvidos nas políticas públicas de saúde diminuíssem as desigualdades intra e inter-regionais e isto reflete diretamente nas respostas às demandas da população (SOUZA; CARVALHO, 1999).

Abrucio (2007) destaca cinco marcos relacionados às políticas públicas que iniciaram após o processo de redemocratização: 1) aprovação da lei de responsabilidade fiscal e agenda de eficiência; 2) a maior participação social e expansão dos centros de atendimentos pelos estados e municípios; 3) implementação de mecanismos de avaliação, controle e ações intersetoriais, sobretudo em políticas sociais; 4) o plano plurianual elaborado de forma integrada e mais regionalizada; e 5) a criação do governo eletrônico com excelentes resultados

no que se refere à organização da informação. Dentro deste processo, as políticas de saúde brasileiras sofreram grandes modificações na tentativa de conduzir melhor a descentralização político-administrativa que, segundo muitos autores, ainda não foi plenamente efetivada, devido a questões intrínsecas do municipalismo brasileiro (REIS *et al*, 2017; VIANA, IOZZI, 2019).

Embora existam avanços quanto ao envolvimento dos atores subnacionais no processo de planejamento e gestão, muitos problemas e desafios foram impostos aos estados e municípios, como, por exemplo, desigualdades de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras que culminam na multiplicidade de resultados das políticas públicas. Soma-se a isso uma tensão de poder entre a União e as subnacionais, desigualdade na provisão de serviços de saúde e baixa arrecadação própria (ALMEIDA, 2005; DUARTE *et al.*, 2015; LIMA, 2013).

Muitos municípios não têm condições de prover os serviços de saúde em sua integralidade, sendo necessária a parceria com outros municípios e/ou com o estado em virtude da baixa arrecadação própria. Outro ponto importante é a ideia de que a municipalização confere maior autonomia aos municípios, palavra que está mentalmente relacionada a “poder” o que gera um constante ambiente de disputas entre municípios por recursos federais (LIMA, 2013).

Quanto aos mecanismos de coordenação federativa implementados na política de saúde, citados anteriormente como atividade da governança, Lima (2013) aponta as seguintes características: a) não há padrões de autoridade e de responsabilidade claros entre união, estados e municípios; b) existe a mistura de competências comuns; c) formalmente os regulamentos estabelecem que cabe ao MS o papel estratégico, aos estados cabe induzir e coordenar os processos de regionalização e aos municípios cabe o papel de planejar, financiar, regular e prestar contas das políticas implementadas; d) os planos são negociados com diversos atores públicos e privados; e) a formulação e a implementação de políticas de saúde apresentam um caráter compartilhado entre as instâncias do governo e a sociedade; f) o grande aporte de transferências para atender demandas prioritárias; e g) recursos federais fragmentados e insuficientes frente às demandas e diversidades territoriais e epidemiológicas.

Em estados com altos índices de desigualdade observa-se o enfraquecimento da governança para entregar resultados que atendam a sociedade como um todo. Isto acontece porque os atores que apresentam as maiores riquezas apontam, por conseguinte, um poder maior de influência

na arena política e, muitas vezes, essas diferenças econômicas e espaciais não são consideradas no planejamento regional (LIMA, PEREIRA, MACHADO, 2021). Os gestores públicos por sua vez, dada a grande influência dos mais ricos, acabam favorecendo os interesses deles. Isto quando estes mais ricos não ascendem ao poder e o fazem por si só. A consequência disto é a não efetivação do princípio da equidade, pois há um reforço das desigualdades existentes (ESTEBAN, RAY, 2006).

Segundo Reis *et al* (2017) a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como espaço de deliberação e pactuação surge dentre as iniciativas para a construção de um sistema de saúde onde cada ente tem seu papel definido. Os principais objetivos da CIT são discutir as políticas públicas no território, dialogar, procurar soluções para problemas comuns, cooperar e reformular processos de trabalho (BRASIL, 2016). No nível regional esta função é representada pela Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que, juntamente com o papel estratégico do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) formam o conglomerado de espaços de articulação com o Ministério da Saúde (MS).

Estabelecido pela Constituição Federal de 1988, nos artigos 1º e 18º, o Pacto Federativo tem por objetivo estabelecer a harmonia entre os entes federativos e estabelecer seus limites e obrigações tanto financeiras quanto de arrecadação, assim como, as competências de legislar e de atuar no território. No campo da saúde, Mendes (2011) apresenta o modelo institucional do SUS (Figura 4) e como são estabelecidas as relações entre eles, no intuito de estabelecer pactos e soluções conjuntas em âmbito federal, regional entre entes federativos autônomos, mas, interdependentes.

Figura 4. Modelo Institucional do SUS



Fonte: Mendes (2011)

No contexto Espanhol as reformas ocorridas nas décadas de 1970 e 1980 refletiram na disposição político-territorial e provocaram mudanças profundas tanto no nível de Governo quanto nas regiões, a saber, as Comunidades Autônomas (PEREIRA *et al*, 2015). O marco do processo de ampliação do acesso à saúde na Espanha foi a Lei 14/1986 que tinha como principais características: a universalização¹² da assistência sanitária, a substituição das cotizações como fonte de financiamento das prestações sanitárias por impostos gerais, e, a descentralização da prestação dos serviços sanitários através das transferências de competências para as Comunidades Autônomas (AES, 2014; CABASÉS, 2002; GÉRVAS, 2008).

A descentralização e regionalização na Espanha estão diretamente ligadas ao contexto político do período final de 1970. O processo de democratização trouxe consigo a reorganização do território, como explicado anteriormente, e mais, viabilizou também a descentralização da política de saúde (PEREIRA, LIMA, MACHADO, FREIRE, 2015). Neste novo contexto surgem questões referentes à autonomia e ao financiamento destes novos níveis de governo e a sua gestão no contexto geral do Estado, ainda que os territórios tenham logrado autonomia para se autoadministrarem.

Com o Real Decreto-Ley 36/1978 sobre a gestão institucional da seguridade social, saúde e emprego, provoca uma série de mudanças sobre a gestão Institucional da Seguridade Social que até a criação da Lei Geral da Saúde (ESPAÑA, 1986) sofreu grandes mudanças no intuito de atender ao “giro democrático” provocado pela Constituição Espanhola que prevê em seu artigo 43 (tradução nossa):

1. O direito à proteção da saúde é reconhecido.
2. É responsabilidade do poder público organizar e proteger a saúde pública por meio de medidas preventivas e dos benefícios e serviços necessários. A lei estabelecerá os direitos e deveres de todos a esse respeito.
3. Os poderes públicos devem promover a educação para a saúde, a educação física e o desporto. Eles também incentivam o uso adequado do lazer.

A prestação sanitária passa de um modelo contributivo por cotização para um modelo universal sustentado pelos impostos ao Estado. A Lei Geral da Saúde (LGS) traz um elemento importante dos serviços universais quando prevê que “O Sistema Único de Saúde é concebido

¹² Com a publicação do Decreto Real 7/2018 de 27 de julho, é garantida a cobertura completa para todos que residem na Espanha. Segundo o artigo 3º do referido decreto “*Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español*”. O que, anteriormente, não era garantido aos imigrantes.

assim como o conjunto de serviços de saúde das Comunidades Autônomas convenientemente coordenados” (ESPAÑA, 1986, p.10, tradução nossa).

Ao instituir o Sistema Nacional de Saúde a LGS intensifica o processo de repasse de competências para as comunidades autônomas. Este elemento – a descentralização – não ocorreu de forma estanque, mas através de um processo político dentro das demais mudanças que ocorreram no SNS ao longo do tempo sob três perspectivas: política, fiscal/financeira e administrativa (PEREIRA *et al*, 2015; ALONSO, 2004; ARRAONDO, 2020). São estes os princípios da *Ley General de Sanidad*: universalidade da atenção, acessibilidade e desconcentração, descentralização.

Neste contexto, na organização da saúde na Espanha, cada comunidade é responsável pelo seu sistema de saúde, delimitando suas áreas de saúde e estabelecendo a organização dos serviços no seu território (ESPAÑA, 1986). Nas áreas de saúde, são prestados os serviços da atenção primária e da atenção especializada. Ao passo que há maior autonomia político, administrativa e financeira nas comunidades autônomas, as estratégias nacionais de saúde devem ser pensadas de forma coordenada visando a qualidade da assistência e efetivação da saúde como um direito (ARRAONDO, 2018; BERNAL-DELGADO *et al.*, 2018).

No entanto, esta descentralização não ocorreu de forma simultânea. Através dos estatutos de autonomia, houve crescente protagonismo das CCAA tanto no que se refere a gestão do seu sistema de saúde quanto do financiamento (BERNAL-DELGADO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al*, 2015), como podemos observar no Quadro 6.

Quadro 6- Principais características dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Espanha (continua)

Características	Brasil	Espanha
Princípios	Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.	Carácter público, universal e gratuito; a definição dos direitos e deveres tanto dos cidadãos como dos poderes públicos; a descentralização política; a plano de estruturas de serviços públicos e sua organização em áreas de saúde; e o desenvolvimento de um modelo inovador de atenção primária para integrar nas distintas atividades assistenciais e de prevenção, promoção e reabilitação básica.
Cobertura	Universal.	Universal.
Financiamento	Arrecadação de impostos Tripartite: União, Estados e municípios; Transferências Federais Fundo a Fundo.	Financiado por impostos; Copagamento de assistência farmacêutica segundo a renda e situação laboral.

(continuação)

Quadro 6- Principais características dos Sistemas de Saúde do Brasil e da Espanha

Características	Brasil	Espanha
Gestão	Descentralizada e Regionalizada.	Descentralizada transferidas para as CCAAs.
Modelo De Gestão	Financiamento público com prestadores públicos e privados de forma complementar.	Com financiamento público e prestadores públicos e privados de forma complementar.
Níveis de Assistência	Organizado por níveis assistenciais.	Organizado por níveis assistenciais.
Principais Instâncias de Governança	Comissão Intergestores Tripartite; Comissão Intergestores Regional; Comissão Intergestores Bipartite.	Conselho de Ministros; Consejo Interterritorial del SNS; Consejo de las Comunidades Autónomas.

Fonte: Elaborado a partir de España (1986) e Brasil (1990)

Para a governança deste sistema complexo e com estruturas autônomas com diferentes arranjos, emerge a necessidade de arenas de negociação, decisão e participação para alinhamento dos interesses e estabelecimento de estratégias conjuntas nas matérias que necessitam de colaboração entre as Comunidades Autônomas e o Estado. Para estabelecer esta coordenação, o art. 69 da Lei 16/2003, de 28 de maio, de Cohesión y Calidad del SNS, prevê o Consejo Interterritorial do Sistema Nacional de Salud (CISNS): "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado". Criado pela Lei Geral de Saúde, o CISNS representa um importante instrumento para concentração de esforços e tomada de decisão compartilhadas, diminuindo os riscos da fragmentação e variabilidade territorial espanhola (GARCÍA-ALTÉS, PEIRÓ, ARTELLS, 2019; REPULLO, 2014).

A partir destas considerações, verifica-se a importância da governança para a otimização dos gastos, a redução de custos e entrega de valor ao cidadão que é o principal destinatário dos serviços públicos (MATIAS-PEREIRA, 2012), e, em nível macro, para o alinhamento de interesses em um contexto de multiatores (estatais e não estatais) e multiníveis (que articula diversos níveis de governo – central, regional e local. Logo, diante da complexidade das relações que envolvem o assunto público, discute-se as dimensões da governança que subsidiam a análise dos resultados a serem alcançados através das ferramentas metodológicas propostas nesta pesquisa.

A seguir são apresentadas considerações sobre as principais dimensões da governança que serão abordadas nesta pesquisa. Estas foram escolhidas com base na questão de pesquisa e nos objetivos apresentados na introdução e servirão de suporte para a análise dos resultados.

2.2.3. Dimensões da governança

Como visto anteriormente, a governança é um conjunto de mecanismos que operam em busca dos melhores resultados. As dimensões da governança que serão discutidas na sequência e que são foco desta tese correspondem a: i) estratégia, como elemento que direciona a ação pública; ii) *accountability*, como instrumento que garante a prestação de contas e responsabilização do agente público e iii) a transparência, que é a publicação de informações e importante instrumento de controle das ações do Estado e indutor da participação social.

2.2.3.1. Estratégia

A estratégia é o mecanismo de governança responsável pelo relacionamento com as partes interessadas, a missão organizacional e o alinhamento transorganizacional (TEIXEIRA, GOMES, 2017). Cabe a estratégia desenhar a trajetória e estabelecer os mecanismos de controle, avaliação e todas as ferramentas que serão necessárias para alcançar os objetivos organizacionais e, após alcançá-los estabelecer os padrões de qualidade e impacto organizacional (ROSA-CRUZ; ARREDONDO-LÓPEZ; 2017; JOHANSSON, MONTIN, 2014).

Parte da literatura parte da premissa de que a governança precisa integrar, coadunar, harmonizar interesses evitando conflitos. Tais expressões são recorrentes e parte central das discussões sobre governança. Nygren-krug (2019) apresenta outra perspectiva ao afirmar que litígio também é uma estratégia positiva, pois, desafia as estruturas e estimula a mudança destacando as falhas do sistema. Logo, surge duas perspectivas de estratégias: a estratégia como inibidora de conflito e a estratégia como propulsora do conflito por acreditar que dele emergem as verdadeiras e profundas mudanças (BURRIS *et al*, 2008; BOVAIRD; 2005).

No processo de tomada de decisão o primeiro problema é a presença de diversos atores com suas percepções e objetivos diversos, o segundo problema se relaciona à complexidade do ambiente e o terceiro é que conhecimento sobre determinado problema nem sempre está centralizado em determinado setor, desta forma surge a governança processo para veicular e promover interações a fim de oferecer soluções (KLIJN, BUUREN EDELENBOS, 2012). Toda esta complexidade é apontada por Burris *et al* (2008) como elemento característico da governança. Lidar com toda esta complexidade, exige certa sistematização de objetivos, da

linha de ação a ser seguida e, desta forma, nem sempre ao se formular as estratégias o tomador de decisão terá todas as informações a sua disposição, por isso a transparência e a cooperação podem ser determinantes para os resultados.

Após apresentar a visão de estratégia como mecanismo de governança, Levi-Faur (2014, p. 9) usa o termo *governance as strategy*, ou governança como estratégia. Este termo se refere a governança a partir da descentralização das instituições governamentais, do processo de tomada de decisão e dos métodos de coordenação em contraponto à governança vista somente como um pacote de regras e métodos institucionalizados (KANAANE, FIEL FILHO, FERREIRA, 2010).

Desta forma, a estratégia é um elemento fundamental para condução da tomada de decisão em ambientes complexos (COSTA-ALCARAZ, *et al*, 2013; BURRIS, DRAHOS, SHEARING, 2005). No contexto das políticas públicas, identificar o ponto de partida e onde se quer chegar representa um fator importante para alcance dos resultados.

A partir da ideia de que a estratégia está relacionada à mudança e a complexidade, o estabelecimento de metas, ordenação de recursos e previsão de instrumentos de controle se tornam elementos-chave, diminuindo os riscos e aumentando a eficiência dos serviços prestados. Costa-Alcaraz *et al* (2013) afirma que em se tratando em mudanças relacionadas à política de saúde o fator risco está presente para o cidadão e toda a comunidade, logo, as decisões deveriam contar com o respaldo ético, no entanto, conforme apresentado no tópico anterior, quando se trata da ação humana não se pode prever sempre o comportamento interesseiro do agente, logo, além de estratégias bem estabelecidas e com escopo bem delimitado se fazem necessários instrumentos de controle.

2.2.3.2 *Accountability*

O termo mais aceito e difundido de *accountability* é o de prestação de contas. A responsabilização cada vez mais demandada pela sociedade se relaciona a mecanismos de melhoria de desempenho e controle que moldam o agir do agente e aproximam os resultados alcançados do que foi estabelecido na estratégia (SCHATTAN *et al.*, 2019).

Fundamentado na teoria da agência, o dever de prestar contas é importante para dar transparências à ação do estado e fornecer informações suficientes para que os agentes possam tomar as melhores decisões. Johansson; Montin (2014) apresentam duas perspectivas de *accountability* baseadas na responsabilização político-administrativa: a *accountability*

processual, na qual a responsabilidade é alcançada através de instrumentos burocráticos de prestação de contas e, a segunda, *accountability* por desempenho a responsabilidade alcançada através da mensuração dos resultados entregues. Certamente a *accountability* é essencial para a responsabilização das partes envolvidas e para legitimação do agente público que tem o dever legal prestar contas (MANIN *et al*, 2012; OLSEN, 2018).

Para Brinkerhoff (2004) apresenta uma nova perspectiva quanto apresenta questões sobre o que se está prestando contas. Ao perguntar se a *accountability* apresenta somente uma narração descritiva das atividades desenvolvidas ou vai além dos fatos, busca uma justificativa lógica para aquelas informações. Desta forma a *accountability* deixa de ser apenas informações organizadas sobre determinado tema e passa a ser um conjunto de instrumentos concisos que transformam os dados em informações de qualidade, entregando valor para a sociedade e auxiliando a gestão (MATHIAS-PEREIRA, 2010; SCHATTAN P COELHO; MARCONDES; BARBOSA, 2019).

Apesar de ser um conceito com uma aplicação estrita, a *accountability* certamente é fundamental para o setor público, está prevista nos instrumentos normativos e também funciona como um termômetro do Estado Fukuyama (2016). O seu produto fornece as condições necessárias para se obter a confiança entre aqueles que participam da vida pública e, quando exercida de forma plena, se torna um grande instrumento de colaboração entre o Estado e o cidadão. No contexto do “assunto público” existem vários atores estatais e não estatais e, convergir o interesse de todos amenizando os conflitos, requer instrumentos que possibilitem a tomada das melhores decisões considerando sempre o interesse público, a diminuição do risco e o objetivo final que é a equidade do sistema (BRINKERHOFF, 2004;).

Na perspectiva da participação social Olsen (2018) apresenta a *accountability* democrática como elemento fundamental para manutenção da ordem política através do controle dos governantes pelos cidadãos. Seguindo a mesma linha, Abrucio, Loureiro (2005) ressaltam a importância da *accountability* em três momentos diferentes do processo político: no processo eleitoral, no controle institucional durante o mandato e as regras estatais intertemporais que correspondem aos direitos básicos.

Participação cidadã ou controle social? Seguindo a linha de Abrucio, Loureiro, 2005 sobre *accountability* e o processo eleitoral, Przeworski (2003) destaca o papel democrático do controle, mas, afirma que o mesmo só pode ser exercido se estiver estabelecido o princípio da transparência. A *accountability* na perspectiva do controle social faz com que o cidadão

participe mais ativamente da atividade pública. Segundo Espinosa (2012), a *accountability* acrescenta elementos fundamentais para o fortalecimento da democracia, combate a corrupção

De acordo com Klijn, Buure, Edelenbos (2012) uma cadeia complexa de iterações entre atores já constitui um processo de *accountability*, embora entes públicos precisem prestar contas formalmente sobre suas ações durante a tomada de decisão. Neste sentido, Rhodes (2012) considera que a governança vai muito além dos contratos, monitoramento e prestação de contas, pois somente estes instrumentos não garantem o atendimento do interesse público. Segundo o autor, um elemento chave para o sucesso da governança é a confiança mútua que deve existir entre as partes interessadas para que se tenha a possibilidade de garantir o engajamento na tomada de decisão.

A governança é apresentada, segundo alguns autores, como uma forma de análise com boa aplicação nas políticas públicas, inclusive as de saúde (HUFTY, BASCÓLO, BAZZANI, 2006; HUFTY, 2010; RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2016; SANTOS, PINHEIRO, QUEIROZ, 2014), Mesmo que todas as instituições democráticas clássicas, tal como as conhecemos, estejam funcionando bem, elas não são suficientes para garantir a *accountability* e para capacitar os cidadãos a obrigarem os governos a cumprir o seu dever (PRZEWORSKI, 2003; PETERS, 2010)

Em estudo sobre o papel das empresas e do governo na governança global, Eberlein (2019) enfatiza que dentro da interação público-privada as empresas assumiram responsabilidades públicas, preenchendo assim a lacuna deixada pelo Estado. Como consequência disto, discute-se a necessidade de que o estado se reinsira neste contexto assumindo o papel de “orquestrador” do sistema, moldando assim as iniciativas das diversas partes interessadas estabelecendo mecanismos de controle do envolvimento corporativo com o bem público para minimizar a sobreposição de autoridade e consequente desvio do interesse público e criação de valor ao cidadão.

Ainda quanto ao papel do Estado e a governança, Fukuyama (2013) trata do desempenho dos agentes em conduzir o desejo do principal, ou seja, foca na habilidade do governo aplicar as regras e fornece os serviços. Dentro do contexto das políticas públicas de saúde, surge a necessidade de se estabelecer mecanismos de governança capazes de harmonizar as relações a fim de que estas políticas tenham alcance e resultados satisfatórios e cumpra os princípios estabelecidos.

Sobre os limites de ação dos agentes, Weingast (1997) ressalta, em estudo sobre democracia e estado de direito, a necessidade de que o agente público encontre limites para o seu comportamento, logo, a democracia, é uma forma de limitar a ação do estado através da participação do cidadão. E para impor estes limites o autor considera duas situações: a) todos os cidadãos têm preferências e valores quanto aos limites necessários para a ação governamental e b) o cidadão, baseado em seus valores e preferências, é apto a classificar a ação do estado em ação legítima ou transgressão fundamental. Para embasar as decisões é necessário impor limites adequados à ação dos agentes no intuito de alcançar uma boa governança através de instrumentos claros e de um sistema de regras para se tomar decisão.

De acordo com Klijn, Buure, Edelenbos (2012) uma cadeia complexa de iterações entre atores já constitui um processo de *accountability*, embora entes públicos precisem prestar contas formalmente sobre suas ações durante a tomada de decisão. Neste sentido, Rhodes (2012) considera que a governança vai muito além dos contratos, monitoramento e prestação de contas, pois somente estes instrumentos não garantem o atendimento do interesse público. Segundo o autor, um elemento chave para o sucesso da governança é a confiança mútua que deve existir entre as partes interessadas para que se tenha a possibilidade de garantir o engajamento na tomada de decisão. A partir destes conceitos e inferências, será discutida a seguir a transparência e sua importância para a governança.

2.2.3.3. Transparência

A transparência é um elemento característico das sociedades democráticas. Na perspectiva principal-agente ela representa uma medida de proteção quanto à assimetria informacional que provoca desequilíbrios nas relações de agência (Jensen; Meckling (2008)). Para Espinosa (2012, p.16) “a partir da perspectiva das políticas públicas, a transparência e a prestação de contas acrescentam elementos fundamentais, para seu mais completo desenvolvimento, toda vez que a administração pública se torna mais transparente e acessível à população”. Logo, quanto mais transparente mais participativas serão as políticas públicas.

A simples disponibilização da informação não significa transparência. São necessários instrumentos ágeis e eficientes para que esta informação seja acessível e confiável a qualquer cidadão. Definido como um direito e projeto de igualdade, o acesso à informação governamental somou-se a outras perspectivas democratizantes para tornar as ações dos governantes acessíveis aos cidadãos (MATHIAS-PEREIRA, 2015). Desta forma, a prestação de informações através de meios eficientes e de fácil acesso às partes interessadas atende aos

requisitos legais e ao princípio da eficiência, ajuda no combate a corrupção e promove a participação popular no trato do bem público (SPECK, 2002).

A transparência e suas formas de interação é um desafio para a governança (MORTERUEL, BACIGALUPE, MORENO, 2020). Sobretudo em situações em que pode haver sobreposição do interesse privado ao interesse público, os mecanismos de transparência agem como reguladores do sistema Eisenhardt, Kathleen M (1989 e NYGREN-KRUG (2019). Assim, o aprimoramento dos instrumentos de transparência é fundamental em estados democráticos, pois dá aos cidadãos papel de protagonistas no processo decisório de políticas públicas e inibe o comportamento egoísta dos agentes.

Como instrumento de responsabilização dos governantes, independentemente se este é o prestador direto ou não do serviço, a disponibilização de informações da administração pública efetiva a *accountability* e a identificações de eventuais desvios (LOUREIRO, TEIXEIRA, PRADO, 2008; BUTA, TEIXEIRA, 2020). Por outro lado, como mecanismo para o aprimoramento do desempenho organizacional, a transparência permite estabelecer métricas, parâmetros, elaborar indicadores a fim de utilizar estas informações de forma estratégica para otimizar recursos físicos, intelectuais e tecnológicos

A utilização de metodologias para melhorar o desempenho governamental é crescente. O que se observa é a instrumentalização do Estado para fazer frente à esta demanda, através da regulamentação da matéria e implementação de instrumentos que otimizem a divulgação e aumente a confiança e segurança das informações governamentais. O Brasil e a Espanha possuem regulamentação sobre o tema. No Brasil, a Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011 regulamenta o direito que os cidadãos têm de ter acesso à informação da União, dos Estados e dos municípios. Na Espanha, a Lei 19/2013, de 9 de dezembro, de transparência, acesso à informação pública e bom governo, que reforça a importância da transparência na administração pública e regula e garante o direito à informação.

Diante deste cenário, vale ressaltar a importância dos instrumentos de responsabilização nos casos de violação do direito à informação. Conforme a literatura, os instrumentos de controle e sanções podem intervir para que os agentes sejam responsabilizados uma vez que os comportamentos indesejados, como a corrupção, residem principalmente nestas falhas Zuccolotto; Teixeira (2019). A seguir são apresentadas a interface entre as relações de agência e a governança e uma proposta de matriz de análise a partir destas duas perspectivas.

2.3. Diálogo entre as abordagens: modelo para análise dos conflitos de agência e da governança pública

Em âmbito internacional a abordagem da governança pública e dos conflitos de agência tem se desenvolvido nas últimas décadas, revelando uma grande produção sobretudo a temas relacionados com a transparência, controle e relações público-privadas como apontam as diversas revisões de literatura. Knafo (2020) apresenta uma revisão sobre os principais estudos que tratam da nova gestão pública e como este campo se utiliza das práticas corporativas para desenvolver práticas de eficiência, trazendo como contribuição para a nova gestão pública sobre a relação entre governança e gestão. Burris (2004) aborda a governança sob a perspectiva da participação social e, ao relacioná-la com a saúde, apresenta evidências de que a capacidade de participação da comunidade na governança já é significativa para a saúde. No entanto, o autor destaca os desafios das regulamentações para a governança em saúde. A governança por si só já representa a alocação ótima de recursos e articulações que permitam o bem-estar e interesse o público, e são esses princípios a serem alcançados pela governança em saúde também.

A seguir são apresentados os principais estudos que serviram de ponto de partida para esta pesquisa e as lacunas que se pretende preencher com as discussões dos resultados obtidos pelo estudo empírico realizado.

2.3.1. Estudos Teórico-empíricos

No Brasil, em estudo sobre os índices de desigualdade regional utilizando indicadores de saúde e de uso de serviços de saúde nas regiões brasileiras, Viacava, Porto, Carvalho, Bellido (2019) indicam que embora as desigualdades regionais tenham diminuído nos últimos anos, elas ainda persistem principalmente nas regiões norte e nordestes que apresentam os piores índices, sendo a norte a que possui o pior índice. Os autores relacionam as piores condições de acesso e de saúde ao grupo com menor escolaridade e entre pessoas com mais de sessenta anos de idade. Isto vai de encontro com os princípios de universalidade e equidade em saúde, previstos na legislação e tão perseguidos pelos legisladores ao estabelecerem as normas que regulamentam o setor da saúde pública.

Ao propor um indicador sintético regional (ISR) para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, Uchimura, Felisberto, Fusaro, Ferreira, Viana (2017) no escopo das regiões de saúde, as regiões com melhores índices também estão no sul e sudeste do país. De forma abrangente os autores analisam as dimensões “determinantes da saúde” (morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade) e “estrutura do sistema de saúde” (condução, financiamento

e recursos humanos/tecnologias e saúde). Os resultados, como o estudo anterior, mostram que as regiões que obtiveram os piores índices estão nas regiões norte e nordeste do país e as piores nas regiões sul e sudeste.

As mesmas evidências quanto ao desempenho das regiões de saúde são encontradas pela FIOCRUZ (2016) ao apresentar o índice de governança das regiões de saúde. O estudo indica que os com melhores índices estão no Sul, com destaque à região de saúde Carbonífera e Costa Rio Doce no Rio Grande do Sul e a com pior índice de governança a Entorno de Manaus, no Amazonas. Estes resultados demonstram a persistente desigualdade presentes no território brasileiro e a necessidade de alinhamento de estratégias nacionais, regionais e locais para diminuição dos vazios assistenciais.

Outro estudo que apresenta estas mesmas regiões como sendo as que tem melhor resultado, abordam o tema sob a perspectiva das barreiras de acesso nas regiões de saúde. Nesta pesquisa, Oliveira, Duarte, Pavão, Viacava (2019) indicam que a região Rio Negro Entorno de Manaus configura como a que possui maior barreira de acesso, na contramão da região gaúcha Carbonífera e Costa Rio Doce, assim como menor quantidade e diversidade de barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Quanto aos indicadores de regionalização, em relatório apresentado Viana (2016) sobre política, planejamento e gestão das regiões de saúde brasileiras, as mesmas regiões citadas anteriormente configuram com o melhor (Carbonífera e Costa Rio Doce) e o pior índice (Entorno de Manaus). Os indicadores de regionalização utilizados foram política, organização e estrutura. Quanto ao indicador política o item negociação entre entes públicos e privados na CIR, Manaus apresentou o menor indicador das regiões analisadas (5,73) enquanto o Rio Grande do Sul ficou com a maior nota (7,30). O score deste indicador mostra o quanto as regiões estão distantes, mesmo que esteja sob a égide do Sistema Único de Saúde. Por fim o estudo apresenta que não há coordenação suficiente entre atenção especializada e a atenção primária, sobretudo por problemas relacionados aos conflitos e competição, entre as esferas municipal e estadual e entre as organizações sociais municipais e estaduais. Com base nessas evidências, foram eleitos os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul.

No contexto brasileiro, embora as regiões de saúde tenham um papel importante na provisão de políticas públicas, no gasto público e na arrecadação tributária, suas decisões ainda são fortemente afetadas pela regulação federal e por conflitos com entes estatais e não estatais. A centralização de autoridade regulatória por parte da União, que vem diminuindo, mas ainda

persiste, a qual deveria produzir mecanismos institucionais capazes de reduzir as desigualdades, não alcança seu objetivo, porque a grande autonomia dos municípios e seu poder de veto tende a produzir divergências entre eles culminando na não-cooperação (ARRETCHE, 2010; TSEBELIS, 1998).

A participação de outros entes, como sociedade civil, agentes privados e entidades reguladoras, tornam esta dinâmica ainda mais complexas e, sob a ótica da teoria da agência, este estudo aborda os principais instrumentos de governança utilizados pelos estados do Rio Grande do Sul e Amazonas descritos nesta revisão de literatura que são consubstancialmente responsáveis pelos resultados em saúde. Ainda dentro desta perspectiva, o eixo da atenção especializada com grande quantidade de recursos envolvidos, tecnologia e participação privada se mostra como um campo importante para ser analisado. Identificar os principais entraves e como os instrumentos governança podem auxiliar na operacionalização do sistema, permite vislumbrar o atendimento aos princípios da saúde previstos na legislação de forma uniforme no território ou pelo menos a diminuição das iniquidades em saúde.

Quanto às experiências espanholas, os estudos mais recentes tratam das novas configurações do sistema de saúde pós-crise econômica de 2012 (PEIRÓ, RIDAO, 2018; MENEU, URBANOS, 2018; REPULLO, 2014; SANCHES-MARTINEZ, ABELLÁN-PERPIÑANA, OLIVA-MORENO, 2014). Os desafios impostos pela crise econômica de 2012 são tratadas sob a perspectiva do financiamento da saúde quanto da política fiscal e da mudança do perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários dos serviços públicos de saúde, uma vez que este setor foi muito influenciado pelas mudanças econômicas que a Espanha sofreu como, por exemplo, o aumento do desemprego, a diminuição da renda e conseqüente queda na arrecadação.

Outros estudos enfatizam as diferenças existentes entre as comunidades autônomas e buscam retratá-las na perspectiva da eficiência. Um estudo realizado pelo Conselho Regional de Economistas da Espanha (2019) desenvolveu o Índice de Competitividade Regional (ICREG)¹³ com base em 7 eixos de competitividade: entorno econômico, mercado de trabalho, capital humano, entorno institucional, infraestrutura básica, eficiência empresarial e inovação. Os resultados mostraram que as três regiões com maior índice de ICREG foram Comunidade

¹³ A competitividade, segundo o CGEE, compreende a capacidade de proporcionar um entorno favorável através de elementos próprios do território quer sejam recursos naturais, recursos humanos entre outros, a fim de consolidar uma base competitiva com o objetivo final de proporcionar melhora do bem-estar para a população. E isto reflete multidimensionalmente na vida dos cidadãos, quer seja na melhora das condições de trabalho e renda e no incremento na infraestrutura do território e oferta de serviços de qualidade.

de Madri, País Vasco e Navarra que formam o grupo de competitividade relativa alta. As regiões com menor índice foram Extremadura, Andalucía e Canarias. No quesito entorno institucional, que é o índice que se relaciona mais estreitamente com este estudo por ter como elemento de análise a transparência, apresentou melhor resultado na comunidade de Navarra, País Vasco e La Rioja em contraponto a este resultado, as comunidades com menor índice foram Comunidade Valenciana, Islas Baleares e Andalucía.

Quanto à infraestrutura básica, as comunidades com os melhores índices foram Madri, País Vasco e Principado de Asturias e, com menor índice, Extremadura, Andalucía e Castilla-la Mancha. Sendo a comunidade de Andalucía a apresentou índices baixos na maior parte dos quesitos: seis índices baixos (entorno econômico, mercado de trabalho, capital humano, entorno institucional, infraestruturas básicas e eficiência empresarial) e um índice médio baixo (inovação).

Quanto à transparência dos governos, a Transparência Internacional da Espanha apresentou o INCAU (*Índice de Transparencia de las Comunidades Autónomas*) que tem por objetivo avaliar o nível de transparência nas diferentes comunidades autônomas propiciando assim, o aumento da prestação de informações aos cidadãos e comunidade em geral. De acordo com o índice de 2016, o País Vasco foi o único a alcançar nota máxima nos seis quesitos avaliados, os quais são: a) transparência ativa e informação sobre a Comunidade Autônoma, b) página web, relações com os cidadãos e a sociedade e participação cidadã, c) transparência econômico financeira, d) transparência nas contratações, convênios, subvenções e custos dos serviços, e) transparência em materiais de ordenação do território, urbanismo e obras públicas e f) direito de acesso à informação.

O Conselho Econômico e Social da Espanha, em seu resumo executivo dos modelos sociais autonômicos no contexto espanhol, apresenta em continuação aos resultados apresentados pelos outros estudos anteriores que o País Basco está no grupo das três comunidades autônomas com menor risco de exclusão social e Andalusia no grupo de maior risco. O estudo evidencia uma grande distância quanto à situação social das comunidades autônomas e aponta a necessidade de coesão social como um elemento chave para a redução das desigualdades e aproximação dos níveis de proteção dos modelos sociais territoriais (CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA, 2016).

Uma limitação identificada nos estudos comparativos entre as comunidades autônomas e os diferentes resultados em saúde é grande maioria destes se restringem às diferenças entre

comunidades autônomas na perspectiva estrita dos indicadores. É pouco discutido o arcabouço político-institucional que contribuem para tais resultados. A mutabilidade dos instrumentos de governança e o arcabouço legal que permite a adaptação dos contratos e disciplina as relações entre os entes públicos e não-públicos apontam para a necessidade de adaptação das estratégias do Estado às novas demandas locais e globais. Outra perspectiva pouco discutida é a influência é a forma como os países lidam com seus instrumentos de governança, sobretudo *accountability* e transparência que nos últimos dois anos se mostraram como ferramentas que necessitam de um debate global, uma vez que a falta de transparência e cooperação entre os países, foi fundamental na construção dos resultados -ainda em andamento- da pandemia de COVID 19.

Embora a literatura aponte a existência de conflitos e os estudos empíricos destaquem a sua presença na relações público-privadas e público-público, ao analisar uma unidade da política pública como o nível de atenção especializada, por exemplo, esbarra-se na ausência destas informações nos relatórios e demais instrumentos de planejamento.

Finalmente, outro aspecto relevante é a identificação dos atores presentes na operacionalização dos serviços de saúde, sobretudo o especializado, assim como a origem dos conflitos e como cada ente se instrumentaliza para cumprir as estratégias nacionais de saúde. Embora sejam cobertos pelas mesmas normas gerais e coordenados pelo mesmo ente Central, os subnacionais apresentam diferentes perspectivas quanto: aos processos de descentralização da saúde, dinâmicas de arrecadação própria, características socioeconômicas e diferentes quantidades e distribuição de recursos de saúde no território.

2.3.2. Matriz de análise

A revisão de literatura realizada permitiu identificar que os resultados em saúde são diretamente influenciados por fatores endógenos e exógenos à política pública em si. O desenho atual dos sistemas de saúde também são parte do momento histórico de sua concepção e da trajetória de cada modelo. Estudos comparativos sobre Brasil e Espanha explicam as trajetórias dos sistemas de saúde considerando seus aspectos históricos, políticos e institucionais (PEREIRA, LIMA, MACHADO, 2018), no entanto, não explicam as desigualdades regionais dentro de cada país e quais são as variáveis que influenciam estes distintos resultados.

Partindo do referencial teórico de relações de agência e governança pública identificam-se outros elementos que estão diretamente interligados na tomada de decisão dos gestores (os instrumentos de planejamento e avaliação e a legislação). Sobretudo quando se trata do bem público, a margem de discricionariedade dos gestores está dentro deste limite: o que a lei prevê

e o que os instrumentos de condução das políticas públicas estabelecem para aquele determinado período. Aliado a isto, outros elementos norteiam a tomada de decisão e são bem característicos da configuração do sistema de saúde analisado, a saber, o sistema de financiamento, os tipos de contratação, as características socioeconômicas e demográficas, os arranjos de governança entre outros elementos que serão discutidos no capítulo 5.

A lógica das teorias aplicadas ao contexto de uma pesquisa deve ser explicada de modo a fomentar novas questões teóricas a serem respondidas, completas ou parcialmente, a partir da articulação do conhecimento dos autores apresentados e da lógica utilizada pelo pesquisador (SUTTON, STAW, 2003). Neste sentido, esta tese foi construída a partir das principais inferências da TA e Governança que permitiram a construção do desenho de pesquisa sobre a governança e os conflitos de agência no âmbito dos serviços especializados de saúde no Brasil e na Espanha, conforme Figura 5, considerando o instrumental metodológico descrito no Capítulo 4.

Figura 5- Desenho da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora

Przeworski (2003) chama atenção para as diferentes classes que podem surgir da análise das relações de agência: i) entre governo e agentes econômicos privados, ii) entre políticos

eleitos e iii) burocratas e entre cidadãos e políticos eleitos. Quanto à natureza desta pesquisa considerar-se-a apenas as relações i e iii.

Destaca-se que a Figura 5 não corresponde a um modelo passível de validação. O objetivo é apresentar a trajetória do pensamento que conduziu às principais inferências considerando a teoria e os principais achados empíricos. A seguir é apresentada a metodologia utilizada para levantamento e análise dos dados.

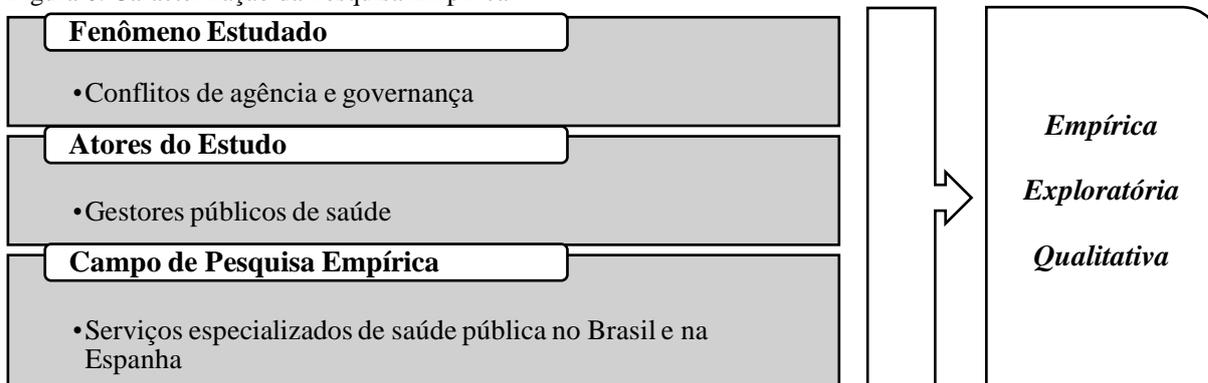
3. TRAJETÓRIA METOLÓGICA EMPREGADA NO ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo é feita a descrição do estudo empírico e toda a condução do trabalho sistemático de coleta e análise de dados. A justificativa da escolha de cada etapa é apresentada a fim de estabelecer um nexos entre o que foi feito até o momento de acordo com a literatura e a realidade encontrada na pesquisa de campo.

3.1. Caracterização da pesquisa

A pesquisa empírica é caracterizada neste subtópico quanto à sua natureza, objetivos, abordagem e procedimentos, a partir do fenômeno e das reflexões teóricas realizadas inicialmente. Neste sentido, cabe ressaltar algumas definições que formam a base desta pesquisa que estão ilustradas na Figura 6.

Figura 6. Caracterização da Pesquisa Empírica



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Partindo das leituras iniciais sobre governança pública, as reflexões de um estudo especificamente forneceram as ideias embrionárias para a elaboração deste trabalho. O artigo “*What’s Governance?*”, de Fukuyama (2013), ressalta que para aprofundar os estudos sobre governança é necessário estabelecer limites conceituais para o tema, dada a diversidade de conceitos e aplicações. Estes conceitos limitam, segundo o autor, o entendimento do que seria um Estado de alta qualidade. Como resposta, Fukuyama sugere uma estrutura bidimensional que combina capacidade e autonomia como medida do poder do Estado, na qual quanto mais autonomia este Estado tem, maior a qualidade deste, caso a capacidade que ele possua também seja elevada. Outro ponto importante tratado pelo autor é o estímulo à autonomia estabelecida nos países desenvolvidos, o que seria um diferencial para os seus resultados.

Outro estudo importante que auxiliou na escolha do campo de estudo foi a pesquisa de Pereira, Lima, Machado (2018) que apresenta a trajetória de formação dos sistemas de saúde

brasileiro e espanhol e fornece, para este trabalho, inferências importantes para analisar os conflitos presentes nas políticas de saúde. Indicando a necessidade de considerar o modelo de criação destes sistemas com suas raízes históricas, políticas e institucionais.

Estes posicionamentos, juntamente com as atividades exploratórias, influenciaram na escolha de uma abordagem metodológica que auxiliasse a descrever a complexidade da governança frente as principais características dos sistemas de saúde que convivem com forças centralizadoras e descentralizadoras. Sobretudo no nível de atenção especializada caracterizada pelo alto custo e uma grande participação de atores de mercado (LIMA *et al.*, 2017).

Neste sentido, optou-se por uma abordagem qualitativa^{14,15} com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas. As principais características da operacionalização desta abordagem segundo Creswell (2007) são: a) usa métodos múltiplos que são interativos e humanísticos; b) o pesquisador vê os fenômenos sociais de forma ampla se afastando das microanálises; c) é fundamentalmente interpretativa; e d) o processo de pensamento é interativo, com atividades simultâneas de coleta, análise e comunicação. A utilização de métodos múltiplos também é uma característica do método qualitativo apresentado por Flick (2004) e Yin (2016).

Secundariamente, foi utilizada a técnica de análise documental através do levantamento de dois principais tipos de documentos: a) os planos de saúde, tanto do governo central quanto dos subnacionais estudados; e b) as leis e normas relacionadas ao objeto de estudo que foram levantadas previamente às entrevistas e, também, indicadas pelos entrevistados no desenrolar das entrevistas. A utilização deste material teve o intuito de identificar como o arcabouço técnico e normativo influenciam e/ou disciplinam as relações estabelecidas entre os atores envolvidos nas políticas de saúde.

A integração destas técnicas auxiliou na compreensão do fenômeno e, seguindo as características descritas por Creswell (2007) e Yin (2016) de iteração e simultaneidade da coleta

¹⁴ Pelo fato deste campo de investigação ser marcado por diferentes orientações e metodologias, as orientações metodológicas de Creswell (2007) e Yin (2016) nortearão as estratégias utilizadas por esta pesquisa.

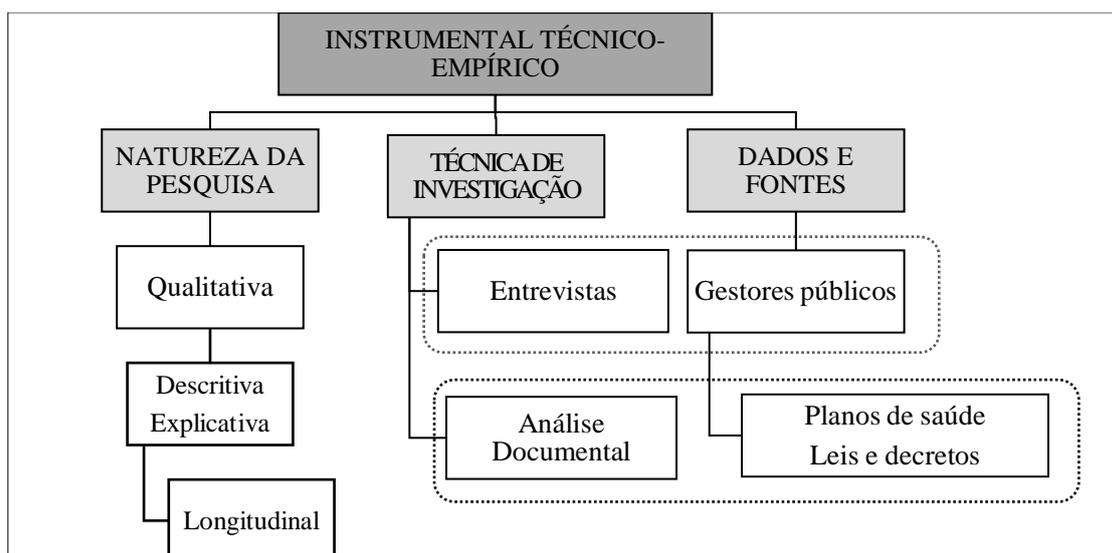
¹⁵ Ao invés de conceituar o que é uma pesquisa qualitativa Yin (2016) opta por identificar cinco características principais sobre este tipo de técnica: 1) estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; 2) representar as opiniões e perspectivas das pessoas (rotuladas neste livro como participantes) de um estudo; 3) abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; 4) contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e 5) *esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.*” Flick (2004) também apresenta características comuns às de Yin e Creswell: 1) a probabilidade de métodos e teorias; 2) perspectivas dos participantes e sua diversidade; 3) reflexividade do pesquisador e da pesquisa; e 4) *Variedade de abordagens e métodos da pesquisa qualitativa.*

e análise dos dados, foi possível identificar pontos importantes sobre o fenômeno pesquisado e a correlação entre o estabelecido formalmente nas normas, o projetado nos instrumentos norteadores das políticas e, por fim, o executado na prática dos agentes públicos.

A possibilidade de apresentar, a partir de várias perspectivas – visão dos gestores de nível estadual e federal; regulamentos; planos de saúde e indicadores de saúde – o objeto de estudo, justifica a escolha do método qualitativo. Na fase de interpretação e conclusão das análises foi possível extrair os significados sociais e subjetivos atinentes ao objeto de pesquisa que foram desenvolvidos a partir da operacionalização dos instrumentos metodológicos à luz do arcabouço teórico (FLICK, 2004). Confrontar os diversos pontos de vistas e práticas associadas ao objeto e, também, analisar as normas comuns que o disciplinam, permitiu identificar a diversidade de perspectivas e contextos sociais que influenciam na tomada de decisão do gestor e, conseqüentemente, nos resultados apresentados.

A Figura 7 apresenta resumidamente o panorama metodológico empregado com os elementos que serão detalhadamente explicados no decorrer do capítulo.

Figura 7- Matriz metodológica



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Considerando os objetivos do trabalho, esta pesquisa se caracteriza como descritiva e explicativa. No Quadro 7 os objetivos são resgatados e alocados com a classificação do tipo de pesquisa adequada para cada um deles com as respectivas técnicas utilizadas para atingí-los.

Quadro 7- Classificação da pesquisa quanto aos objetivos e técnicas que auxiliam no seu alcance

Objetivo	Tipo de pesquisa	Técnica de levantamento de dados/Natureza das fontes
<i>Objetivo específico “a”: identificar os atores, estatais e não-estatais, que atuam no segmento da média e alta complexidade e a sua importância para a governança.</i>	Pesquisa descritiva	Documental
<i>Objetivo específico “b”: analisar o efeito da relação principal-agente no cumprimento das pactuações e financiamento dos serviços especializados.</i>	Pesquisa explicativa	Entrevistas/Documental
<i>Objetivo específico “c”: analisar os principais obstáculos e respectivas estratégias da governança para reduzir os riscos resultantes dos problemas de agência.</i>	Pesquisa explicativa	Entrevistas
<i>Objetivo específico “d”: compreender quais fatores influenciam nos diferentes resultados em saúde dos países selecionados.</i>	Pesquisa descritiva	Entrevistas

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A pesquisa descritiva tem por finalidade conhecer a fundo as principais características do fenômeno estudado estabelecendo relação entre as variáveis TRIVIÑOS (1987). Neste sentido, buscou-se através do debate teórico sobre governança em saúde informações sobre as principais características dos sistemas de saúde estudados e onde os princípios da governança são aplicados. Estabelecendo um paralelo para identificar os principais padrões e diferenças entre os sistemas e, também, através da análise documental, foi possível obter informações e estabelecer inferências da legislação federal, estadual e autonômica.

Por outro lado, a pesquisa explicativa, busca, de acordo com Farias Filho, Arruda Filho (2012, p. 63), “identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. Para Marconi, Lakatos (2010) os estudos exploratórios buscam atingir três principais objetivos: a) desenvolver hipóteses; b) familiarizar o pesquisador com o ambiente no qual realiza a pesquisa; e c) alterar ou esclarecer conceitos. Neste sentido, através dos objetivos b e c, busca-se clarificar os conceitos de governança e conflitos de agência a partir da teoria, fazendo uma inter-relação desta com a realidade das políticas públicas de saúde através de uma visão mais abrangente. O que permitiu buscar duas experiências em países diferentes a fim de

inibir redução de conceitos a uma única realidade. Isto serve também para reforçar a aplicabilidade da teoria em cenários diferentes. Segue a classificação metodológica conforme o Quadro 8.

Quadro 8- Classificação metodológica geral da pesquisa

Classificação quanto ao objetivo da pesquisa	Classificação quanto à natureza da pesquisa	Classificação quanto à escolha do objeto de estudo	Classificação quanto à técnica de coleta de dados	Classificação quanto à técnica de análise de dados
Descritiva Explicativa	Qualitativa	Estudo de Caso	Por triangulação (leis, entrevistas, planos de saúde)	Análise de conteúdo

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Sobre os sujeitos da pesquisa – gestores públicos da saúde – e o fenômeno do estudo – conflitos e custo de cooperação –, a estratégia utilizada durante as entrevistas foi extrair informações sobre aspectos práticos da governança e compará-los com os estabelecidos nos instrumentos normativos e de planejamento. Através da fala deles foram identificados os principais conflitos e as respectivas estratégias utilizadas em cada caso para diminuição dos entraves e efetivação dos princípios da saúde.

A estratégia de estudo de caso permite ao pesquisador aprofundar-se no fenômeno estudado identificando aspectos difíceis de serem identificados através de observações superficiais (YIN, 2005). Através das proposições teóricas iniciais, da seleção estratégica dos participantes e uma análise aprofundada dos seus relatos (segundo os protocolos da análise a serem explicados mais adiante), considerando o contexto histórico, as perspectivas sociais, econômicas e geográficas é possível atingir aos objetivos da pesquisa diminuindo os riscos de ceder à generalizações ou distorções da realidade ((TRIVIÑOS, 1987; EISENHARDT, 1989).

Dessa forma, a estratégia de coleta de dados mais adequada para este estudo seguindo as orientações de Yin (2005) foi a de “múltiplas fontes de evidências”, chamada também, conforme o Quadro 7, de triangulação de dados (documentos e entrevistas). O intuito das entrevistas semiestruturadas aplicadas neste estudo foi compreender em profundidade o fenômeno a partir das experiências dos gestores. A utilização deste método permitiu aprofundar o entendimento sobre as categorias de análises apresentadas inicialmente – que foram levantadas a partir da teoria – através da exploração das respostas dos entrevistados. E utilizando este método se possibilitou identificar tanto os pontos já identificados na exploração

inicial dos documentos e estudos iniciais sobre o tema, quanto para identificar elementos novos relatados nas entrevistas e posteriormente relacionados com a teoria e com os documentos normativos levantados.

Desta forma, a técnica de coleta de dados que mais se aproximou do propósito da pesquisa foi a entrevista semiestruturada. Seguindo as orientações de Triviños (1987) e Yin (2005) as entrevistas foram construídas à luz da teoria e revisão sistemática da literatura. O objetivo da entrevista semiestruturada vai além das respostas às perguntas previamente elaboradas, pois permite “esboçar novas linhas de averiguação, vislumbrar outras perspectivas de análise e interpretação no aprofundamento do conhecimento do problema” (TRIVINÕS, 1987, p. 132). Este método proporcionou identificar elementos que não foram pontuados nas observações iniciais do fenômeno e que, posteriormente, serviram de base explicativa para o problema de pesquisa. Obter as opiniões e experiências dos entrevistados desafia o entendimento pré-concebido ou em desenvolvimento do pesquisador, isto o impulsiona na busca por mais informações e perspectivas sobre o objeto de estudo. Na prática, alguns entrevistados forneceram materiais e indicações de outros participantes/departamentos que complementaram algumas das informações dadas durante as entrevistas e que serviram de apoio na fase de análise documental.

Durante a pesquisa exploratória, que antecedeu a elaboração das entrevistas, foram feitas observações em eventos governamentais sobre governança e temas relacionados ao sistema de saúde no Brasil e na Espanha. Uma consulta prévia com especialistas e pesquisadores que tratam do tema também foram elementos importantes que auxiliaram na realização das entrevistas. De acordo com Bruning, Godri, Takahashi (2018) a observação é um diferencial quando se trata do uso de diferentes técnicas de coleta de evidências empíricas, pois permite aproximar a pesquisa do fenômeno. Enquanto Triviños (1987) e Paré (2004) afirmam que a observação auxilia na descoberta de aspectos mais profundos sobre o fenômeno do estudo e a produzir relatos descritivos mais detalhados. Complementarmente, foram consultadas fontes documentais, relatórios e buscas mais detalhadas nos sites dos respectivos governos centrais e locais para localizar dados referentes aos serviços especializados, indicadores e dados referentes à transparência.

Por fim, quanto à abrangência de tempo, esta pesquisa se caracteriza como longitudinal, pois considerou o período de 2012 a 2019. Sua escolha foi para acompanhar as mudanças que ocorreram ao decorrer do tempo: mudanças normativas e padrões de

investimento nos serviços especializados. Uma vez que este período foi marcado por eventos econômicos e sociais que afetaram diretamente à saúde pública e redefiniram algumas estratégias dos governos quanto ao padrão de financiamento.

3.2. Referencial de análise e critérios de comparabilidade

O método comparativo não estabelece como meta principal a produção de generalizações para outros contextos, embora isto seja possível em algumas ocasiões com elevado grau de generalização (DENZIN, LINCOLN, 1994; GIL, 2008). Para Fachin (2005, p.40), este método “consiste em investigar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e suas diferenças”. A autora complementa afirmando que tais semelhanças e divergências podem ser feitas entre grupos populacionais diferentes independente de sua proximidade geográfica, mas, que tenham natureza análoga.

Gil (2008) acrescenta que nas Ciências Sociais o método comparativo permite ressaltar as diferenças e similaridades entre indivíduos, fatos e fenômenos. Pode abranger também culturas e sistemas políticos, proporcionando ao pesquisador a análise dos dados concretos, atendendo, assim, à problemática inicialmente estabelecida. Desta forma, nesta pesquisa, os critérios de comparabilidade se basearam em elementos empíricos dos próprios casos selecionados e pela análise dos resultados levantados na revisão de literatura e indicadores ligados ao fenômeno estudado (FACHIN, 2005).

A comparação entre Brasil e Espanha teve como principal base os estudos de Pereira *et al* (2017, 2018) sobre a trajetória histórico-institucional de criação dos sistemas de saúde destes países tal qual se apresentam hoje. Utilizando a teoria neoinstitucional, mais especificamente o histórico, e conceitos como dependência de trajetória, os autores discutem os fatores que influenciaram na criação do SUS no Brasil e do SNS na Espanha. Os autores destacaram a regionalização e a descentralização destes sistemas, os estágios alcançados até que estabelecessem os modelos que têm atualmente, apresentando, assim, um importante nível de analogia que foi possível através da aplicação dos conceitos e da metodologia de análise empregados.

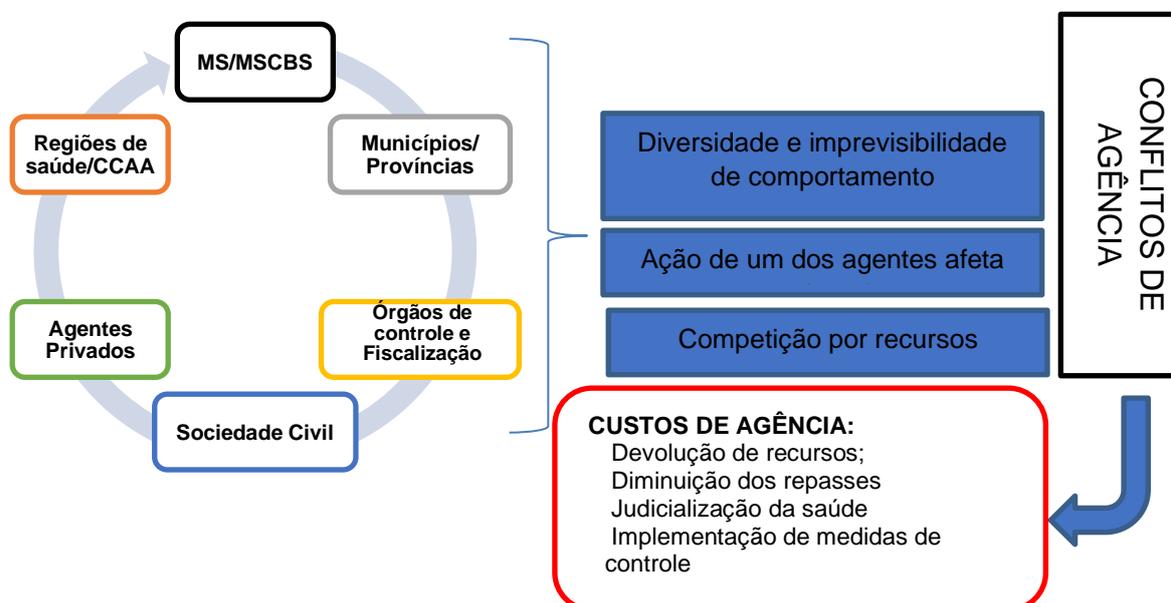
Os estudos que fundamentaram a escolha dos estados brasileiros, Rio Grande do Sul e Amazonas, teve como ponto de partida o estudo de UCHIMURA *et al* (2016) e da FIOCRUZ (2016) que tratam respectivamente sobre o indicador sintético regional e o índice de governança regional. Estes estudos mostraram o abismo entre alguns estados brasileiros, ainda que tenham

ocorrido avanços para diminuição das desigualdades regionais nos últimos anos. Os dados levantados nos sites do MS e IBGE sobre os indicadores de saúde destes estados dentro do contexto nacional também foram considerados para eleição dos respectivos estados.

Quanto às comunidades autônomas espanholas escolhidas, País Vasco e Andalucia, os indicadores que as apontam como extremos no contexto nacional foram extraídos do INE, EUSTAT e MSCBS. A revisão de literatura que deu suporte à escolha conta com contribuições sobre o índice de competitividade regional (ECONOMISTAS CONSEJO GENERAL, 2018) e os modelos socioeconômicos apresentados pelo *Consejo Económico e Social España* (2016). Tais informações foram complementadas por outros estudos referentes às comunidades autônomas que foram fundamentais para a escolha do País Vasco e Andalucia e estão presentes no capítulo 3 sobre o referencial de análise (MENEU, URBANOS, 2018; ABELLÁN-PERPIÑANA, OLIVA-MORENO, 2014).

As inferências levantadas dos estudos e os dados de indicadores obtidos nos órgãos oficiais dos governos, foram postos à luz das teorias da agência e governança pública e, articulados com a trajetória metodológica aqui apresentada permitiu analisar melhor os entes escolhidos. Dentro do contexto de cada país foi identificada a participação de outros entes, como a sociedade civil, agentes privados e entidades reguladoras, que tornam esta dinâmica em torno dos serviços especializados de saúde ainda mais complexa e, a partir dos principais conceitos da teoria da agência de Jensen, Meckling (1976) pode ser compreendida parcialmente pela Figura 8.

Figura 8. Relação de Agência e seus principais custos e conflitos



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Jensen e Meckling, Williamson (1976).

Os custos de agência e os conflitos de agência reportados na Figura 8 se referem às questões levantadas e suas respectivas hipóteses levantadas no Capítulo 1 e que serão respondidos ou confirmados/refutados a partir da metodologia que será explicada no tópico seguinte.

Por fim, cabe ressaltar a importância da seleção dos entrevistados e do arcabouço normativo para fundamentar a escolha do método comparativo. A operacionalização da pesquisa que apresenta as entrevistas e demais instrumentos metodológicos estão dispostos ao longo deste capítulo e pode ser mais bem visualizado na Figura 14 do tópico 3.5

3.3.Estratégias e técnicas de pesquisa

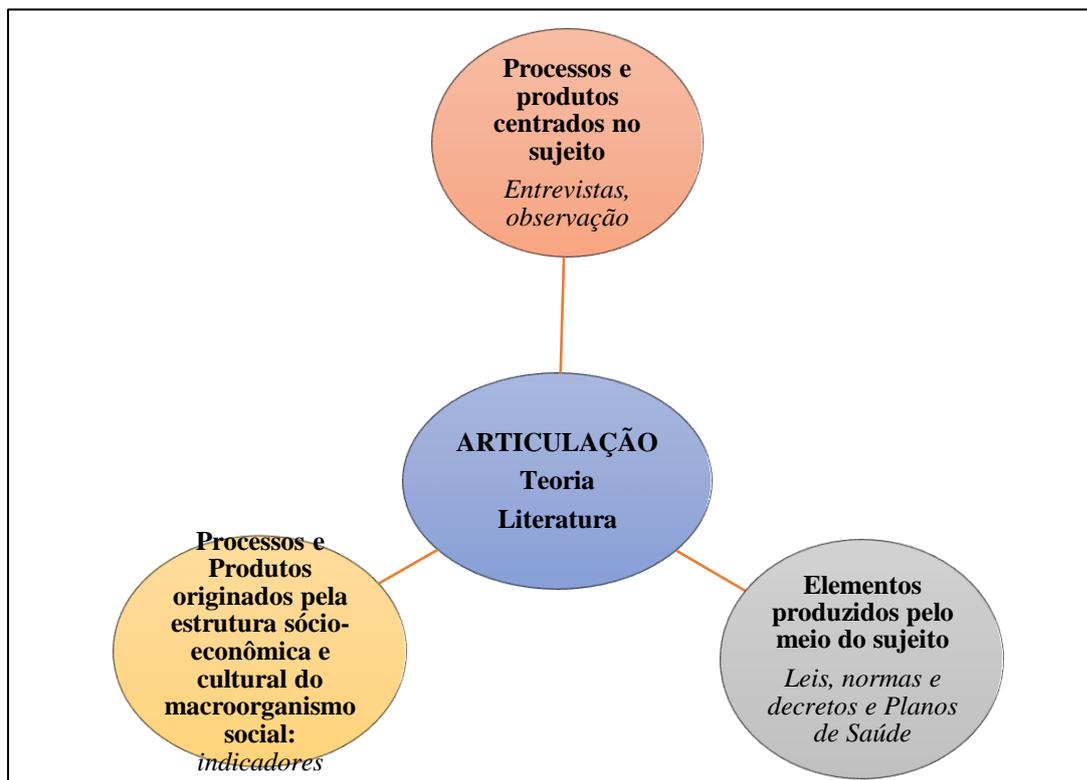
A seleção das estratégias e técnicas a serem utilizadas em um estudo empírico é um aspecto importante para atingir os objetivos da pesquisa. Um princípio social analisado sem considerar seu ambiente macro não pode ser concebido de forma isolada, sem a compreensão de seu contexto histórico, significados e macro realidade social. Estes elementos devem ser considerados nas observações iniciais. É o que assinala Triviños (1987, p. 138) ao definir a triangulação de dados como uma técnica de pesquisa que tem por “objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco do estudo”. Kaplan e Maxwell (2005) complementam esta definição ao afirmarem que a triangulação é uma verificação cruzada que utiliza vários métodos e fontes a fim de obter conclusões mais precisas.

Conforme destaca Jick (1979) são três as principais vantagens da triangulação: 1) permite maior confiança nos resultados obtidos pelo pesquisador por não se basear em apenas uma fonte de evidências; 2) pode estimular a criação de novos métodos aliados aos métodos tradicionais; e 3) enriquecer a explicação do problema. Nesse sentido, a triangulação de métodos se apresenta como uma importante ferramenta que tem como produto resultados de pesquisas com formatos mais completos, equilibrados, úteis e mais precisos por coletar diferentes tipos de materiais relacionados ao mesmo fenômeno (AZEVEDO *et al.*, 2013; JICK, 1979).

A triangulação de fontes de dados e os métodos e abordagens teóricas presentes nesta pesquisa são necessárias para compreender melhor os avanços na área da governança pública em saúde. Isto não significa que os resultados desta pesquisa esgotam esta análise, mas que tal triangulação permite explicar melhor o fenômeno estudado. Pois ao utilizar vários métodos existe a possibilidade de estabelecer evidências mais fortes de constructos e hipóteses

(EISENHARDT, 1989). A técnica de triangulação baseada em Triviños (1987), com as devidas adaptações à esta pesquisa, é apresentada na Figura 9.

Figura 9. Análise por triangulação de dados



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Triviños (1987).

Conforme ilustração acima, os “processos e produtos centrados no sujeito” correspondem as fontes primárias, as observações iniciais e às entrevistas realizadas com atores selecionados previamente com base na sua importância e a relação destes com o fenômeno estudado. Estes elementos interagem com a teoria e a literatura em dois momentos: *ex-ante* – os principais conceitos fornecem informações importantes sobre o fenômeno estudado, e auxiliam o pesquisador antes da ida à atividade de campo, possibilitando identificar possíveis lacunas que possam ser preenchidas pelos achados – e *post-ante* – ao analisar o produto das técnicas de coleta de materiais aplicada à luz do arcabouço teórico, é possível identificar a validade do que foi encontrado (TRIVIÑOS, 1987).

Os “elementos produzidos pelo meio do sujeito” correspondem às fontes secundárias e ao levantamento documental que serviram de suporte tanto para a identificação dos departamentos e seus respectivos representantes para participarem das entrevistas, quanto para análise do fenômeno propriamente dito. Estes elementos também foram analisados à luz da teoria e da literatura que forneceram suporte para elaboração das categorias de análise presentes

na interpretação dos resultados de forma concomitante às análises das entrevistas através do software NVivo®.

Os “Processos e Produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social” corresponde aos indicadores de cada país, comunidade autônoma ou estado que serviu como base inicialmente para escolha dos casos e, posteriormente, associado a outros dados para a análise dos resultados.

A justificativa de escolha destes instrumentos (entrevistas e documentos), a sua operacionalização e pontos fortes e fracos destes métodos serão apresentados mais detalhadamente no tópico a seguir sobre características operacionais da pesquisa de campo.

3.4. Procedimentos de pesquisa: métodos, técnicas e instrumentos de coleta de informações.

Após a apresentação das principais características da pesquisa, nesta parte será apresentada sua operacionalização no campo seguindo as indicações de Gil (2008) sobre as etapas do processo de pesquisa:

- a) **Formulação do problema:** primeiro passo da pesquisa que corresponde a elaboração da pergunta norteadora (problema de pesquisa), que se pretende responder com o auxílio do arcabouço teórico e da análise das informações obtidas através dos instrumentos metodológicos apresentados na introdução desta tese. Conforme a pesquisa avança o problema de pesquisa se torna mais claro o que auxilia na construção das hipóteses e na escolha dos instrumentos de pesquisa mais adequados.
- b) **Construção de hipóteses ou determinação dos objetivos:** definida como uma “suposta resposta para o problema a ser investigado” (GIL, 2008, p. 41), as hipóteses têm como objetivo fornecer explicações para o que se está estudando e podem ser confirmadas ou rejeitadas, quando vinculadas a um sistema teórico após o seu teste. Nesta pesquisa, sua origem foram as observações assistemáticas (eventos e conversa com especialistas) resultados de outras pesquisas (levantamento de estudos nos principais *journals* sobre administração pública) e as teorias que fundamentaram este estudo (Governança Pública e Teoria da Agência).
- c) **Delineamento da pesquisa:** as etapas anteriores possibilitaram o refinamento dos limites da pesquisa. Nesta fase foram definidos os limites da investigação e os métodos de verificação e contraste entre teoria e prática.

- d) Operacionalização dos conceitos e variáveis: Baseado no referencial teórico e na revisão sistemática da literatura, foram selecionados os principais conceitos a serem explorados na pesquisa de campo tanto através das entrevistas quanto na análise documental. Na operacionalização das variáveis, os conceitos foram trabalhados a fim de encontrar seus correlatos empíricos, conforme apresentado no Capítulo 3, a fim de responder aos pressupostos de pesquisa. A sistematização destes elementos está no Quadro 8 da página 103 referente às categorias, subcategorias e definições.
- e) Seleção da amostra: a partir da qualificação da tese, a amostra desta pesquisa foi redefinida com a diminuição dos estados/comunidades autônomas presentes na primeira amostra dada a complexidade de estudar uma grande quantidade de entes. Isto foi necessário para auxiliar na definição dos limites de generalização da pesquisa e maior controle das variáveis (EISENHARDT, 1989). A partir disso, com base nos documentos e revisão de literatura, foram selecionados dentro desta amostra quais eram os gestores mais próximos do fenômeno estudado e que poderiam fornecer as respostas aos pressupostos de pesquisa.
- f) Elaboração dos instrumentos de coleta de dados: apoiada nas hipóteses e teoria, as entrevistas como instrumento de coleta de dados, segundo Triviños (1987), não é o elemento um fim em si mesmo, mas, é fruto da iteração entre a teoria, a ação do investigador e de toda informação coletada previamente sobre o fenômeno analisado. O autor ressalta o papel do informante ao destacar que ele participa da elaboração da pesquisa ao fornecer experiências e linhas de pensamento, guiadas pelo investigador. Por isso, a necessidade de selecionar informantes que estejam diretamente ligados ao fenômeno analisado.
- g) Coleta de dados: fase que se inicia com a aplicação dos instrumentos e das técnicas selecionadas. As três principais utilizadas nesta tese foram a coleta documental, a observação assimétrica e as entrevistas semiestruturadas. As observações livres e a coleta documental alimentaram as entrevistas que seguiram os passos de Triviños (1987) quanto à seleção de participantes, preparação e registro.
- h) Análise e interpretação dos resultados: esta fase foi conduzida com base nas diretrizes da Análise de Conteúdo de Bardin (2011) e com o auxílio do software NVIVO®. Nesta fase foram selecionados os dados/materiais com maior relevância e que foram analisados e correlacionados com a teoria a fim de comporem a parte dos resultados.

Nos tópicos que se seguem serão apresentados mais detalhadamente os itens e, f, g e h uma vez que os tópicos anteriores fazem parte da construção inicial da pesquisa e arcabouço teórico analítico apresentado nos capítulos anteriores.

3.4.1. Pesquisa exploratória e principais observações

Esta fase da pesquisa representa um importante instrumento para aproximar o pesquisador do fenômeno estudado e auxiliá-lo na formulação das hipóteses e planejamento da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987; PARÉ, 2004). Partindo desta motivação, após análise da literatura e formulação do problema, iniciou-se a aproximação do campo de estudo-governança no âmbito dos serviços especializados.

Durante o período de outubro de 2019 a março de 2020 foram realizadas as atividades e cumprimento de período no exterior referente ao doutorado em cotutela de tese para dupla titulação na Universidad Rey Juan Carlos, Campus Vicálvaro em Madri, Espanha. Além da participação nas atividades da universidade, foram realizadas atividades de campo para levantamento de informações, materiais para a tese e das entrevistas com os gestores de saúde da Espanha.

As observações foram registradas em áudio, fotografias e anotações de campo, conforme Quadro 9. Não houve um roteiro pré-definido ou categorias norteadoras, isto tornou esta fase aberta à novas descobertas que o campo específico acrescentou ao estudo. Estas observações iniciais satisfizeram “as necessidades principais da pesquisa qualitativa, como, por exemplo, relevância do sujeito, neste caso, da prática manifesta do mesmo e ausência total ou parcial, de estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa. A caracterização será um processo que se realizará posteriormente no processo de análise do material coletado” (TRIVIÑOS, 1987, p. 153). Ou seja, podem fornecer informações que não foram pensadas previamente pelo pesquisador e que podem auxiliar nas análises.

Quadro 9- Relação dos principais eventos de Observação

(continua)

Data	Evento	Realizador
21 nov. 2019	<i>Conferencia Calidad em los servicios públicos</i>	<i>Ministerio De Política Territorial Y Función Pública de España</i>
04 dez. 2019	<i>Seminario efectividad y eficiencia de la educación sanitaria</i>	Funcas

(continuação)

15 jan. 2020	Seminario Crisis Economica y equidad de acceso a los servicios de salud	Funcas
23 e 24 jan. 2020	<i>Internacional Simposium on Andalusian Listeria Outbreak 2020</i>	<i>Junta de Salud y Familia de Andalucia</i>
29 jan. 2020	<i>Diseño de Proyectos Clínicos</i>	<i>Dep. Salud Osakietza</i>
27 fev. 2020	Jornada InnoUAM_DerechoSanitario	<i>Universidade Autónoma</i>
05 de março 2020	<i>Conferencia sobre Gobernanza y Federalismo</i>	<i>Universidade Autónoma</i>
4,5 e 6 maio 2021	Oficina do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS	Ministério da Saúde do Brasil

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

No decorrer deste período as observações auxiliaram na seleção dos entrevistados, possibilitando através da participação nestes eventos e reuniões contato com os gestores da saúde que poderiam melhor responder aos questionamentos da pesquisa. No período de levantamento de informações nas Comunidades Autônomas, os eventos dos departamentos de saúde e as entrevistas foram marcadas para períodos próximos. O que possibilitou analisar melhor o ambiente, identificar as dinâmicas referentes ao campo de estudo e assim, garantir um preparo melhor para as entrevistas propriamente ditas.

Após finalizada esta fase exploratória e com base nas leituras desenvolvidas durante este período, muitas delas indicadas durante o período de observação, retornou-se aos registros do período o que possibilitou um refinamento tanto dos pressupostos de pesquisa quanto das hipóteses. Embora as observações de campo tenham apontado o caminho – auxiliando na elaboração dos questionários e possibilitado o contato com os gestores entrevistados – as mesmas estão presentes somente nas análises e discussões. Assim, utiliza-se como fonte de indícios empíricos as entrevistas semiestruturadas com os gestores das Secretarias Estaduais de Saúde dos estados do Amazonas e Rio Grande do Sul; das comunidades autônomas de Andalucía e País Vasco; do Ministério da Saúde do Brasil e do *Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social* da Espanha.

3.4.2. Entrevistas

As entrevistas semiestruturadas foram escolhidas com base no seu uso e aplicabilidade. Mais do que obter respostas relacionadas às categorias pré-estabelecidas pelas observações, referencial teórico e objetivos, as entrevistas buscam captar as opiniões entrevistado considerando suas experiências frente ao fenômeno estudado (KAPLAN, MAXWELL, 2005).

Existem pelo menos três principais razões para a escolha deste instrumento para auxiliar nas análises, são elas: a) compreender como os gestores percebem em seu ambiente a relação com múltiplos atores e interesses diversos; b) investigar a influência social no contexto do objeto de estudo; e c) ter um instrumento flexível de obtenção de informações capazes de identificar situações que não estavam presentes no levantamento inicial do pesquisador.

A principal característica da entrevista semiestruturada é que as perguntas são estruturadas por hipóteses e teorias que permitem maior alcance das respostas dos entrevistados fornecendo mais informações para a investigação (TRIVIÑOS, 1987). Assim, as perguntas foram elaboradas seguindo estas orientações do autor e apoiadas na descrição dos cargos e funções dos entrevistados para identificar se eles poderiam fornecer as informações que pudessem auxiliar no alcance dos objetivos do estudo.

Contudo, dada a dificuldade de agenda dos participantes – pelo comprometimento com as atividades nos seus respectivos departamentos, pois, os entrevistados têm cargos de alta chefia – foi realizada uma entrevista por departamento de saúde/ministério. Apenas no caso do *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* da Espanha foram realizadas duas entrevistas, pois a primeira entrevistada indicou o responsável por outro departamento para complementar algumas respostas específicas.

Neste sentido, optou-se por um questionário de entrevista dividido por blocos e, dentro de cada bloco, perguntas sobre um tema relacionado à teoria da agência ou da governança pública. Aliado a isto, foram acrescentadas perguntas relacionadas às dinâmicas dos departamentos de saúde a fim de obter a opinião dos entrevistados sobre situações mais específicas como, por exemplo, conflitos existentes na relação entre entes públicos e privados e principais desafios do modelo de financiamento que estes enfrentam.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e trinta minutos. Algumas foram realizadas face a face na Espanha durante o período de instância doutoral e, as demais, em virtude das restrições da pandemia de COVID 19, realizadas pelo aplicativo Zoom. Todas as

entrevistas foram gravadas em áudio ou áudio e vídeo e houve a preocupação de registrar as informações exatamente como foram ditas para evitar distorções. Para segurança no armazenamento dos dados, as informações foram registradas em mais de uma mídia, além de anotações realizadas para posterior consultas.

Por questões éticas os nomes dos entrevistados estão suprimidos, sendo designados pelos códigos EBx para as entrevistas do Brasil e EEy para as entrevistas da Espanha. A matriz com as entrevistas realizadas consta no Quadro 10.

Quadro 10. Gestores da Saúde entrevistados no Brasil e na Espanha em nível central e regional

BRASIL					
Nível Central	MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)	DEPARTAMENTO	CARGO	DATA DA ENTREVISTA	IDENTIFICAÇÃO
		Fundação Nacional de Saúde	Coordenador	15/02/2020	EB1
Nível Regional	AMAZONAS	Secretaria de Saúde	Diretor DECAV	29/07/2020	EB2
	RIO GRANDE DO SUL	Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul	Diretora de Serviços em Saúde	27/05/2020	EB3
ESPANHA					
Nível Central	MSCBS	DEPARTAMENTO	CARGO	DATA DA ENTREVISTA	IDENTIFICAÇÃO
		<i>Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública</i>	Subdiretora	15/01/2021	EE1
		<i>Subdirección General De Cartera De Servicios del Sistema Nacional de Salud Y Fondos de Compensación</i>	Subdiretora	21/01/2021	EE2
Nível Regional	PAÍS VASCO	<i>Departamento de Salud</i>	Viceconselheiro	29/01/2020	EE3
	ANDALUCIA	<i>Departamento de Salud y Familia</i>	Viceconselheiro	23/01/2020	EE4

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Seguindo a perspectiva de Bruning, Godri, Takasahashi (2018) quanto às fontes de evidências utilizando a técnica de triangulação de dados, as entrevistas e o levantamento documental ocorreram sob o mesmo aspecto e, ao final, foram analisados de forma a identificar

as divergências e convergências entre as informações fornecidas por cada um destes instrumentos. Para dirigir as divergências, uma das estratégias foi ouvir também os gestores do poder central (ministérios), a fim de obter a visão destes de uma forma mais ampla sobre o que ocorre nos estados/comunidades autônomas. Denzin, Lincol (2005) destacam a importância do gerenciamento das informações levantadas pelo pesquisador e sua preocupação com a análise deste material, a fim de extrair as informações mais adequadas para responder aos pressupostos e atender aos objetivos específicos da pesquisa. Logo, ao decidir pela entrevista semi-estruturada e organizada por tópicos mais se aproximou da estratégia de análise (análise de conteúdo), possibilitando a delimitação das informações repassadas pelos entrevistados evitando a fuga do tema e, ao mesmo tempo, permitindo que os mesmos emitissem com liberdade suas opiniões e experiências relacionadas ao fenômeno.

3.4.2.1. Temas abordados nas entrevistas e seleção dos participantes

O referencial teórico de Governança Pública e Teoria de Agência foram as principais fontes de estudo para chegar às categorias de análise que nortearam a elaboração das entrevistas. As observações feitas na fase exploratória e os objetivos do estudo serviram de parâmetro para elaborar as perguntas e organizar o questionário que foi dividido em sessões conforme apresentado no Quadro 11.

Quadro 11. Matriz de análise para a pesquisa sobre governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde (continua)

Categoria	Descrição	Subcategoria	Subcategoria
Estratégia	Corresponde ao processo de estabelecimento, pela liderança, de estratégias para consecução dos objetivos institucionais. Nesta categoria é possível identificar se a governança propicia o equilíbrio entre as partes interessadas e como a administração avalia o ambiente, as partes interessadas e as demandas para estabelecer suas estratégias.	- Estabelecimento de diretrizes; - Equilíbrio das partes interessadas.	Estratégia
Accountability	Corresponde à prestação de contas dos gastos em saúde e da definição clara e acessível das áreas prioritárias.	- Prestação de contas para os cidadãos; - Envolvimento dos cidadãos.	Accountability
Transparência	Corresponde à prestação de informações através de meios eficientes e de fácil acesso aos cidadãos e aos demais interessados das atividades relacionadas ao órgão de saúde e aos assuntos de interesse dos cidadãos como, por exemplo, da posição do cidadão nas listas de espera de serviços especializados.	- Informações externas; - Informações internas.	Transparência

(continuação)

Cooperação	Corresponde às ações e mecanismos de fortalecimento das relações internas e externas para consecução de objetivos comuns	- Cooperação vertical; - Cooperação horizontal.	Cooperação
Conflitos	São as discordâncias originadas pela delegação da autoridade sobretudo quanto à prestação direta dos serviços de saúde e de fatores relacionados ao financiamento público das políticas de saúde.	- Conflitos entre os entes federativos; - Conflitos Administração Pública x entes privados.	Conflitos
Custos de Agência	São os custos da relação de agência: monitoramento dos gastos com os serviços especializados, custos para reduzir riscos nas contratações e auditorias.	- Redução de riscos nas contratações públicas; - Monitoramento de gastos.	Custos de Agência

Fonte: Elaboração própria (2019).

Estas sessões coincidem com as categorias selecionadas. As entrevistas eram iniciadas com o contexto da saúde no país, estado ou comunidade autônoma do entrevistado que relatava as características gerais do sistema de saúde e o papel do departamento do qual fazia parte. Ao final, o participante discorria sobre pontos que não foram abordados durante a entrevista e, assim, encerrava sua participação com as considerações finais. Na entrevista semi-estruturada esta possibilidade de intervenção se apresentou como um ponto positivo, pois embora o tema estivesse delimitado, através das repostas do entrevistado era possível estabelecer algumas conexões com as observações iniciais e com o referencial teórico. A partir disso, surgiram alguns questionamentos que puderam ser esclarecidos na última sessão. Isto possibilitou aprofundar mais no tema e compreender melhor as dinâmicas estabelecidas em torno do fenômeno.

A seleção de categorias, conforme o Quadro 11, no contexto dos serviços especializados de saúde, ocorreu pelos seguintes motivos: a) o aumento do gasto público em saúde, que não significou consistente melhora nos resultados apresentados pelos países em nível global (WHO, 2018); b) por este nível de atenção demandar grande percentual dos recursos financeiros, tecnológicos e de pessoas (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010); c) a grande participação privada na prestação de serviços de saúde marcada por conflitos de acordo com a literatura levantada nos dois países (BARCIGALUPE *et al.*, 2016; FIGUEIREDO *et al.*, 2018); e d) pela

possibilidade de estabelecer conexões dos temas tratados nas entrevistas com informações dos planos de saúde e das normas feitas no levantamento documental, tendo com referências as categorias de análise.

Foi feita uma seleção intencional dos participantes com perfil que atendessem aos objetivos da pesquisa, conforme a técnica de seleção de participantes de Saunders, Townsend (2019). A identificação dos entrevistados aptos a fornecer as informações sobre o fenômeno foi feita através de buscas nos sites dos ministérios e departamentos de saúde, análise dos organogramas dos órgãos e as respectivas descrições das atividades dos titulares dos cargos a fim de identificar o melhor perfil. Os critérios de seleção foram os que tivessem uma visão mais ampla do fenômeno e familiaridade com o tema pesquisado. Quanto à “oportunidade da entrevista”, que trata da disponibilidade do entrevistado destacado por Boni (2005), foi um ponto crucial da pesquisa de campo, pois por se tratar de gestores de altos cargos, a disponibilidade de agenda dos mesmos era bem comprometida. Mas, dentre as participações confirmadas, foi possível realizar as entrevistas no local de trabalho do entrevistado em uma data previamente escolhida pela sua equipe.

Os contatos com os entrevistados foram feitos por cartas e e-mails. No caso do MSCBS, algumas cartas foram protocoladas via Oficina de Informação e Atenção ao Cidadão (OIAC). Foram feitos aproximadamente vinte contatos até, enfim, chegar ao número final de seis entrevistas efetivadas. A seguir é apresentado como foi a preparação para estas entrevistas e a dinâmica de realização.

3.4.2.2. Preparação e realização das entrevistas

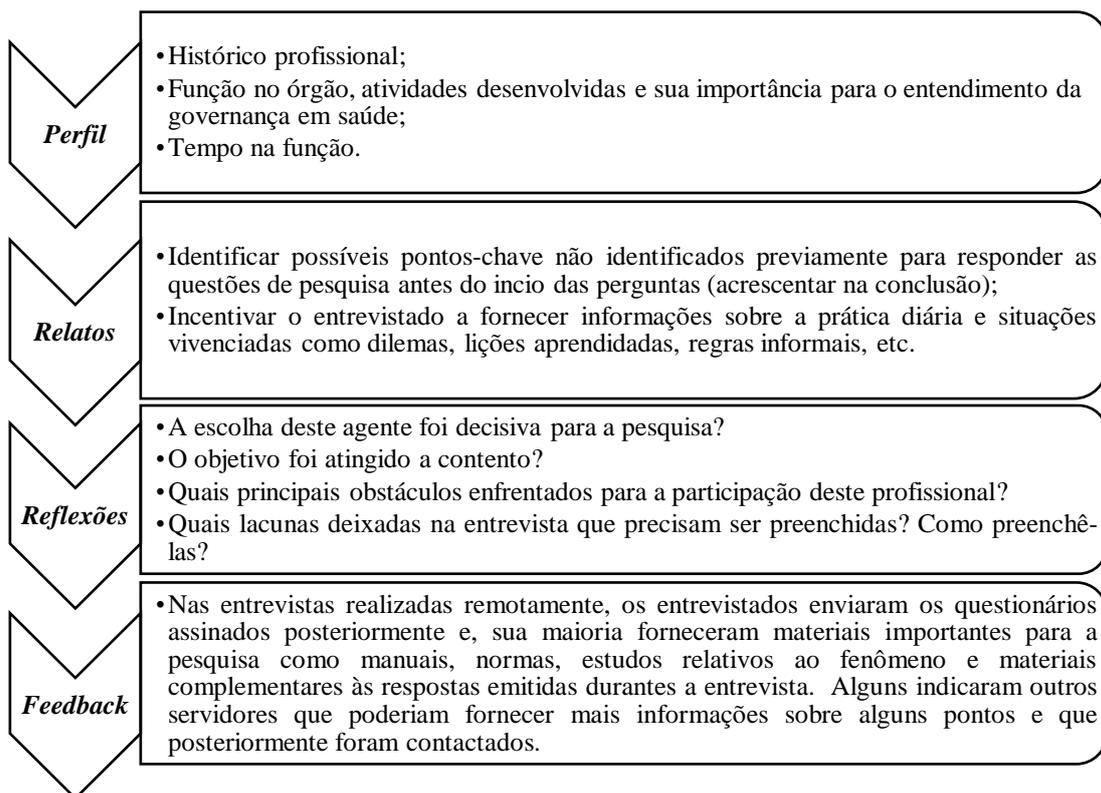
Para realizar a entrevista o pesquisador precisa refletir sobre a relação da teoria ao contexto, ter as principais informações sobre o entrevistado e dominar o roteiro de entrevista para, assim, estar pronto para eventuais variações que possam ocorrer extraindo maior número de informações sobre o problema de pesquisa (TRIVIÑOS, 1987; PERÄKYLÄ, 2005). Sendo assim, informações secundárias sobre a vida profissional, formação, atividades desenvolvidas foram fundamentais tanto na elaboração do roteiro quanto na condução das entrevistas.

O papel do entrevistador na condução da entrevista, segundo Gil (2008), exige preparação do roteiro, contato inicial, formulação das perguntas, estímulos às respostas completas, manutenção do foco, registro das respostas e conclusão da entrevista. Neste sentido, um fluxo foi elaborado para a condução das entrevistas com o intuito de ter um melhor

aproveitamento deste instrumento obtendo, assim, maior quantidade de informações que interessam à pesquisa.

Este fluxo foi dividido em quatro etapas conforme Figura 10: perfil, relatos, reflexões e feedback. Primeiramente foram buscados nos documentos e relatórios informações sobre o entrevistado, sua relação com o tema e experiências profissionais a fim de compreender sua relação com tema. Em seguida, durante a entrevista propriamente dita, concomitantemente às perguntas e respostas foram feitas anotações sobre pontos identificados na fala do entrevistado que não foram detectados inicialmente e que foram apresentados ao final para que o entrevistado respondesse. Após esta fase, algumas reflexões foram feitas sobre o objetivo do instrumento de pesquisa e, no aparecimento de lacunas, se recorreu aos documentos e normas sobre o ponto específico. Por fim, na terceira fase do fluxo, foi o feedback dos entrevistados sobre a pesquisa durante as considerações finais e, em alguns casos, por e-mail enviando materiais de apoio normativos sobre tópicos da entrevista.

Figura 10. Fluxo da condução das entrevistas



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Com base neste fluxo foram elaborados os roteiros de entrevistas divididos em tópicos sobre governança e conflitos presentes nos serviços especializados de saúde, com algumas perguntas adaptadas às características dos entes aos quais os entrevistados pertencem. Estes roteiros estão nos Apêndices B, C, D e E.

Por fim, foram realizadas seis entrevistas: três no Brasil com representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Saúde do Amazonas; e quatro na Espanha com representantes do Ministério da Saúde e dos Departamentos de Saúde do País Vasco e de Andalucía. A priori, seria apenas uma entrevista no Ministério da Saúde espanhol, no entanto, por indicação da primeira participante, foi realizada uma segunda entrevista.

3.4.3. Documentos

Para situar o pesquisador no mundo empírico a pesquisa documental, como técnica de coleta de dados, permite a obtenção de informações de qualidade através de fontes como papéis oficiais e documentos obtidos de forma indireta otimizando o tempo e garantindo confiabilidade às análises (GIL, 2008). Nesta pesquisa, considerando a triangulação de dados explanada no

início deste capítulo, a análise documental forneceu informações importantes tanto para a elaboração do problema quanto para acrescentar novas informações que emergiram durante das entrevistas. Ajudando a compreender, assim, a governança e seus efeitos nos serviços especializados de saúde.

As principais fontes documentais utilizadas nesta pesquisa foram os planos de saúde e os instrumentos normativos sobre o fenômeno – leis e decretos. A seguir são apresentadas estas fontes, suas limitações e importância para a pesquisa, assim como, a articulação delas com as entrevistas e teorias apresentada nas discussões dos pressupostos de pesquisa.

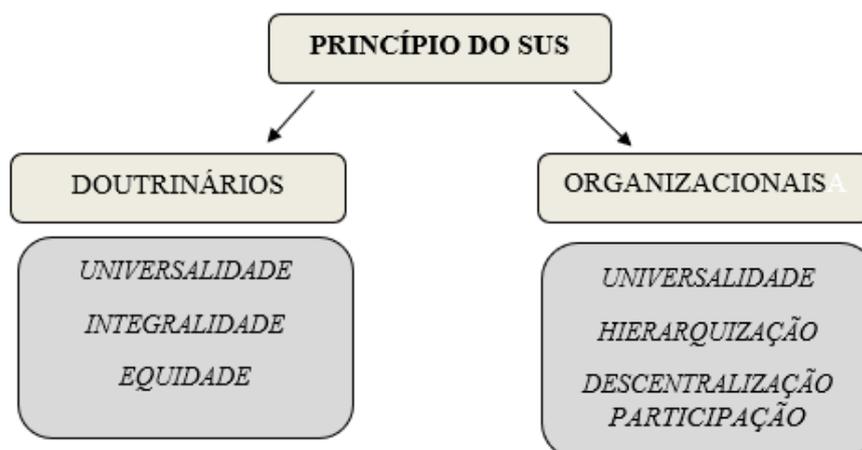
3.4.3.1. Planos de saúde

O planejamento governamental é um dever constitucional e está previsto no Art. 165 da Constituição Federal do Brasil, sendo um “processo contínuo, articulado, ascendente integrado, solidário, entre as três esferas do governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde” (BRASIL, 2016, p. 76). Para organização e oferta de serviços ao cidadão, o planejamento das três esferas de gestão se torna fundamental e precisa obedecer aos prazos legais e garantir a participação social e das partes implicadas no seu processo de elaboração dos instrumentos de gestão através das conferências de saúde.

É uma exigência legal¹⁶ e um dos principais instrumentos de planejamento. De acordo com a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), no processo de planejamento do SUS, os planos de saúde são a base de todas as atividades e programações dos níveis de atenção de acordo com a proposta orçamentária. De forma ascendente, os planos de saúde devem ser os instrumentos norteadores do ente público tanto em nível municipal, estadual e federal, respeitando os princípios organizativos e doutrinários do SUS, conforme Figura 11.

¹⁶ De acordo com a Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013, o Plano de Saúde é um instrumento de planejamento que tem como principal objetivo nortear as ações frente aos compromissos assumidos no plano do governo em matéria de saúde. Ele deve estar compatibilizado com o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Figura 11- Princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil

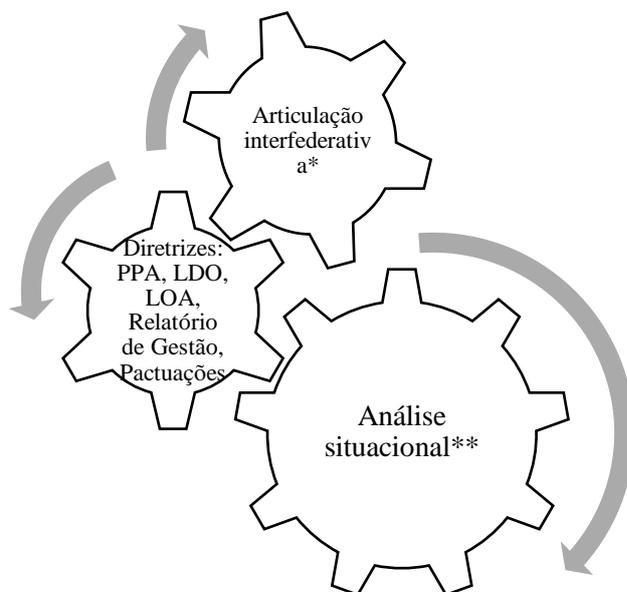


Fonte: Elaborado pela autora com base na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990)

Na Espanha, os planos de saúde estão previstos no artigo 54 da Lei 14/1986 que estabelece que cada comunidade autônoma deve elaborar seu plano de saúde considerando os critérios de coordenação estabelecidos pelo Governo. Os planos de saúde devem ser apresentados ao Conselho de Saúde anteriormente à sua aprovação, assim como, as suas adaptações anuais com o intuito de obedecer às normas e diretrizes da Comunidade Autônoma.

O plano de saúde é composto por análise situacional; definição das diretrizes, dos objetivos, metas e indicadores; processo de monitoramento e avaliação, respeitando, na sua elaboração a participação popular e audiências públicas no seu processo de discussão e elaboração. Considerando às diretrizes das Conferências e pactuações dos gestores municipais e gestor estadual o Plano de Saúde precisa ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde tendo garantida a transparência no processo de elaboração e discussão, atendendo assim, as necessidades de saúde da população.

Figura 12. Desenvolvimento do Plano de Saúde no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora com base nos planos de saúde e Portaria nº 2135/2013.

*Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

**Atenção básica, vigilância em saúde, média e alta complexidade, gestão do SUS, assistência farmacêutica, investimento em saúde

No caso Brasil, foram analisados os planos de saúde do Ministério da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2016-2019) e dos estados do Amazonas (Plano Estadual de Saúde 2016-2019) e do Rio Grande do Sul (Plano Estadual de Saúde 2016-2019). As análises destes instrumentos de planejamento, apresentados no Quadro 12, foram realizadas concomitantemente com as legislações sobre o fenômeno que serão descritas no item 4.4.2.4, tendo como base o referencial teórico e as categorias de análise selecionadas.

Na Espanha, os planos de saúde do Estado e das Comunidades Autônomas estão previstos na Lei 14/1986 (ESPAÑA, 1986), Art. 60 que prevê “El Estado y las Comunidades Autônomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente”. Neste sentido, foram analisados os planos de saúde do Ministério de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCB), do País Vasco (Plan de Salud 2013-2020) e de Andalucía (IV Plan Andaluz de Salud).

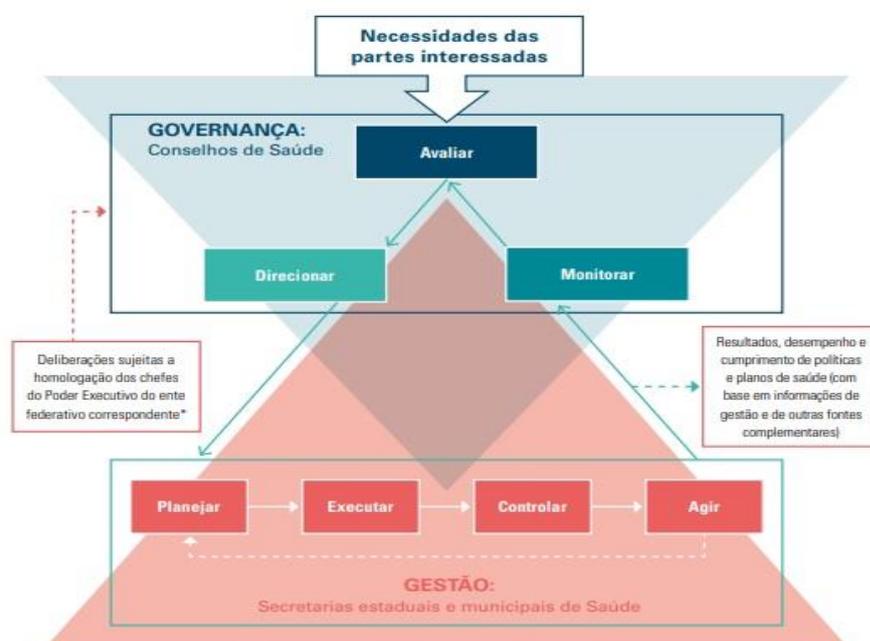
Quadro 12- Planos de Saúde analisados

BRASIL		
Ministério da Saúde	Plano Nacional de Saúde PNS 2016-2019	Nacional
Rio Grande do Sul	Plano Estadual de Saúde 2016-2019	Estadual
Amazonas	Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019	Estadual
ESPANHA		
Ministério de Sanidad, Consumo y Bienestar Social		Nacional
País Vasco	<i>Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020</i>	Autonômico
Andalucía	<i>IV Plan Andaluz de Salud 2013</i>	Autonômico

Fonte: Elaborado pela autora

Tanto no Brasil quanto na Espanha, os planos de saúde são construídos com base nas necessidades das partes interessadas e as respectivas estratégias do governo para atender a estas necessidades, obedecendo a legislação vigente, as leis orçamentárias e os planos plurianuais de das três esferas de gestão. Neste sentido, a governança organizacional antecede ao planejamento em si ao mesmo tempo que é um elemento transversal permitindo, através de seus instrumentos, a redução dos riscos da delegação, pois os planos de saúde são construídos a partir das Conferências de Saúde, reuniões da CIB, CIR e CIT. E tem acompanhamento direto dos Conselhos de Saúde, prevendo em seu escopo os instrumentos de controle, cooperação e *accountability* (TCU, 2018; MELO, PEREIRA *et al*, 2017). Assim, a governança fornece elementos de avaliação, direção e monitoramento da gestão conforme apresentado na Figura 13.

Figura 13- Relação entre a governança organizacional e gestão pública.



Fonte: TCU (2018).

O levantamento dos planos de saúde foi a primeira fase da análise documental, que permitiu identificar os principais parâmetros de coordenação das políticas de saúde e a posição de cada ente quanto ao financiamento de suas políticas de saúde e aos serviços especializados mais especificamente. O estudo deste instrumento também permitiu identificar as principais partes envolvidas, os órgãos colegiados que aglutinam os interesses das partes interessadas e, por fim, os principais instrumentos legais que normatizam as relações entre os diferentes níveis de governo com a sociedade e que são apresentados a seguir.

3.4.3.2. Principais legislações sobre o tema

Os instrumentos legais normatizam o comportamento do setor público, pois em grande parte os princípios de caráter declaratório não são suficientes para que se obtenha os resultados esperados, garantindo, assim, o direito das partes interessadas resguardando sempre o interesse público (RODHES, 1997). Logo, não há o que se falar de governança pública em saúde sem apresentar os instrumentos normativos que se aplicam a ela.

Neste sentido, foram selecionadas as Constituições e as leis de saúde de cada país e as normas sobre cooperação interfederativa conforme apresentado no Quadro 13. O objetivo principal desta seleção de dados foi identificar o que a legislação diz sobre o fenômeno estudado e se os instrumentos de governança apresentados nos planos e nas entrevistas estão alinhados com os normativos sobre o tema. Isto não significa que as análises se exauriram nestas legislações, pois outros instrumentos normativos emergiram durante a revisão de literatura e das entrevistas. No entanto, para fins de análise, somente estes três tipos de instrumentos normativos foram analisados mais profundamente por serem os principais marcos legais que se relacionam, direta ou indiretamente, com o tema e abordam temas relacionados ao financiamento, organização do sistema de saúde e cooperação entre os entes (PEREIRA, LIMA MACHADO, FREIRE, 2015; MENEU, URBANOS, 2018).

Quadro 13. Principais instrumentos jurídicos-normativos sobre saúde

(continua)

BRASIL	
Legislação	Principais características
Constituição Federal de 1988	No artigo 6º a saúde é citada como parte dos direitos sociais e dentro de toda a constituição temas como orçamento (art. 166), financiamento (art. 194), atribuições do SUS (art.200), dentre outros, apresentam direta ou indiretamente a importância da saúde e sua transversalidade com os demais temas sociais.
Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990	Também chamada de Lei Orgânica da Saúde, este instrumento trata da promoção, proteção e recuperação da saúde; organização, competências e funcionamento do SUS.

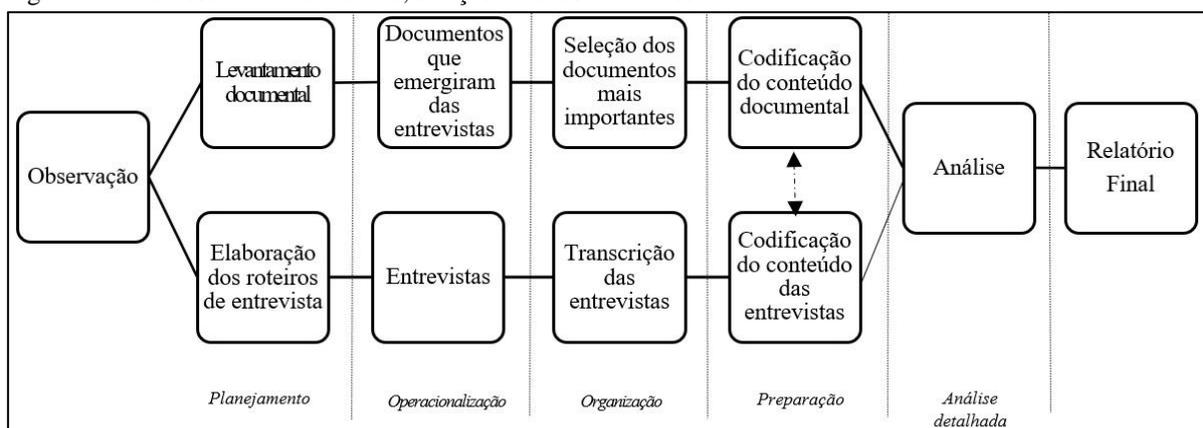
Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.	Este decreto regulamenta a Lei nº 8.080 trazendo elementos importantes quanto a organização e operacionalização do SUS como planejamento, assistência e articulação interfederativa.
ESPANHA	
Legislação	Principais características
Constituição Espanhola 06 de dezembro de 1978	A constituição espanhola é um marco do reconhecimento do direito a proteção da saúde (art. 43). A divisão de competências também é prevista neste instrumento e regulamentada pela Lei Geral da Saúde.
<i>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.</i>	Os princípios e critérios para o exercício da saúde como direito apresentado na constituição, são regulados por esta lei e se concentra em cinco principais temas: financiamento, direitos e deveres, qualidade da assistência, integração com as demais estruturas e serviços do Estado.
<i>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.</i>	Esta lei está diretamente relacionada à matéria de coordenação e cooperação interterritorial (Estado-Comunidades Autônomas) no âmbito do Sistema Nacional de Saúde para assegurar aos cidadãos o direito à saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (1988), Brasil (1990), Brasil (2011), España (1978) España (1986) e España (2003).

3.5. Análise dos dados

A discussão do plano de análise compreende a discussão dos seus elementos a fim de extrair dos dados o maior número de informações possíveis relacionadas ao fenômeno e que, após a condução de diferentes análises, se obtém um entendimento profundo fazendo uma interpretação dos significados dos dados para a pesquisa (CRESWELL, 2007). Antes de discutir o protocolo de análise é apresentado na Figura 14 o caminho que se percorreu até esta importante fase da pesquisa: a análise dos dados.

Figura 14- Processo de levantamento, seleção e análise de dados



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O plano de análise seguiu as orientações de Bardin (2011) sobre alguns elementos da análise de conteúdo. Esta técnica de investigação, segundo a autora, compreende “ao conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (BARDIN, 2011, p. 37) e tem como principais objetivos a superação da incerteza e o enriquecimento das leituras a fim de ir além dos resultados imediatos. Seguindo o protocolo de Bardin, a fase de análise de dados desta pesquisa compreendeu aos seguintes ciclos conforme Figura 15.

Figura 15. Ciclos da análise de conteúdo



Fonte: elaborado pela autora com base em Bardin (2011)

As fontes de dados (entrevistas, planos de saúde e legislações) foram submetidas à análise de conteúdo. Em primeiro momento foram analisadas as entrevistas, em seguida os planos de saúde e, por fim, as legislações. Esta ordem foi propositalmente estabelecida por compreender, no decorrer da fase de levantamento de dados, que seria a mais adequada forma para se obter as informações mais relevantes. A análise de conteúdo forneceu tanto os elementos mais importantes extraídos das falas dos entrevistados quanto à descrição do objeto de estudo e seus elementos correlatos que, triangulados com a análise dos planos de saúde e com as legislações, subsidiaram o alcance dos objetivos propostos e as respostas aos pressupostos de pesquisa.

No ciclo de *pré-análise* foram selecionados os documentos a serem submetidos à análise de conteúdo: planos de saúde dos governos centrais e subnacionais, legislações e as entrevistas. Estes arquivos foram exportados, organizados e classificados para o software NVivo®, versão 1.3. Foi realizada uma primeira leitura das respostas dos participantes às entrevistas, os produtos das observações livres – que contribuiriam para a formulação das perguntas dos formulários, na seleção documental e nas análises de um modo geral – e dos documentos finais propriamente ditos. As legislações foram as fontes de dados que sofreram maior “movimentação” durante o processo até a elaboração do relatório final, dado o grande volume de informações, sobretudo dos governos centrais, foram selecionadas as principais leis gerais – constituições, leis de saúde e de sobre as relações interfederativa – após uma leitura flutuante¹⁷ destes arquivos.

A *exploração do material* consistiu no procedimento de codificar, classificar e categorizar os dados (Bardin, 2011). Após a primeira fase de leitura foi possível fazer uma análise dedutiva dos dados que foram separados de forma a elaborar uma lista de códigos, criados no link “código” do software NVivo®, embasados em elementos da literatura¹⁸. Outros códigos também emergiram dos resultados, conforme previsto por Kaplan, Maxwell (2005, p. 42) que afirmam: “Enquanto algumas categorias de codificação podem ser extraídas das questões de avaliação, teoria existente ou conhecimento prévio do ambiente e do sistema, outras são desenvolvidas indutivamente pelo avaliador durante a análise, e ainda outras são retiradas da linguagem e da estrutura conceitual dos estudos com pessoas”. Os excertos extraídos dos documentos que exemplificavam a mesma ideia foram relacionados aos seus respectivos códigos, o que facilitou as análises e consta no Apêndice. O agrupamento dos códigos permitiu visualizar os elementos que representam os princípios da governança pública e os que correspondem a teoria da agência. Foi possível também identificar outros aspectos dos casos analisados como potencialidades, fatores críticos e lições aprendidas por cada um dos modelos.

O ciclo de *tratamento dos dados* permitiu conferir significado e validade às informações analisadas (Bardin, 2011). Para esta fase ficou ainda mais evidente a necessidade de triangulação das fontes, pois através da análise dos planos, legislações e entrevistas foi possível estabelecer conexões e contradições. Desta forma a interpretação iniciada na pré-análise

¹⁷ Segundo Bardin (2011) a leitura flutuante é a primeira atividade da pré-análise na qual o pesquisador extrai as primeiras impressões e orientações para selecionar os documentos e fazer as conexões com as técnicas de análise e teorias, documentos estes com maior representatividade e potencial para atender aos objetivos da pesquisa.

¹⁸ A etapa de codificação está vinculada ao problema de pesquisa e aos conceitos apresentados nos capítulos anteriores relacionados à Governança Pública e à Teoria da Agência.

alcançou neste ciclo um maior aprofundamento das análises através da interação entre os materiais que se complementaram desvendando, assim, características que emergiram destas interações sobre fenômeno analisado TRIVIÑOS (1987). Como resultado deste ciclo se obteve a consolidação e organização dos códigos que auxiliaram nas inferências e na proposta de *framework* desta pesquisa conforme a Quadro 14.

Quadro 14. Codificação e categorização dos dados

(continua)

Categoria	Descrição	Subcategoria
Estratégia	Corresponde ao processo de estabelecimento, pela liderança, de estratégias para consecução dos objetivos institucionais. Nesta categoria é possível identificar se a governança propicia o equilíbrio entre as partes interessadas e como a administração avalia o ambiente, as partes interessadas e as demandas para estabelecer suas estratégias.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de diretrizes; - Equilíbrio das partes interessadas.
Accountability	Corresponde à prestação de contas dos gastos em saúde e da definição clara e acessível das áreas prioritárias.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de contas para os cidadãos; - Envolvimento dos cidadãos.
Transparência	Corresponde à prestação de informações através de meios eficientes e de fácil acesso aos cidadãos e aos demais interessados das atividades relacionadas ao órgão de saúde e aos assuntos de interesse dos cidadãos como, por exemplo, da posição do cidadão nas listas de espera de serviços especializados.	<ul style="list-style-type: none"> - Informações externas; - Informações internas.
Cooperação	Corresponde às ações e mecanismos de fortalecimento das relações internas e externas para consecução de objetivos comuns	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperação interna - Cooperação externa

Quadro 14- Codificação e categorização dos dados

(continuação)

Categoria	Descrição	Subcategoria
Conflitos	Corresponde às discordâncias originadas pela delegação da autoridade, sobretudo quanto à prestação direta dos serviços de saúde e de fatores relacionados ao financiamento público das políticas de saúde.	- Conflitos entre os entes federativos; - Conflitos Administração Pública x entes privados.
Custos de Agência	Corresponde aos custos oriundos da relação de agência: monitoramento dos gastos com os serviços especializados, custos para reduzir riscos nas contratações e auditorias das atividades delegadas pelos agentes públicos aos privados.	- Redução de riscos nas contratações públicas; - Monitoramento de gastos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Após o término dos três ciclos foram feitas revisões do processo de codificação e análise. Para isto, recorreu-se à estratégia de triangulação inicialmente proposta a fim de conferir confiabilidade dos dados, exatidão dos resultados, confirmar ou refutar as hipóteses e observar discrepâncias entre os fatos obtidos e os previstos nas hipóteses CRESWELL (2007 e MARCONI; LAKATOS (2010). Durante esta revisão também foi possível identificar a existência de repetições, a correlação entre as ideias e a identificação de elementos alheios às reais características e definições dos códigos. Isto foi possível com o auxílio da função “Memos” do NVIVO que permitiu, durante a análise do material, fazer anotações e vincular ideias através de *hiperlinks*, além da consulta às anotações da fase de observação de campo e as notas realizadas durante a aplicação das entrevistas.

O paralelo estabelecido entre os países a partir destes procedimentos foi além de estabelecer semelhanças e diferenças. Buscou encontrar a relação causa-efeito e padrões dos resultados apresentados a partir das diversidades e singularidades. Estes modelos foram utilizados para testar as hipóteses formuladas apontando, assim, o comportamento dos tomadores de decisão e o reflexo destas decisões no acesso aos serviços de saúde.

3.6. Relatório Final

O relatório final construído durante todo o processo investigativo não representa uma análise final dos dados, mas, é composto por ideias que vão surgindo durante toda a investigação através da conexão das informações levantadas com a teoria empregada no estudo TRIVIÑOS (1987). Através desta construção foi possível estabelecer uma relação

entre os dados obtidos nas análises com os elementos apresentados no referencial teórico. Mediante a alocação dos dados, dentro das suas dimensões correspondentes, foi possível ter uma visão mais ampla dos resultados e identificar os achados que emergiram das entrevistas e das análises dos materiais realizados de forma integrada. Identificando em cada um destes documentos como aquelas categorias são apresentadas em cada contexto. Com norte desta fase estabelecerá uma relação entre a teoria e empiria através do Quadro 15 que sintetizará as principais inferências de cada caso.

Quadro 15. Matriz de análise com a síntese das principais inferências obtidas na triangulação de dados sobre governança e conflitos no âmbito dos serviços especializados de saúde

O QUE AS NORMAS PRECONIZAM?	O QUE OS PLANOS DE SAÚDE DIZEM?	QUAL É A PERSPECTIVA DOS GESTORES?
Compreende ao arcabouço normativo em sentido amplo, ou seja, as Constituições dos países do estudo, as leis gerais da saúde e todo conjunto de decretos e portarias que estão ligadas diretamente ao objeto de estudo. As resoluções das arenas decisórias, CIR e CIB no Brasil e as resoluções do <i>Consejo Interterritorial del SNS</i> da Espanha, também disciplina a tomada de decisão dos gestores e os “contratos” firmados entre os atores das políticas de saúde, sejam eles públicos ou privados.	Previstos nas leis gerais da saúde dos países do estudo, os planos de saúde e suas revisões anuais são importantes instrumentos para nortear as decisões quanto ao rumo das políticas públicas de saúde. Os instrumentos de governança permitem a exequibilidade destes planos e auxiliam o gestor no monitoramento dos resultados e articulação entre os atores das políticas públicas para o atingimento dos objetivos estabelecidos.	As percepções da realidade e o contexto mais amplo da tomada de decisão muitas vezes não estão “impressas” no arcabouço normativo e nos relatórios da organização. Logo, a percepção dos gestores trás uma interpretação da realidade considerando as regras informais e comportamentos dos agentes que não podem ser previstos normas e nem são expressos nos documentos

Fonte: Elaborado pela autora 2021.

Após esta construção foi possível construir o *framework* com os conflitos de agência e os respectivos instrumentos de governança viáveis para diminuir os conflitos e os problemas de esforço cooperativo no contexto analisado (EISENHARDT, 1989B; FAMA, JENSEN, 1983). Logo, este framework apresenta com possibilidade a ligação entre as dimensões da governança e as dimensões dos conflitos. Relatadas as fases da pesquisa e como as mesmas foram conduzidas, estabeleceu-se um nexos dos resultados com os objetivos, as perguntas de pesquisa e as hipóteses TRIVIÑOS (1987). Ao final foi apresentado o relatório com as conclusões, sugestões e limitações da pesquisa GIL (1999).

3.7. Principais limitações das pesquisas de campo

A seleção dos participantes foi uma fase crucial da pesquisa tanto pelo desafio de identificar os possíveis participantes que tivessem maior familiaridade com o tema quanto pelo fato de não ter, por parte do pesquisador, contato prévio com as organizações às quais os mesmos pertenciam (MARCONI, LAKATOS, 2010). No entanto, isso foi contornado pela análise dos

organogramas dos departamentos, das legislações relacionadas às estruturas organizacionais e da fase de observação que possibilitou contato com representantes dos departamentos de saúde em eventos e conferências.

Embora alguns eventos adversos tenham acarretado atrasos foi possível fazer o remanejamento de datas e buscar novas alternativas. Desta forma, o que foi proposto inicialmente pode ser cumprido. As principais limitações encontradas foram:

- a) Restrição de tempo da maioria dos participantes. Pois, por se tratar de gestores, a disponibilidade de agenda era bastante comprometida;
- b) Distanciamento geográfico na Espanha. Pois as atividades da universidade eram realizadas em Madri e as entrevistas foram realizadas nas Comunidades Autônomas de Andalucía e País Vasco. No entanto, isto se converteu em uma oportunidade, pois nos períodos das entrevistas foi possível participar de eventos e oficinas dos departamentos de saúde;
- c) Dificuldade de deslocamento até alguns entrevistados. Pois no período das entrevistas de campo os dois países tiveram longos períodos de fechamento de fronteiras e decretação de *lockdown* em virtude da pandemia de COVID 19. Em virtude disto, muitas entrevistas precisaram ser remarçadas e realizadas remotamente, ocasionando alguns atrasos, uma vez que os entrevistados estavam trabalhando diretamente nos seus respectivos órgãos com as medidas de enfrentamento da pandemia e os órgãos públicos e demais espaços estavam fechados. Não sendo possível, assim, a realização dos encontros.
- d) Alta rotatividade de funcionários na Secretaria de Saúde do Amazonas. Por duas vezes entrevistas que estavam marcadas não puderam ser realizadas, pois o gestor contactado teria sido substituído. Sendo necessário reiniciar o processo de convite, aceite e marcação da entrevista.

4. DISCUSSÕES TEÓRICO-EMPÍRICAS: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do objetivo geral de *analisar a governança, sob o aspecto dos conflitos de agência, no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha no período de 2012 a 2019*, este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da metodologia empregada e, os resultados obtidos, se subdividem em três principais seções: (i) Brasil: estado federal, conflitos e custos de cooperação no Rio Grande do Sul e Amazonas (ii) Espanha: estado das autonomias, conflitos e custos de cooperação no País Vasco e Andalucía e (iii) Diferenças e similaridades entre Brasil e Espanha: desafios e aprendizados na governança em saúde.

4.1. Brasil: estado federal e governança

4.1.1 Campo de estudo: Rio Grande do Sul e Amazonas

O Brasil é o maior país da América do Sul em extensão territorial (8,5 milhões de km²) e com população de 220 milhões de habitantes (IBGE, 2020). Dentro deste país de dimensões continentais, composto por 5.570 municípios, existem realidades distintas, tanto quanto ao clima e biodiversidade quanto às condições socioeconômicas e de saúde da população. Estes e outros fatores, são desafios para o cumprimento dos princípios da saúde contemplados na Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988). E neste contexto, o SUS é o principal instrumento para diminuição das desigualdades socio sanitárias brasileiras e opera através de uma série de normas e instrumentos (de financiamento, planejamento e governança) utilizados para coordenar as ações dos atores subnacionais a fim de diminuir os vazios assistências, garantindo assim, a universalidade e a equidade em saúde.

Quanto a cobertura dos planos de saúde e do SUS, os percentuais diferem entre os estados com maior cobertura nos estados do sul, sudeste e centro-oeste do país e menor cobertura nos estados do norte e nordeste. O Rio Grande do Sul e o Amazonas acompanham esta tendência que, conforme a Tabela 1, ilustra a forte dependência da população dos serviços públicos de saúde, configurando assim, um grande desafio para as políticas públicas sobretudo em regiões com déficit de profissionais e equipamentos.

Tabela 1- Taxa de cobertura dos planos de saúde (assistência médica) e do SUS no Brasil, Amazonas e Rio Grande do Sul no período de 2012 a 2019

	Brasil		Rio Grande do Sul		Amazonas	
	% população SUS	% população PS	% população SUS	% população PS	% população SUS	% população PS
2012	75,9	24,1	76,1	23,9	85	15
2013	75,2	24,8	75,4	24,6	84,6	15,4
2014	74,3	25,7	74,8	25,2	84,3	15,7
2015	74,2	25,8	74,8	25,2	84,6	15,4
2016	75,1	24,9	75,4	24,6	86,4	13,6
2017	75,7	24,3	75,9	24,1	85,3	14,7
2018	75,8	24,2	76,1	23,9	85,6	14,4
2019	75,9	24,1	76,6	23,4	85,8	14,2

Fonte: elaborado a partir dos dados SIB/ANS/MS - 05/2021.

Mesmo com a taxa de cobertura de planos inferior aos dos demais estados, o Amazonas apresenta maior cobertura com relação à média da região Norte no período, que variou entre 10,3 e 11,6% no período correspondente para os demais estados (ANS, 2020).

Dentro destas diferentes realidades, analisamos nesta tese os estados do Rio Grande do Sul e do Amazonas que são os estados que, conforme estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, apresentam polos opostos no que se refere às condições de saúde e assistência à saúde e governança territorial. Segue na Figura 16 os estados destacados no mapa do Brasil.

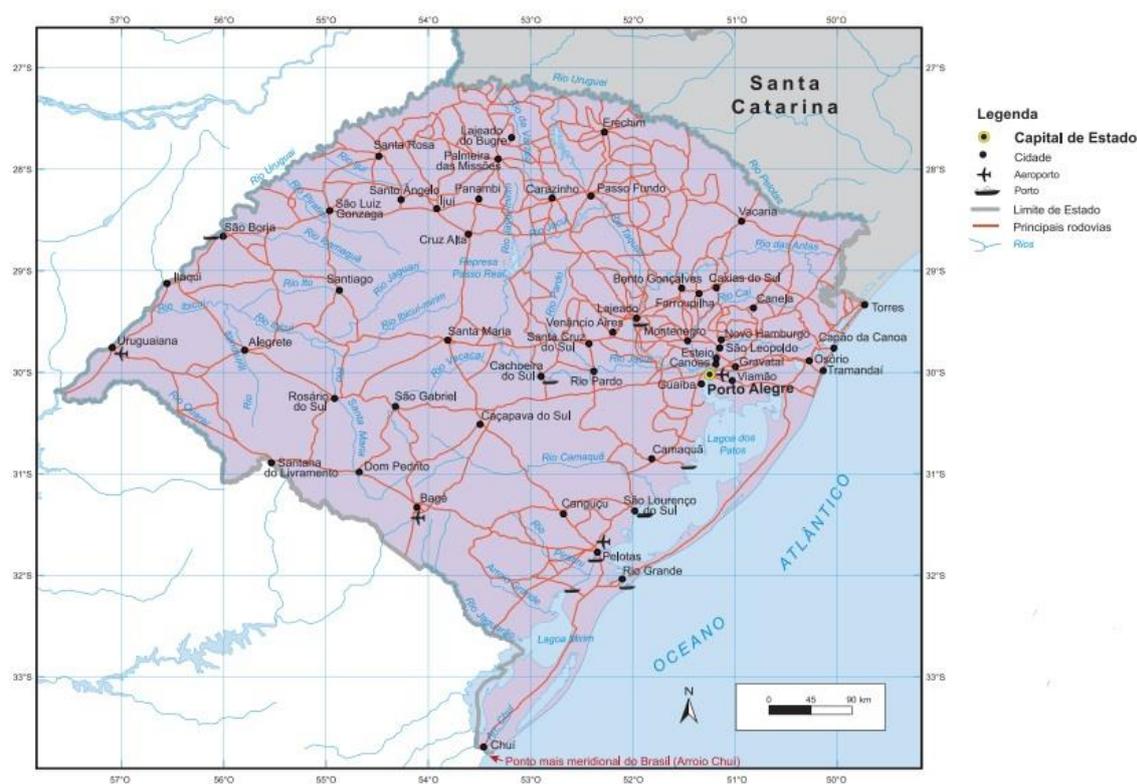
Figura 16- Mapa do Brasil com destaque para os estados do Amazonas e Rio Grande do Sul



Fonte: Elaborado a partir de IBGE (2020)

O estado do Rio Grande do Sul, conforme a Figura 17, está localizado na região sul do Brasil, e é o quinto maior estado em população com 11.422.973 habitantes, o nono em extensão territorial (281.707,149 km²) (IBGE, 2020). Faz fronteira com o estado de Santa Catarina e com dois países, Uruguai e Argentina. Possui 85% da população. Com PIB de 457.294 milhões, ocupando o 4º lugar no ranking nacional, o Rio Grande do Sul é o estado com menor nível de pobreza, na 27ª posição com 25,94% e índice de desenvolvimento humano de 0,746 ficando atrás apenas do Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Paraná (IBGE, 2010).

Figura 17- Mapa Estadual do Rio Grande do Sul



Fonte: IBGE (2020)

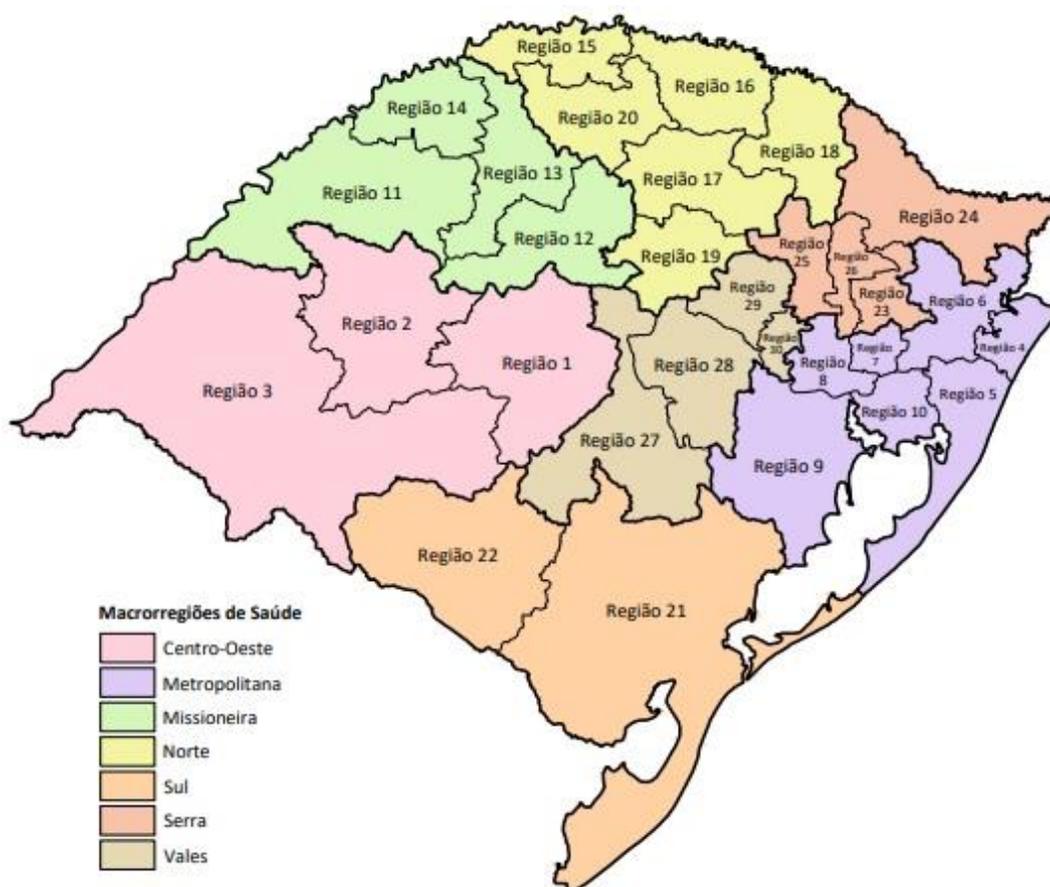
A regionalização prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada na Lei 8.080/1990, é uma diretriz do SUS e tem como objetivo orientar a descentralização dos serviços de saúde para que os mesmos sejam acessíveis aos cidadãos e para efetivar a descentralização dos serviços de saúde e compartilhamento de responsabilidades entre os municípios e entre estes e o estado. Neste sentido, os estados estruturam sua rede de saúde em regiões de saúde (macro e regiões) considerando as condições demográficas, culturais e econômicas.

A Comissão Intergestores Tripartite, segundo a Resolução nº1 de 29 de setembro de 2011, define região de saúde:

§ 1º Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O Rio Grande do Sul possui sete macrorregiões de saúde e trinta regiões de saúde considerando os limites geográficos e características populacionais alcançando, assim, os seus 497 municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2021). Estas regiões assim estabelecidas são base para o planejamento da saúde no estado. Segue abaixo a Figura 18.

Figura 18- Mapa das Macrorregiões de saúde e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul

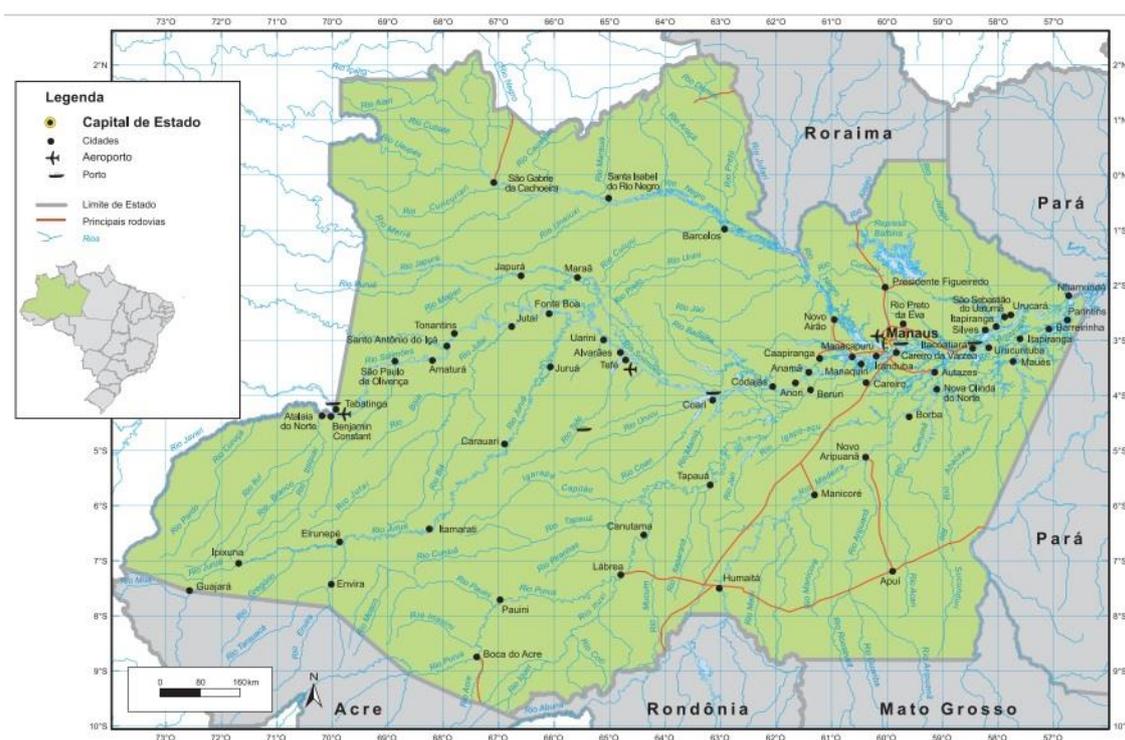


Fonte: Rio Grande do Sul (2021)

No extremo norte do Brasil, na região amazônica, está o estado do Amazonas, o maior estado brasileiro em extensão (1.559.167,878 km²), mas, com uma população que representa apenas 2% da população brasileira, com 4.207.714 habitantes (IBGE, 2020). O Amazonas faz fronteira com cinco estados (Pará, Roraima, Rondônia, Mato Grosso e Acre) e com três países (Colômbia, Peru e Venezuela), conforme Figura 19. Em 2018, o Amazonas foi listado com 16º

PIB do país com 100.109 bilhões, deste valor, 78% se concentram na capital Manaus que nacionalmente ocupa o 6º lugar no ranking do PIB (IBGE, 2018). No entanto, quando se trata do índice de desenvolvimento humano, o Amazonas ocupa a 18ª posição com aproximadamente 48,44% da população vivendo abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2019).

Figura 19- Mapa Estadual do Amazonas

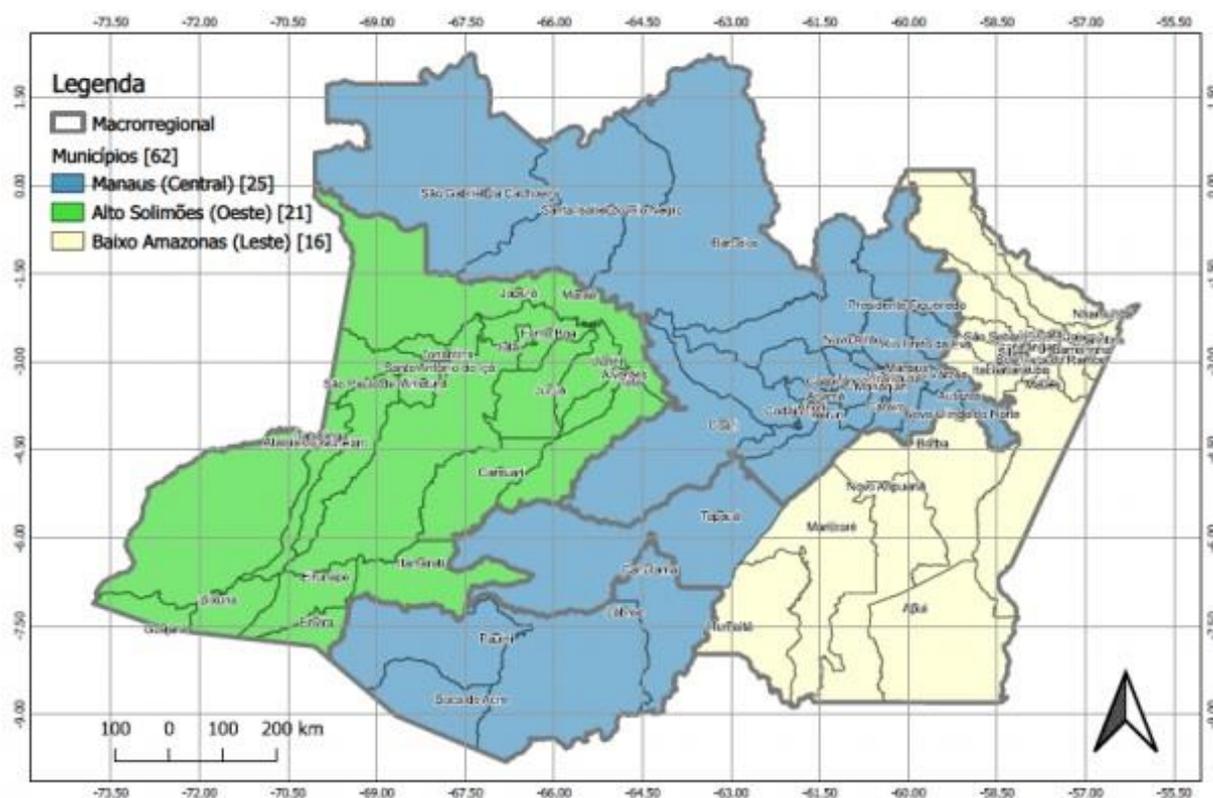


Fonte: IBGE (2019)

Quanto a regionalização os sessenta e dois municípios do Amazonas estão dispostos em três macrorregiões de saúde (central, leste e oeste) e nove regiões de saúde (Entorno de Manaus e Rio Negro, Rio Negro e Solimões, Purus, Rio Madeira, Médio Amazonas, Baixo Amazonas, Juruá, Triângulo, Alto Solimões), conforme a Figura 20. A macrorregião de saúde com maior número de municípios e população é a Central que concentra 72,5% da população do estado e da qual faz parte a capital do estado, Manaus (AMAZONAS, 2020). Esta macrorregião também concentra a maior parte da estrutura física e de profissionais de saúde do estado. Esta conformação de regiões de saúde, atende aos critérios da Resolução CIT nº 37 que considera

que o contingente mínimo da população por região de saúde é de 500 mil habitantes obedecendo a continuidade territorial.

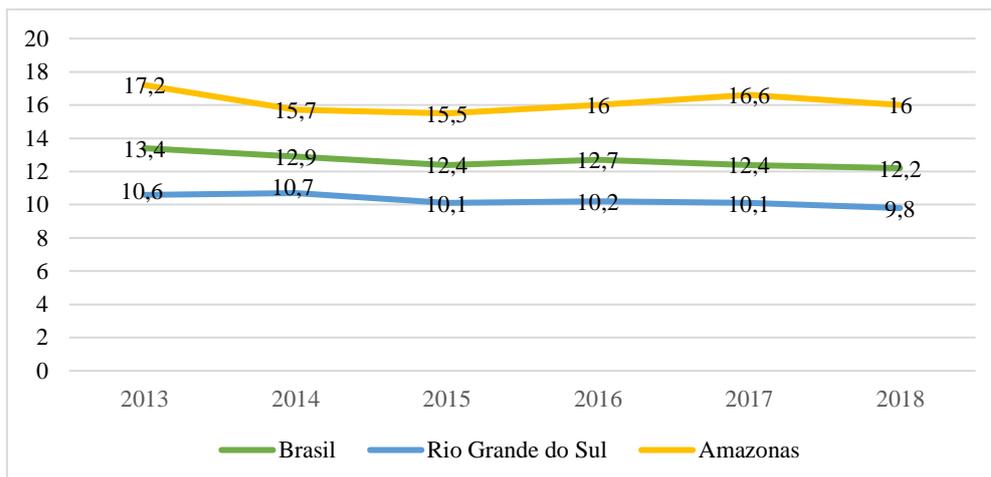
Figura 20- Macrorregiões de Saúde do Estado do Amazonas



Fonte: Amazonas (2021)

Os indicadores de saúde que expressam as dimensões de saúde nas populações amazonenses e gaúchas são reflexo das diferenças entre estes dois estados no tocante a distribuição dos serviços e profissionais de saúde no território. O Gráfico 1 mostra a evolução do indicador de mortalidade infantil e, a média do Rio Grande do Sul, apresenta-se abaixo da média nacional. Enquanto o Amazonas, com índice acima da média nacional, tem quase o dobro de mortes por 1000 nascidos vivos em comparação ao Rio Grande do Sul. Isto mostra a grande lacuna entre os dois estados e a necessidade de implementação de políticas públicas, sobretudo na Atenção Básica.

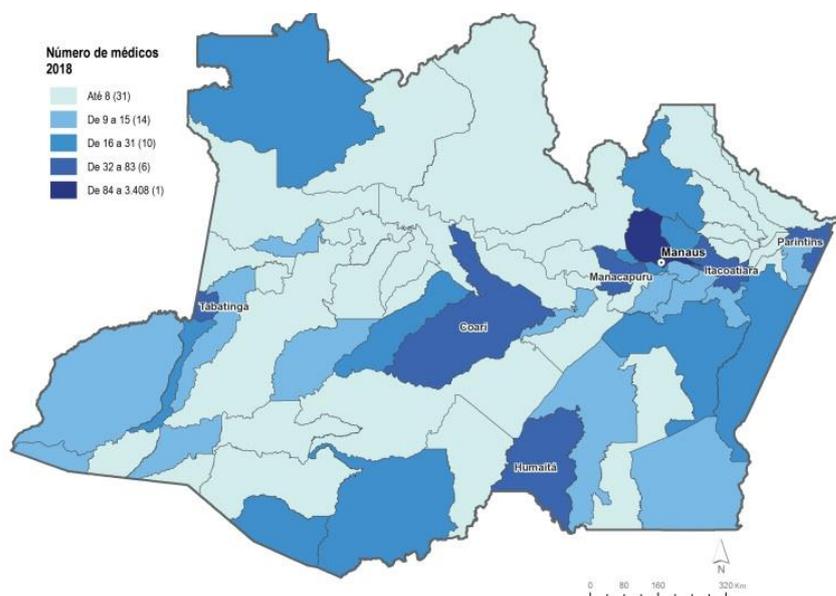
Gráfico 1- Mortalidade infantil, menores de 1 ano, 1000 nascidos vivos no Brasil, Rio Grande do Sul e Amazonas



Fonte: Elaborado a partir de dados do PROADSS (2019)

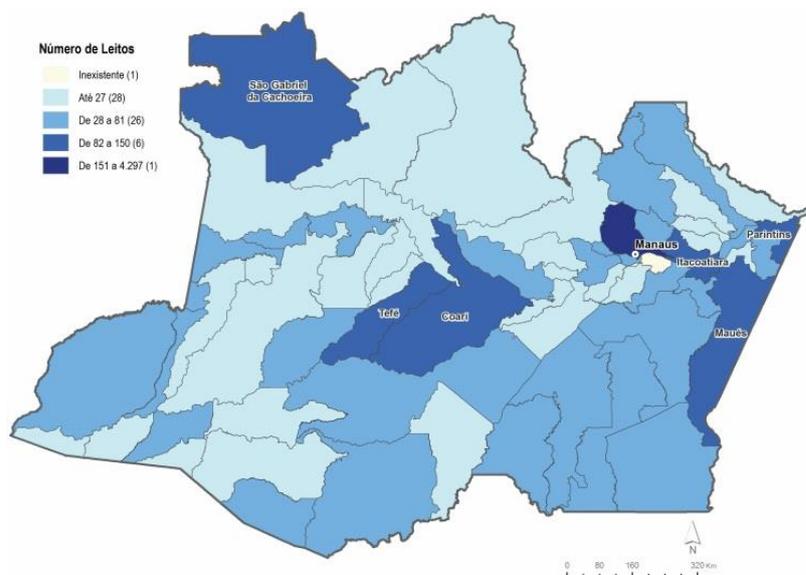
Quanto a cobertura de profissionais de saúde e estrutura, o Amazonas apresenta maior concentração de médicos e leitos na capital Manaus e em algumas cidades no interior do estado, como mostrado nas Figuras 21 e 22. A baixa quantidade destes profissionais nas áreas mais claras do mapa, que são maioria, reforçam as desigualdades regionais presente no Amazonas e que reflete negativamente em outros indicadores como a mortalidade infantil e até mesmo na organização do sistema, com a migração da população do interior para a capital em busca de atendimento médico.

Figura 21- Número de médicos por município no Estado do Amazonas, 2018



Fonte: SEDECTI - Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação (2020) / Ministério da Saúde, CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, 2018

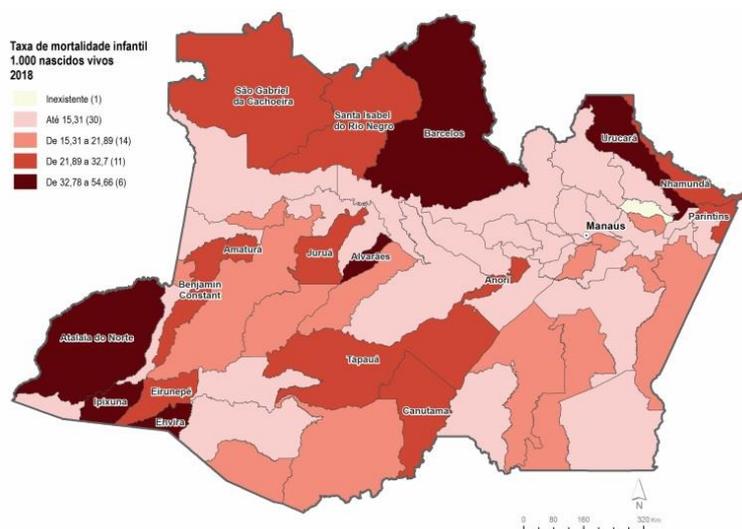
Figura 22- Leitos estado do Amazonas



Fonte: SEDECTI - Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação (2020).

As áreas com menor cobertura de médicos e leitos, apresentam piores condições de saúde, como apresentado na Figura 23 que mostra a elevada mortalidade infantil. Pelo menos quatro cidades apresentam índice de 32,78 a 54,66 óbitos por 1000 nascidos vivos, bem acima da média estadual de 16 e nacional de 12 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Figura 23- Mapa da taxa de mortalidade infantil Amazonas, 2018

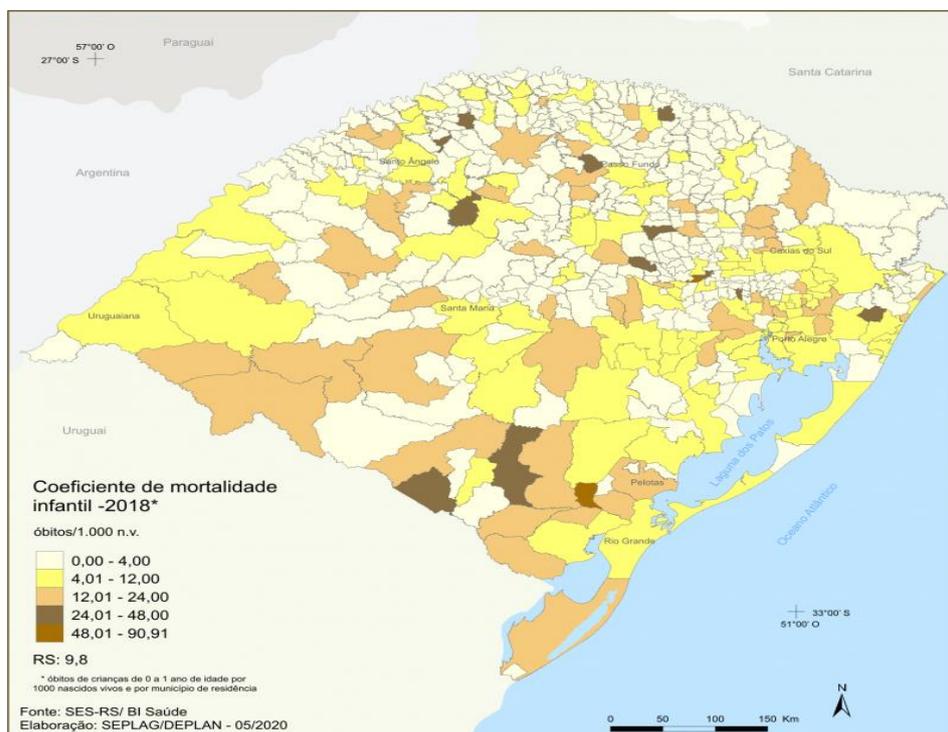


Fonte: SEDECTI - Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação (2020).

A mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, em contrapartida, está abaixo da média nacional. No entanto, algumas regiões ainda se apresentam como desafio para o estado conforme mostra a Figura 24. Este indicador é uma das metas do objetivo do milênio e, no

Brasil, sofreu redução de 70% nas últimas duas décadas, sendo atingida em 2015 a meta estabelecida pela OMS (BRASIL, 2016).

Figura 24- Mortalidade Infantil nos municípios Rio Grande do Sul, 2018

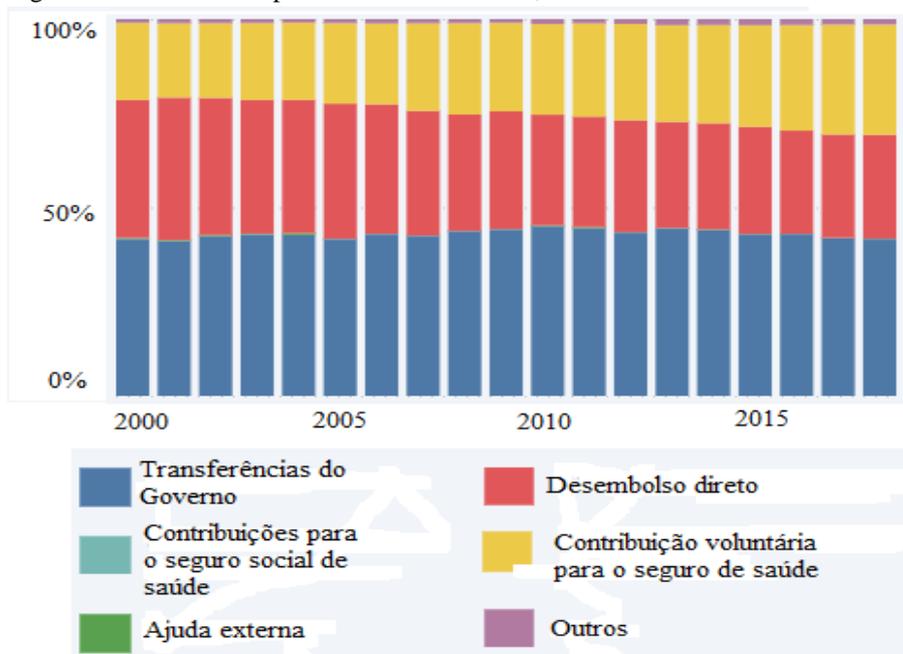


Fonte: SES-RS

Quanto ao modelo de financiamento, a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 estabelece que municípios e Distrito Federal deve aplicar, no mínimo, 15% da arrecadação de impostos em serviços de saúde, os estados 12% e a União corresponde ao valor do ano anterior acrescido da variação do PIB (BRASIL, 2012). Logo, há responsabilidade solidária entre os entes, o que demanda articulação e pactuações constantes sobretudo quanto ao financiamento e distribuição do serviço no território garantindo o acesso a saúde para todos os cidadãos.

O Brasil tem acompanhado a tendência mundial de aumento nos gastos públicos em saúde, sobretudo no componente MAC. A Figura 25 mostra que nas fontes de despesas com saúde no Brasil, a participação pública representa o maior percentual acompanhado do desembolso direto seguido do desembolso direto e

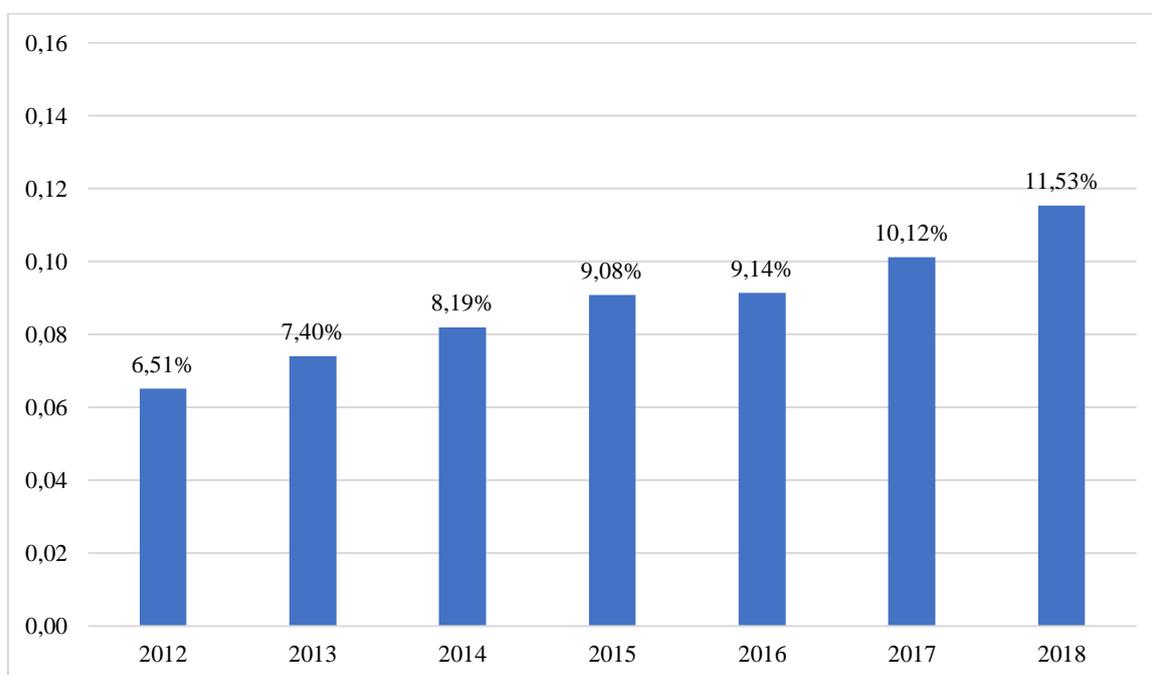
Figura 25- Fontes de despesas de saúde no Brasil, 2000 a 2018



Fonte: WHO (2018).

No Rio Grande do Sul, a evolução dos gastos pelo estado apresenta crescimento no período de 2012 a 2019 atingindo até 11,53% do gasto total do estado conforme mostra o Gráfico 2

Gráfico 2- Evolução dos gastos do Governo do Rio Grande do Sul de 2012 a 2019 com saúde, excluindo-se as transferências



Fonte: CAGE- Controladoria Geral do Estado, RS (2021)

4.1.2. Relações de agência e instrumentos de cooperação

As análises das dimensões “relações de agência” dentro do contexto dos serviços especializados demonstraram considerável alinhamento com a teoria e extrapolam algumas discussões para a governança que são apresentadas no tópico seguinte. Dentro das entrevistas com os gestores da saúde no Brasil, o que chamou atenção e fez emergir uma nova categoria que não tinha sido prevista no primeiro desenho metodológico, foi a ênfase dada às arenas de negociação¹⁹. Segundo os entrevistados, os “contratos”²⁰ quando não bem formulados e fiscalizados, por vezes, não são suficientes para disciplinar o comportamento do agente que age em interesse próprio. Isto ocorre quando se deparam com situações que diferem do seu objetivo de obter ganhos ou economizar nos procedimentos que são contratados pelo ente público.

Os elementos que apresentaram maior cobertura de codificação neste tema foram os códigos “conflitos” e “custos de agência”, considerando as três entrevistas. Alguns elementos apresentaram intercessão como, por exemplo, conflito - contrato e barganha- *accountability* e isto será discutido no decorrer do texto. Ao final da análise Brasil será apresentado um quadro resumo com as principais ideias aos temas relações de agência e governança.

4.1.2.1. Conflitos

Para compreender melhor a origem dos conflitos relacionados ao objeto de estudo, esta categoria foi subdividida em “conflitos com entes públicos” e “conflitos com entes privados”. Não foi surpresa a quantidade de codificação que o segundo tipo de conflito apresentou em relação ao primeiro, uma vez que a diferença entre os objetivos organizacionais entre entes públicos e privados é latente, assim como as preferências quanto ao risco, conforme assinala Eisenhardt (2015).

A categoria conflito, foi bastante mencionada pelos entrevistados sobretudo ao discorrerem sobre as principais dificuldades na contratação de entes privados. As relações de agência presentes no financiamento dos serviços especializados são regidas por uma série de mecanismos para conformar o atendimento dos princípios basilares da saúde e otimizar o

¹⁹ Os entrevistados citam a CIB, CIR e CIT em diversos trechos das entrevistas ao se referirem à cooperação, sobretudo quando se trata dos serviços de baixa cobertura no território.

²⁰ Durante a apresentação dos resultados os contratos se referirão à legislação que define o papel dos entes federativos e a extensão de suas responsabilidades, ora aos contratos propriamente ditos que são celebrados entre o poder público e os particulares para prestação de serviços públicos de saúde ante a impossibilidade de serem prestados diretamente pelo Estado.

atendimento do cidadão e, para isso, são necessárias uma série de negociações e documentos para que esta contratação ocorra dentro das normas estabelecidas na Lei nº 8666/1993 (BRASIL, 1993) que, no período das entrevistas foi substituída pela Lei 14.133/2021 (BRASIL, 2021) trazendo uma série de modificações quanto às contratações públicas, no entanto, não impactou nas informações repassadas pelos entrevistados.

A participação privada no SUS está previsto na Lei nº 8.080/1990, art. 4^a, § 2^o que afirma que “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. No entanto, existe uma série de instrumentos que disciplinam esta participação além da lei da saúde supracitada, como,

Mesmo regido por contratos que definem as especificidades do serviço que será prestado pelo ente privado, o representante do Amazonas afirma que a principal matéria de conflito são as contratações privadas, desde a elaboração do documento inicial até as constantes tentativas de não-cumprimento dos acordos estabelecidos que se expressam através da negativa de atendimento a alguns grupos e isso afeta diretamente a população:

Eu vejo uma matéria de conflito muito grande é quando um prestador de saúde contratado ele quer ditar as regras dentro do contrato, digamos, eu contrato uma clínica de oftalmologia que quer dizer “eu não atendo esse paciente assim, eu só atendo paciente abaixo de tantos anos, eu só atendo paciente que só tenha assim...” mesmo você tendo um contrato, mesmo ele tendo assinado um contrato com o serviço público para atender, ele tem um cardápio de procedimentos que ele tem que fazer (EB3, 29/07/2020)

Os serviços especializados citados pelo gestor do Amazonas e que apresentam maior demanda de discussões foram o de hemodiálise e de oftalmologia. Ao relatar o serviço de hemodiálise, o gestor informa que, por se tratar de um serviço muito específico na região, os prestadores utilizam do poder de barganha negando atendimento para determinados grupos sabendo da quantidade de pessoas dependentes do serviço e da dificuldade de o gestor público contratar este serviço de outro particular:

E se não atender você perde, digamos, ele recebe cento e cinquenta adultos, então são cento e cinquenta adultos que deixarão de ser atendidos se aquele contrato for destrutado, então aí fica tipo assim “o estado fica amarrado num prestador porque ele não quer deixar cento e cinquenta” aí já tem que estudar outro contrato para pegar esse pessoal que possivelmente ficaria na fila esperando para hemodiálise para poder colocar para cá para destratar esse contrato com esse (prestador)” (EB3, 29/07/2020).

Problema similar é relatado pelo gestor de saúde do Rio Grande do Sul e que também confirma a existência de conflitos relacionados aos contratos. Na sua perspectiva isto se deve à complexidade do objeto contratado que trata, em algumas situações, de aspectos subjetivos. Segundo o gestor, a solução é empenhar esforços no desenho dos processos e na formulação do

contrato inicial para evitar problemas futuros com os prestadores tentarem agir em interesse próprio. Quanto a isto, o entrevistado destaca que *na verdade, a diminuição dos contenciosos tem relação direta em como se constrói tanto o processo como o documento inicial* (EB2, 27/05/2020). Em continuação, relata as principais dificuldades deste contexto:

Eu acho que a gente tem algumas áreas mais difíceis. Às vezes a gente vai contratar serviços, por exemplo, serviço sanitário para o estado inteiro, o apoio ao SAMU é complexo, área de tecnologia é muito complexo. Eu diria que essas, por justamente serem difíceis de você trabalhar a qualidade x preço. Eu acho que tudo aquilo que entra qualidade x preço é sempre muito mais complexo. Porque comprar algo que tenha uma boa descrição, como por exemplo, “olha eu vou comprar gaze”, beleza, quantos fios ela tem? Isso tem uma objetividade maior (EB2, 27/05/2020)

Na esfera federal, os principais conflitos estão relacionados às Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Estas parcerias são um instrumento estratégico dentro do Complexo Industrial do SUS e se relaciona sobretudo à assistência farmacêutica e à média e alta complexidade. Disciplina a aquisição de tecnologia produção de medicamentos e produtos através da quebra quebras de patentes e intercâmbio de tecnologia para que estes sejam produzidos em território nacional reduzindo, assim, os custos de aquisição pelo SUS e aumentando a sua disponibilidade.

Isto demanda grande poder de negociação do ente federal e rigorosa atenção quanto aos contratos, atendendo a legislação nacional e internacional sobre o tema. No entanto, diminui a dependência do Estado de empresas privadas para aquisição de certos medicamentos e produtos, diminuindo, assim, os riscos e os custos de transação:

Mas voltando aos principais conflitos a questão da negociação com os laboratórios é uma questão muito latente e inclusive para sanar esse tipo de coisa que são as PDPs que são as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo que é você associar um laboratório que produz exclusivamente para conseguir produzir para o SUS para que outro laboratório e outros consigam fazer essa produção e você quebra isso, quebra a patente e consegue que um ou dois que façam porque a gente precisa muito desse medicamento e é fornecido pelo SUS. (EB1, 15/01/2020).

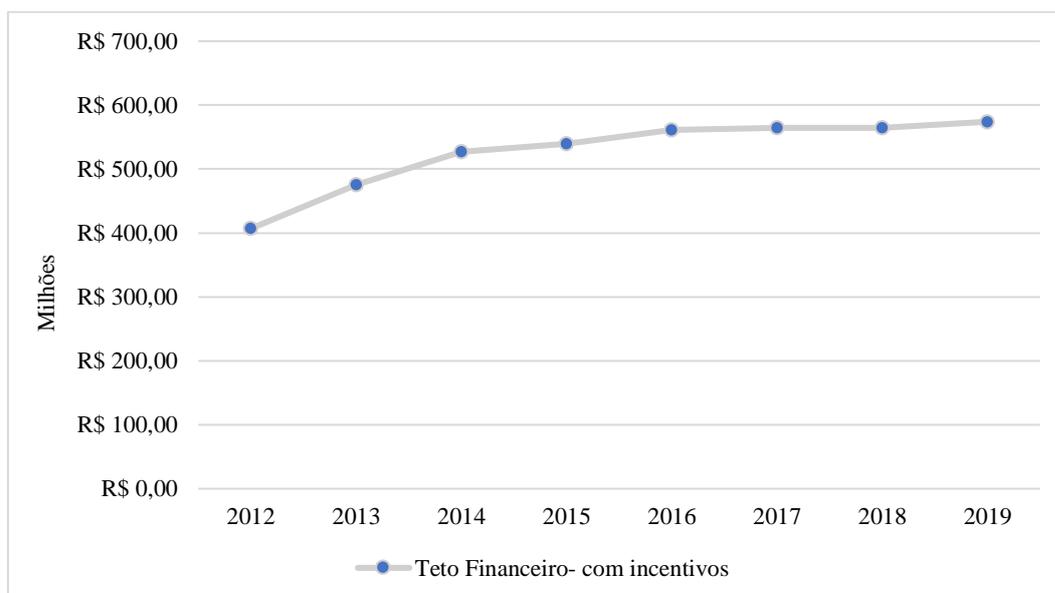
Quanto aos conflitos com outros entes públicos, o gestor do Amazonas relata as dificuldades enfrentadas pela falta da Programação Pactuada Integrada (PPI) que é um processo de planejamento do SUS onde são quantificadas e qualificadas todas as ações de saúde necessárias para a população de um determinado território, seja ele município ou região de saúde (BRASIL, 2006). Essas ações são quantificadas tanto com relação a quantidade de procedimentos quanto a qualidade dos serviços. Nos municípios onde não existe a oferta de

determinado serviço, o gestor pactua com outro município a contratação e, este por sua vez, firma o compromisso de atender aquela população. A falta deste instrumento gera conflitos entre o estado e os municípios conforme assinala o gestor:

Eu vou te dizer que é uma coisa complexa, difícil de ser realizada. A última PPI que tem, para você ter uma ideia, se eu não me engano, é de 2005 Isso provoca assim série de outras situações que precisam ser revistas, todo mundo sabe que precisa ser revista, mas, pra você montar uma mesa para discussão isso gera um desconforto, entra município, entra isso, entra aquilo, é difícil. (EB3, 29/07/2021).

Embora a PPI seja um dos fatores de conflitos entre municípios e estado no Amazonas, segundo dados do SISMAC, todos os municípios do Amazonas possuem o chama Teto MAC²¹ que são recursos transferidos para os fundos estaduais e municipais de saúde para financiamento da média e alta complexidade e incentivos permanentes de custeio. Há uma diferença entre as informações do SISMAC e do Fundo Nacional de Saúde que corresponde ao FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) que são recursos que são pagos a estados e municípios mediante a comprovação de que os procedimentos foram executados, no entanto, o estado do Amazonas relata dificuldades para os municípios prestarem esta informação o que será detalhado no tópico 5.1.3.4 sobre transparência. O Gráfico 3 mostra a evolução do Teto Mac do Amazonas de 2012 a 2019.

Gráfico 3- Teto Financeiro MAC com incentivos do Amazonas, período 2012 a 2019, em milhões de reais

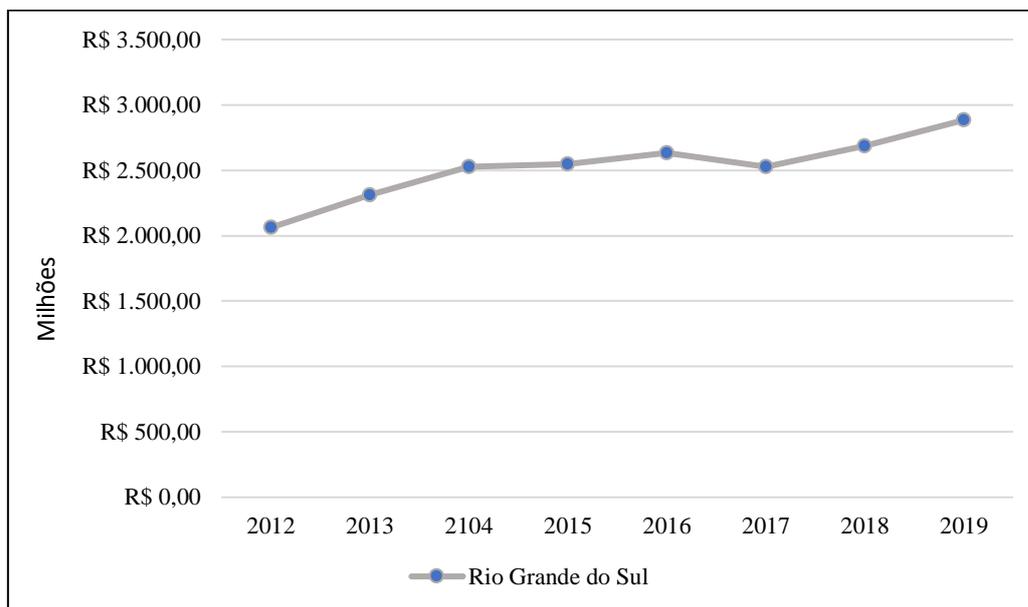


²¹ Excluem-se do teto Mac, além dos valores do FAEC, descontos relativos aos hospitais universitários, amortização de empréstimos consignados.

Fonte: SISMAC (2021).

No Rio Grande do Sul, assim, como no Amazonas, as transferências federais apresentam ascensão no período conforme Gráfico 4. Diferentemente do Amazonas, nem todos os municípios possuem teto MAC, apenas 78% dos municípios possuem gestão da média e alta complexidade segundo dados do CONASEMS (2021).

Gráfico 4- Teto Financeiro MAC com incentivos do Rio Grande do Sul período de 2012 a 2019, em milhões



Fonte: SISMAC (2021)

Outro problema que gera conflito com o particular é a prestação de contas referentes aos serviços pagos via FAEC. Os pagamentos são feitos pelo Governo Federal mediante a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde. No entanto, o gestor relata problemas para fiscalizar os prestadores, mas, quando se consegue detectar estas inconsistências, o prestador é notificado e o valor descontado da sua produção:

Porque a gente tem um contrato que repassa a verba federal para eles, então a gente tem um controle maior. Não que a gente não tenha com os públicos, só que os públicos a gente já consegue controlar mais, mas, quando um prestador privado apresenta alguma coisa que a gente consegue detectar que é um problema digamos assim, por exemplo, o prestador apresenta o mesmo paciente fazendo o mesmo exame no mesmo dia, que já foi detectado isso, a gente chama o prestador, manda o ofício para o prestador e se ele conseguir justificar, o que é bem difícil, a gente passa (EB3, 29/06/2020)

Esta medida pode, de certa forma, diminuir a **propensão à ociosidade**. De acordo com a proposição de Jensen, Meckling (1976) de que quando a relação entre principal e agente é

baseada em resultados, a probabilidade de o agente agir em favor do principal é maior. No caso concreto, isto não é suficiente, nota-se a necessidade de um controle mais rígido, com um sistema de informações mais efetivo (CLEGG, HARDY, NORD, 2014; EISENHARDT, 2015) por parte do Estado, para evitar situações como as citadas pelo gestor do Amazonas.

O gestor não soube informar a frequência destes episódios nem a motivação, mas, deixou claro durante a entrevista a grande dificuldade para evitar situações em que os particulares agem em interesse próprio o que pode gerar danos ao erário público. Enquanto no Rio Grande do Sul, como será explicado no item 5.1.3.3, a ação da controladoria estadual inibe situações que destoam das boas práticas estabelecidas na legislação e nos contratos firmados entre o ente público e os particulares.

4.1.2.2.Custos de Agência

Das relações de conflito surgem os custos de agência e, assim como apontado na literatura, tais conflitos são fruto de divergências quanto aos objetivos, dificuldade de verificar se o agente está cumprindo o contrato e diferentes atitudes com relação ao risco (EISENHARDT, 2015; JENSEN, MECKLING, 1986). Quanto aos custos resultantes do não cumprimento dos contratos, o gestor do Amazonas afirma:

Então essa contratação a gente não garante que ela vai ser uma contratação de boa qualidade e ninguém tem ‘perna’ para ir até a empresa “como é que está o atendimento? Está bem? Não está?” Eu vejo que a falta de recursos humanos que permita você fazer uma fiscalização melhor isso prejudica muito o acompanhamento desses serviços (EB3, 29/06/2020).

Por não ter os recursos humanos necessários, o gestor conclui que o problema só é visualizado na prestação de contas e, as medidas tomadas frente ao risco moral e financeiro, são mais corretivas do que preventivas:

Mas no caso em que a gente detecta, a gente diz “foi detectado isso e será descontado diretamente na próxima competência a gente desconta isso via sistema”. A gente usa dentro do sistema o desconto já direto na produção deles, nos atendimentos que eles apresentam, o sistema permite que a gente insira esse desconto já direto (EB3, 29/06/2020).

Em contrapartida, o gestor do Rio Grande do Sul destaca a importância do contrato e de fiscalizar se este realmente está sendo cumprido pelo prestador, sobretudo quando os serviços contratados são realizados em locais distantes dos grandes centros:

A gente tem um rigor bastante grande nas contratações. Então, por exemplo, a visita da vigilância, olhar no local se realmente o que está no papel é efetivamente o que

está sendo contratado. Porque às vezes a gente está contratando serviços que estão longe da área central, contratos muito bem redigidos e compromissos muito bem estabelecidos EB2, 27/05/2020.

Uma alternativa adotada para inibir estas condutas, segundo o entrevistado do Amazonas, é estabelecida *ex-ante*, mas, de forma genérica. Muito semelhante ao que relatado pelo gestor do Rio Grande do Sul, os riscos nas contratações podem ser evitados através de regras mais rígidas durante o processo de credenciamento, ou seja, antes da efetivação do contrato:

O credenciamento já existe, existem várias pessoas, de vários setores com várias ideias diferentes pensando credenciamento. Quando a gente coloca um edital de credenciamento tudo isso já foi visto de como vai ser o atendimento. Quando a gente coloca um edital de credenciamento já teve uma equipe por trás que já verificou qual é a fila de atendimento para o procedimento tal, qual é a necessidade de atendimento de tal procedimento. Tudo isso é feito antes do credenciamento. Eu vejo o credenciamento como uma ferramenta, uma estratégia muito boa para diminuir esses riscos de contratação (EB3, 29/06/2020)

A auditoria, segundo o gestor do Rio Grande do Sul, auxilia de duas formas: a) inibindo a propensão a ociosidade, por parte do agente e b) fornecendo informações para o gestor para que ele consiga agir antes que o ilícito ocorra. Logo, uma vez que o contrato não é suficiente para que se cumpram os acordos firmados, a presença de auditoria diminui possíveis custos causados pela ação do agente segundo a fala do gestor:

a auditoria em si, a meu ver, ela economiza dinheiro público. Ela economiza por várias razões: algumas vezes só pelo fato dela existir ela já coíbe algum tipo de negligência, às vezes, não intencional. “eu preciso fazer direito para a auditoria não apontar”. Às vezes não é nem o ilícito, é o descuido mesmo. Ela coíbe o ilícito colocando de volta para os cofres públicos quando isso acontece e ela desenha para o gestor, eu acho, os levantamentos feitos pelas auditorias- elas desenharam para o gestor as possibilidades (EB1, 27/05/2020).

No entanto, como assinalado pelo entrevistado do Rio Grande do Sul no tópico anterior e que foi visualizado também pelos outros entrevistados em outros momentos, a rigidez dos contratos pode inibir o interesse pessoal.

4.1.2.3. Cooperação

As arenas decisórias foram apontadas por todos os entrevistados como importantes espaços para alinhamento dos objetivos. Através de discussões para definir as estratégias e organizar o sistema de saúde nos três níveis de governo a cooperação vertical e horizontal se expressam como um instrumento de fortalecimento do território (VIANA, IOZZI, 2019; REIS *et al*, 2017; NUNES, 2018).

A articulação interfederativa engloba, no caso brasileiro, três principais níveis segundo a Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 que trata da organização do SUS e estabelece os instrumentos de articulação interfederativa que é o espaço de governança do SUS: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que reúne gestores de nível federal, estadual e municipal, representados pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde); a Comissão Intergestores Regional (CIR) formada por representantes dos municípios que integram determinada região de saúde e o representante do estado e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) formada por representantes dos municípios e do estado, conforme apresentado no Quadro 16.

Quadro 16. Principais características das comissões intergestores.

Espaço de articulação	<i>Comissão Intergestores Tripartite</i>	<i>Comissões Intergestores Regionais</i>	<i>Comissão Intergestores Bipartite</i>
Objetivo	Foro colegiado de representação, negociação e pactuação entre a União, estados e municípios. Nela se discutem entre os gestores os aspectos operacionais do SUS de forma consensual.	Espaço de representação dos estados e seus municípios para discutir o planejamento regional e organização da RAS.	Instância estadual de pactuação para construção coletiva e fortalecimento da governança do SUS. É uma instância pactuada de caráter deliberativo.
Marco Legal	Lei 8.080/1990 Lei 12.466/2011 Portaria nº 2.686/2011	Lei 8.080/1990 Lei 12.466/2011 Decreto nº 7.508/2011	Lei 8.080/1990 Lei 12.466/2011 Decreto nº 7.508/2011 Portaria SES/RS nº 09/1993.
Atores que participam	União, estados, DF e municípios.	Representante do Estado e secretários de saúde das regiões de saúde	Estado e seus respectivos municípios
Composição	21 membros (7 do MS, 7 do CONASS e 7 do CONASEMS)	Observa as diretrizes da CIB de cada estado,	14 membros (7 da SES, 7 do COSEMS)
Periodicidade das reuniões	ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente para apreciação de matérias urgentes.	ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente para apreciação de matérias urgentes.	ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente para apreciação de matérias urgentes.

Fonte: Elaborado a partir de CONASS (2019)

O nível intermediário tem ganhado um protagonismo maior nas discussões quanto a oferta de serviços especializados. As CIR, dirigidas pelo nível estadual, têm um importante papel de coesão, cogestão e pactuação entre municípios, sobretudo em estados com a assistência

especializada fragmentada, seja pela baixa oferta de profissionais, seja por ausência de hospitais de referência. Logo, a CIR representa um espaço de governança regional e tem um importante papel para efetivação do princípio da universalidade do sistema de saúde (SILVEIRA FILHO *et al*, 2016).

As arenas decisórias mais citadas pelos entrevistados foram: CIB, CIR, CIT, CONASEMS e CONASS. No Rio do Grande do Sul, a Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS) foi citada por diversas vezes quando o gestor se referia à negociação com os municípios e pactuação de serviços. Para fins de análise é dado destaque nesta pesquisa para a CIB, CIR e CIT por assim estarem definidas na Lei Geral da Saúde como os espaços permanentes de articulação interfederativa conforme previsto no Art. 30 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que trata do planejamento e assistência à saúde e da articulação interfederativa.

A categoria cooperação foi dividida nas subcategorias “cooperação horizontal” e “cooperação vertical” que serão identificadas no decorrer do texto. Como unidade de registro, emergiram no momento da extração dos dados, as unidades CIB, CIR e CIT. Nem todos os trechos das entrevistas serão apresentados aqui, logo, foram selecionados os mais relevantes e que apresentam maior articulação com o objeto de estudo e que auxiliam nas respostas às questões de pesquisa.

Quanto a colaboração para definição de áreas prioritárias e estabelecimento da cooperação, o representante do Ministério da Saúde afirma que as instâncias colaborativas extrapolam as que são definidas nos decretos. Assim, são criados grupos de trabalho em nível federal, estadual e municipal para reunir as principais demandas e posteriormente levá-las para as arenas formais de pactuação. Quanto a isto o entrevistado afirma:

(...)existem várias instâncias colaborativas desde o CONASS, tem o CONASEMS, tem várias instâncias a nível municipal, estadual, federal tem as comissões, têm as CITs as CIBs e outros grupos de trabalho que são criados em cada área das políticas públicas (...)ah vai desenvolver, faz um chamamento público, vai incorporar têm um chamamento, faz uma reunião, faz um grupo de trabalho, chama a associação. Esses chamamentos públicos, essas audiências públicas têm representantes de todos os segmentos da sociedade, desde pacientes, quem usa o medicamento, por exemplo, eu participei de algumas, quem utiliza o medicamento, uma associação médica, uma associação de enfermeiros, uma associação dos fabricantes do medicamento e outras e outras (EB1, 15/01/2020).

O caminho das demandas dos subnacionais até o Ministério da Saúde, segundo o entrevistado, passa pela efetividade das instâncias deliberativas intermediárias. Os grupos de

trabalho também têm um papel importante quanto a provocar o MS a fim de promover a colaboração para solucionar problemas que não foram previstos no planejamento inicial. Toda esta articulação entre os gestores, quer seja em nível estadual ou municipal que necessite de uma intervenção do Ministério da Saúde, perpassa pela disposição em cooperar das partes. Quanto a isso, o entrevistado do MS afirma:

Existe, as próprias CIBs, CITs são para isso. Além disso tem a questão dos conselhos que foi outra coisa que eu nem falei, mas, os Conselhos Estaduais, os Conselhos Municipais são instâncias de colaboração, são instâncias para resolução de problemas, de troca e tudo e se elas são efetivas, se elas fazem o papel delas vai chegar em uma instância maior que é o Ministério e nas instâncias CIBs, CITs, vai chegar no CONASS, vai chegar no CONASEMS. Além disso, não existem só essas, porque a gente banaliza muito e acredita que tem só essas, mas, o Ministério tem muitas e muitas reuniões com esses representantes, com os secretários, nós estamos sempre abertos para receber essas pessoas, ouvir. Não só o fundo, mas, o Ministério como um todo várias e várias reuniões recebendo demandas específicas para serem tratadas, para coisas que não estavam previstas no planejamento, mas, precisam ser atendidas, problemas etc. Grupos de trabalho são criados todos os dias para resolver problemas. Então eu acredito que há uma disposição para colaboração sim (EB1, 15/01/2020).

Outra linha de cooperação do Ministério se dá por meio da oferta de treinamento quanto a operacionalização dos recursos para que se possa evitar inconsistências quanto a prestação de contas:

Nós temos a secretaria, por exemplo, que é a SEGEPS que desenvolve inúmeros cursos e apoio para o desenvolvimento de cursos nas secretarias para capacitação desse pessoal, para captação do profissional que está atuando desde administrativamente como o profissional que atua na saúde em contato. Então tem inúmeras e inúmeras iniciativas que eu acho no Ministério como um todo de apoio. E então no tocante ao Fundo a gente tem essa preocupação de capacitar o gestor relativo às questões de financiamento por exemplo, nós fazemos curso EAD de Tomada de Conta Especial de como ele fazer, como instruir o processo, como devolver, por que ele tem que devolver para evitar que ele gere um problema maior, devolva antes que seja instaurado um processo de devolução de recurso, não precisa ter essa devolução faça isso de forma espontânea, não usou...esse tipo de coisa. Então faça a gestão como deve para evitar problemas maiores. E temos sim. Então eu acho que todas as áreas do Ministério como um todo eu só vejo uma disposição de ajudar e apoiar os entes na melhoria dos serviços sejam eles quais forem para resultar em um serviço de Saúde melhor (EB1, 15/01/2020).

Quanto à CIT, o representante do MS afirma a importância desta instância de coordenação vertical, para pactuação e distribuição dos recursos e planejamento do território considerando a necessidade de redefinição dos valores para atendimento de situações excepcionais:

todo ano é feito pactuações, não é uma coisa estática não é simplesmente vão passar quatro anos e vão morrer estáticos aquele valor vai ser mandado para estados e municípios. É feito remanejamento, uma série de coisas e aspectos que não é para deixar a coisa também impactar em um nível crítico (EB1, 15/01/2020).

O representante do Amazonas destaca a importância das arenas de negociação interfederativa para diminuição dos conflitos e alinhamento dos interesses, além de trazer protagonismo aos municípios, uma vez que as discussões podem ser provocadas tanto pelo Estado como coordenador do sistema quanto pelos representantes dos municípios:

Então essas discussões por regional sempre são provocadas se não pela secretaria, pelos próprios municípios, município que se acha prejudicado porque não recebeu recurso, município que se acha prejudicado porque não recebeu equipamento porque todo mundo recebeu e ele não (...). Então, todas essas discussões são colocadas em pauta tanto pelo COSEMS que é o Conselho Municipal tanto dentro da CIB como em outras discussões dentro da secretaria” (EB3, 29/06/2020).

No Rio Grande do Sul, quanto à operacionalização da CIB, que compreende a coordenação horizontal, são destacadas as reuniões preparatórias, chamadas de reuniões técnicas. O objetivo é estabelecer discussões com setores específicos relacionado ao tema que será tratado, possibilitando o alinhamento das discussões da CIB. Isto confere maior assertividade e direcionamento às pautas:

Antes da reunião da CIB de pactuação tem (...) que acontece um dia antes, que é uma comissão técnica com a participação das equipes técnicas diversas. Dentro do CONSEMS que é o Conselho de Secretários de Saúde como as nossas internas da área central como as dos municípios envolvidos com aquela pauta. Então às vezes você pode ter uma discussão na CETEC com a presença de muitas coordenadorias e às vezes não, às vezes é uma questão da oncologia da 10ª Região de Saúde, aí a gente conta com a participação deles, então isso já está estabelecido na rotina (EB2, 27/05/2020).

Segundo o representante do Rio Grande do Sul, a forma utilizada pelo estado para diminuir a **assimetria informacional** e, assim, evitar conflitos com os municípios é definir dentro da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS)²² e do COSEMS, as regras de forma clara e transparente:

As negociações com um pouco mais de decisões macro também ajudam muito, as definições de conceito junto a FAMUS e COSEMS que são as entidades das prefeituras. Então quando você define junto às FAMUS fica mais difícil, por exemplo, um prefeito fazer uma ação judicial. As boas negociações claras, bem objetivas, documentos bem estabelecidos são sempre muito mais fáceis de gerar processos judiciais” (EB2, 27/05/2020).

²² É uma federação composta por 27 associações de municípios do Rio Grande do Sul, representando 427 municípios. A FAMURS reúne gestores públicos municipais entre prefeitos e técnicos a fim de representar os municípios garantindo sua representatividade ante o poder

Em ambientes de incerteza, oportunismo e informações incompletas, as arenas de negociação se transformam em importantes instrumentos de pactuação. Embora exista um vasto arcabouço legal para disciplinar a conduta dos agentes, as comissões auxiliam na organização dos serviços no território e disciplinam questões mais específicas que afetam direta ou indiretamente todos os envolvidos nas políticas públicas. Segue as principais resoluções das CIB e CIT no período de 2012 a 2019 e as principais matérias que tratam.

Concomitantemente às entrevistas, foram analisadas as resoluções das CIT e CIB (RS e AM) do período de 2012 a 2019, conforme Tabela 2.

Tabela 2- Resoluções CIT e CIB do Brasil, Amazonas e Rio Grande do Sul no período de 2012 a 2019

Ano	CIT	CIB	
		AM	RS
2012	5	185	707
2013	10	138	698
2014	2	140	788
2015	0	90	445
2016	10	49	404
2017	23	90	580
2018	8	170	555
2019	4	114	455
Total	62	976	4632

Fonte: CONASS, SES/RS, SUSAM (2021)

Das resoluções CIT analisadas, 58% tratam da **organização do sistema** e destas, 30% se referem a estratégias de **fornecimento de informações** (*alimentação de dados nos sistemas do SUS*) de saúde dos subnacionais para o Ministério da Saúde. Outro tema recorrente das resoluções da CIT foi relacionado ao **financiamento** tanto com relação aos repasses para estados e municípios e prestação de contas quanto sobre o planejamento das despesas. Outros dois temas são bem recorrentes nestas resoluções: **definição de indicadores** que são importantes elementos para estabelecer a pactuação interfederativa, **judicialização** da saúde no qual são discutidas as demandas e estratégias de solução e, por fim, **a gestão de medicamentos**.

O perfil destas instâncias de cogestão e planejamento mostram a importância do alinhamento dos objetivos de todos os entes federativos. No entanto, articular todos esses interesses considerando as diferenças regionais, tanto no que se refere ao perfil epidemiológico quanto o socioeconômico, é um grande desafio para as políticas públicas da saúde.

4.1.3. Dimensões da governança analisadas

As dimensões da governança pública permitem um ambiente seguro na qual os relacionamentos entre a Administração pública e demais atores são pautados na transparência

e integridade. Isto é possível através do estabelecimento de estratégias claras e de instrumentos de controle que permitem uma estrutura institucional que inibe a assimetria informacional e os interesses conflitivos.

Os resultados permitem identificar que as dimensões da governança são importantes instrumentos para disciplinar as relações de agência e que a criteriosa formulação de contratos diminui os riscos (PRZEWORKI, 2003; FUKUYAMA, 2016). No caso concreto, o estabelecimento de contratos e credenciamento de prestadores foi apontado pelos entrevistados como crucial para o atendimento dos objetivos como visto no tópico anterior. Dentro da dimensão governança, foram analisados os códigos estratégia, *accountability*, controle e transparência pois foram citados pelos entrevistados e indicados nas normas e demais documentos como fundamentais para estabelecer um ambiente confiável para as políticas públicas de saúde, sobretudo da média e alta complexidade que apresenta grande participação de entes não estatais.

4.1.3.1. Estratégia

Um dos instrumentos que foram indicados nas entrevistas como sendo norteadores das estratégias do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Amazonas e da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul foram os Planos Estaduais/Nacionais de Saúde. Fruto de um processo participativo e que envolve a percepção das diversas regiões de saúde, os planos de saúde são construídos a partir de uma análise situacional e da análise de indicadores que se pretende atingir no período de quatro anos, observando-se as avaliações anuais. O código “estratégia” apresentou maior cobertura de codificação dentre todos os códigos que codificaram as entrevistas do caso Brasil, apresentando 14 referências na entrevista do MS, 28 referências na do Rio Grande do Sul e 13 referências na entrevista do Amazonas.

Um elemento recorrente na fala dos entrevistados foi o mapeamento de processos que permite uma visualização macro das ações dos departamentos e, assim, o estabelecimento das estratégias de ação. Quanto a isso, o representante do Ministério da Saúde afirma:

Na verdade, nós temos o mapeamento de processos do Fundo Nacional de Saúde, a minha área é responsável pelo Núcleo de Processos de Inovação, na verdade gestão por estratégia e inovação do Fundo. Nós fazemos o mapeamento de todas as transferências que são realizadas por parte da União. Essas transferências, a gente optou por fazer o mapeamento por transferência, porque por transferência porque na verdade a nossa área é uma área meio e ela é transversal a todo o Ministério da Saúde, então vem desde a área técnica que a gente chama, que é a área responsável pela política de saúde dentro do Ministério da Saúde (EB1, 15/01/2020).

O representante do Rio Grande do Sul destaca a importância do mapeamento de processos para disseminar as políticas e estratégias do estado e enfrentar as complexidades do estado que opera com trinta regiões de saúde e grande diversidade territorial entre elas:

Quer seja incentivando através do financiamento seja criando algumas orientações claras como, por exemplo, é o manual do pré-natal que foi criado aqui para tentar contribuir com esse nível de atenção nos municípios. Então é um desafio grande, é um estado grande, é um estado com 30 regiões de saúde, então ele tem muitas diferenças naturais, a nossa população rural importante. Temos populações com bastante diversidade, temos imigrantes (...) a gente trabalha, conforme eu já disse, com os processos mapeados nas diversas regiões e de acordo com o tipo de ação preventiva como da saúde na média e alta complexidade (EB2, 27/05/2021).

Enquanto Ministério da Saúde e Rio Grande do Sul ressaltam a importância do mapeamento de processos para construção das suas estratégias, o Amazonas relata a ineficiência dos processos existentes²³:

Existem mapeamentos de processos, mas, não são, na minha opinião, eficientes. Então esses mapeamentos de processos estão sendo revistos dentro do próprio departamento. A gente está fazendo revisão de processos de tudo, processos de trabalho para ver se o fluxo de trabalho melhora. Esses fluxos estão sendo vistos internamente dentro do Departamento de Controle e Avaliação agora e a secretaria, como um todo, está passando agora por um momento de análise, de mapeamento de processos dentro de cada departamento (EB3, 29/07/2020).

Ao passo que a estratégia se reflete nos planos de saúde, a regionalização da saúde também é uma estratégia que se desdobra na interdependência municipal como fator preponderante para o fortalecimento das redes de saúde e universalidade do sistema (FLEURY, OUVÉNEY, 2007). Isto se faz necessário pela falta de uniformidade na oferta de serviços e profissionais no território o que requer diálogo entre os entes federativos e pactuações constantes de indicadores e medidas de ação que permitam a fluidez dos atendimentos, sobretudo de média e alta complexidade, uma vez que os recursos humanos e de infraestrutura ainda se concentram em áreas metropolitanas.

²³ Para posicionar o leitor quanto ao momento da entrevista e o contexto de saúde pública no Brasil em decorrência dos agravos da pandemia de COVID 19, ressalta-se que: em janeiro de 2021, ou seja, seis meses após esta entrevista, foi decretada emergência no Amazonas em virtude do desabastecimento de oxigênio. Neste momento, com elevado número de mortes e superlotação dos hospitais, foi necessária a transferência de pacientes para outros estados. O que ficou evidente no momento do ocorrido, foi a assimetria informacional entre a Secretaria de Saúde do Amazonas e o Ministério da Saúde, o que, no momento da elaboração desta tese encontra-se sob investigação formulada pelo Procurado Geral da República sob nº 4.862 em desfavor do ministro da Saúde a época.

A relação entre o mapeamento de processos e os indicadores de saúde é estabelecida pelo representante do Rio Grande do Sul ao afirmar “[...] a gente acaba mapeando os processos pelos próprios indicadores de saúde e determinantes dessa população”.

Ainda quanto aos indicadores e de acordo com a Resolução CIT nº 8 de 24 de novembro de 2016, o Rio Grande do Sul possui um site com a pactuação interfederativa de indicadores que são pactuados e ajustados anualmente. Os dados podem ser selecionados por macrorregião de saúde, coordenadorias regionais, região de saúde e municípios.

Como estratégias para aproximar os municípios do interior da gestão estadual, o gestor do Amazonas cita um plano de trabalho para que os municípios implementem as ações que estão ocorrendo na capital e a inclusão do secretário de saúde do interior, no entanto, não citou nenhuma ação mais ativa da secretaria estadual para disseminação de ações que fortaleçam o planejamento e monitoramento dos indicadores regionais e municipais:

[...] inclusive nessa própria semana agora nós estamos tentando organizar para que os municípios venham até aqui para que a gente possa fazer o mesmo trabalho que a gente está fazendo aqui na capital com os municípios para que eles levem a informação e dê o feedback tragam essa informação de atendimento, de como está sendo o atendimento em cada município [...] a gente tem o secretário de saúde que é só do interior, coordena só a parte do interior, ele tem uma preocupação muito grande com o interior de atendimento tanto da parte odontológica, da parte de transferência de pacientes para cá. Toda essa logística, todo esse trabalho é feito. Então é um trabalho bem difícil (EB3, 29/07/2020)

Assim, os dados reforçam o que foi apresentado na literatura e demonstra que o claro estabelecimento das estratégias e seu acompanhamento, favorece a cooperação, compartilhamento das informações, diminuição das incertezas e efeitos da complexidade do contexto da saúde através de uma gestão baseada em valores e com co-responsabilidade (COSTA-ALCARAZ, CALVO-RIGUAL SIURANA-APARISI, 2013; BURRIS, DRAHOS, SHEARING, 2005). Sobretudo no que se refere ao cumprimento dos indicadores interfederativos, o alinhamento das estratégias entre os subnacionais se apresenta como um grande desafio para a gestão estadual quanto ao acompanhamento das ações através dos instrumentos de controle e fortalecimento da *accountability* nas regiões de saúde e municípios. O que se observa no Rio Grande do Sul é a instrumentalização dos subnacionais com ferramentas de prestação de contas e até mesmo utilizando *Business Intelligence*, como é o caso do “Portal BI saúde”²⁴ que é o portal de acompanhamento de indicadores. Outro aspecto

²⁴ Desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação o Portal Bi Saúde (www.bipublico.saude.rs.gov.br) é uma ferramenta para os gestores acompanharem os resultados dos municípios quanto a pactuação interfederativa de indicadores. A atualização é feita semanalmente e recursos como filtros,

identificado através da análise dos dados é importância dos sistemas de informação para o acompanhamento das estratégias estabelecidas e pactuação e reformulação de indicadores ao longo do tempo. Esse resultado apresenta a perspectiva da governança compartilhada, na qual municípios, estado e União precisam ter seus sistemas de acompanhamento e gestão fortalecidos em prol do atingimento das metas nacionais de saúde. A seguir, apresenta-se os resultados e a discussão da dimensão da *accountability*.

4.1.3.2. *Accountability*

O aspecto *accountability* tem um papel preponderante quanto ao estabelecimento e cumprimento das estratégias como abordado no tópico anterior. Como parte dos instrumentos de governança, a *accountability* referente aos serviços públicos de saúde está prevista na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e se relaciona diretamente à diminuição das assimetrias informacionais, inibe comportamentos que prejudiquem o interesse público e conferem transparência à gestão.

Segundo Espinosa (2012), a *accountability* acrescenta elementos fundamentais para o fortalecimento da democracia, combate a corrupção, participação de atores governamentais e não-governamentais e isto favorece a obtenção de resultados satisfatórios nas políticas públicas conforme alinhado com os atores públicos e a sociedade.

Nas entrevistas, os gestores apresentaram os principais instrumentos de *accountability* e as dificuldades para cumprimento deste princípio legal com as respectivas medidas tomadas quanto ao não cumprimento das prestações de contas. No Ministério da Saúde, o gestor relata a importância da prestação de contas para acompanhamento das transferências feitas pela União para os subnacionais. Destaca ainda as medidas para o acerto de contas por não utilização do recurso ou para os casos de desvio de finalidade:

Cada instrumento tem um sistema de prestação de contas porque se eu estou fazendo uma transferência para um custeio ele tem que prestar contas de quantos atendimentos ele fez com aquele dinheiro, o que é que ele comprou o que é que ele não comprou, com o dinheiro da União, com o dinheiro dele já é outra história. E aí cada instrumento tem uma prestação de contas correspondente: convênio ele tem que prestar conta, a TED ele tem que prestar conta, tem um cronograma de prestação de contas, ele tem que observar de acordo com o instrumento que ele está operacionalizando há uma forma de prestação de contas [...] em a tomada de contas especial, como eu falei. Hoje

gráficos e vídeos explicativos auxiliam os gestores a obterem as informações necessárias aos seus indicadores de forma acessível auxiliando, assim, a tomada de decisão e estabelecimento das estratégias municipais e regionais para cumprimento dos indicadores interfederativos.

a tomada de contas especial é uma medida de exceção para recuperação dos recursos que não foram utilizados pelo ente ou foram utilizados de forma indevida pelo ente municipal ou estadual na política de saúde (EB1, 15/01/2020).

De acordo com informações do Departamento Nacional de Auditorias do SUS (DENASUS), foram realizadas de 2012 a 2019 as seguintes atividades de auditoria conforme Tabela 3.

Tabela 3- Relatório de Atividades realizadas pelo DENASUS de 2012 a 2019 nos estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul

Ano	AM	RS	Total Geral
	Auditoria		
2012	7	45	52
2013	15	57	72
2014	8	56	64
2015	7	38	45
2016	21	50	71
2017	8	44	52
2018	9	29	38
2019	4	12	16

Fonte: DENASUS (2021)

Ainda conforme o relatório, foram realizadas 8 fiscalizações, 14 verificações do TAS (Termo do Ajuste Sanitário) e 110 visitas técnicas de 2012 a 2018.

Quanto à tomada de contas especial, relatada pelo entrevistado do Ministério da Saúde, é parte do processo de fiscalização dos recursos repassados pelo Governo Federal e, segundo a Instrução Normativa - TCU nº 71, de 28 de novembro de 2012, é “um processo administrativo devidamente formalizado, com rito próprio, para apurar responsabilidade por ocorrência de dano à administração pública federal, com apuração de fatos, quantificação do dano, identificação dos responsáveis e obter o respectivo ressarcimento”. É uma medida extrema, logo, é necessário que se acompanhe o percurso do dinheiro público e o alinhamento entre as instituições responsáveis pela sua fiscalização e devida aplicação. Com relação a isto, o representante do Rio Grande do Sul ressalta a importância do Conselho Municipal de Saúde junto ao ente executor:

Então muito das dificuldades de prestação de contas dos municípios elas me parecem estar muito mais no âmbito das dificuldades mesmo de ser colocado do que

efetivamente de grandes problemas, exceto algumas coisas pontuais. Uma outra questão é essa relação, a prestação de contas é feita via conselho municipal e ainda temos muitos municípios que não tem uma relação, vamos dizer, de proximidade, de acompanhamento junto ao controle social. Então a gente tem alguns problemas. Quanto mais nova a política, quanto mais novo o sistema, mais dificuldades a gente tem. Então parece que tem uma relação também muito forte com o processo (EB3, 29/07/2020)

Em relatório sobre o papel do gestor municipal de saúde quanto às boas práticas de governança durante a crise de covid 19, o TCU afirma que as principais dúvidas dos gestores municipais são de caráter financeiro e orçamentário do que propriamente de saúde. Afirma ainda que as portarias do Ministério deixam dúvidas quanto à aplicação dos recursos e que as ações e leis orçamentárias nem sempre apresentam correlação (TCU, 2021).

Quanto à instrumentalização dos entes quanto a operacionalização dos recursos, o MS afirma que investe em recursos tecnológicos que possam auxiliar os gestores quanto a correta aplicação dos recursos:

[...] em consonância com essa questão da inovação e da facilidade que a gente tem que dar e da *accountability* e da transparência de uma forma mais fácil para o cidadão nós desenvolvemos um aplicativo chamado InvestSus e no InvestSus ele tem no celular como acessar as informações das transferências para o SUS. Então ele pode saber "chegou para o meu município tanto e eu posso verificar se esse dinheiro chegou realmente para o hospital, chegou um investimento que é para comprar isso, então será que comprou mesmo" até porque em um país como o nosso com dimensões continentais com 5570 municípios ou o cidadão exerce o controle social ou não tem auditoria estadual ou União que vá chegar dizer que aquele recurso foi efetivamente aplicado naquele lugar, no destino que ele deveria. Então nós temos sim essa preocupação com a transparência e dar a informação da forma mais fácil e acessível para o cidadão hoje (EB1, 15/01/2020).

O Rio Grande do Sul destacou o acompanhamento da Contadoria e Auditoria-Geral do Estado (CAGE) e do Tribunal de Contas do Estado quanto a fiscalização dos recursos do estado do RS aplicados na saúde:

Nós temos aqui um acompanhamento muito forte da nossa CAGE, que é a auditoria do estado que faz regularmente apontamentos inclusive de procedimentos novos, organizações processuais para melhorias nos processos. Então é o acompanhamento regular. Além dos órgãos de controle aqui no Rio Grande do Sul que são bastante rigorosos e fortes, os Tribunais de Contas são muito presentes aí na vida dos gaúchos (EB2, 27/05/2020).

Observa-se então, a importância dos órgãos externos de controle na fiscalização do dinheiro público sobretudo através das auditorias. No entanto, a partir de um viés mais educativo, os entrevistados afirmam que o objetivo principal não é punir o ente quanto aos erros encontrados nas prestações de contas, e sim, criar condições para que este erro não ocorra.

O Amazonas, que a falta de registro no local onde o serviço é executado é a principal dificuldade para que o Ministério da Saúde “visualize” o estado do Amazonas. O relato do gestor indica que tais dificuldades vão desde a falta de internet nos municípios mais distantes quanto à qualificação de recursos humanos. Isto impacta também em outro elemento da governança que será discutido posteriormente: a transparência. Quanto às dificuldades na prestação de contas o gestor afirma:

Na verdade, a falta de informação lá na unidade de registro de informação na unidade básica provoca lá na frente, a gente não consegue ver em que o recurso está sendo gasto, que está sendo gasto a gente sabe que está porque falta recurso para ser aplicado, mas, o nível federal não consegue visualizar isso por falta de informação, falta de registro (EB3, 29/07/2020).

Então essa informação não chega no nível federal então eles não conseguem ver e o resultado disso (EB3, 29/07/2020).

Este ponto é tão sensível no estado que reflete diretamente no poder de barganha do gestor municipal para conseguir mais recursos para o estado. A dificuldade em prestar contas impacta diretamente na execução dos serviços e desencadeia uma rede de problemas que vão desde a tomada de contas especial até o bloqueio de determinados recursos:

[...] as coisas estão sendo trabalhadas para que essa informação consiga ser registrada e o Governo Federal consiga ver o que a gente realmente, o quanto custa o estado do Amazonas. Se a gente conseguir registrar tudo o que acontece em cada unidade de saúde do estado do Amazonas você vai ver que o estado do Amazonas vai ultrapassar teto. Essa adequação que está sendo feita, que já começou a ser feita vai ter uma repercussão grande no aumento do teto financeiro do estado, de produção e talvez com isso a gente consiga barganhar alguma coisa junto ao Governo Federal (EB3, 29/07/2020).

Diante disso, se reitera a importância dos sistemas de informação de que tratam as resoluções CIT discutidas na categoria *cooperação*, pois, elas auxiliam o nível federal a “enxergar” melhor os municípios para que se pactuem os indicadores interfederativos e se estabeleçam estratégias nacionais que consideram as especificidades de cada região.

Quanto às auditorias, o RDQA (Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior) é um instrumento de acompanhamento das ações dos Planos Estaduais de Saúde e é apresentado na câmara legislativa de quatro em quatro meses (fevereiro, maio e setembro). O objetivo é avaliar as ações previstas no Plano Estadual de Saúde e propor mudanças para que os objetivos e indicadores estabelecidos nos planos sejam cumpridos. Neste instrumento são apresentados os relatórios dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas e a oferta de serviços comparando-os aos indicadores de saúde do estado. É uma estratégia de monitoramento dos subnacionais quanto ao cumprimento das pactuações interfederativas, assim como, para dar

transparência às ações dos entes. Está previsto na Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012) que dispõe:

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

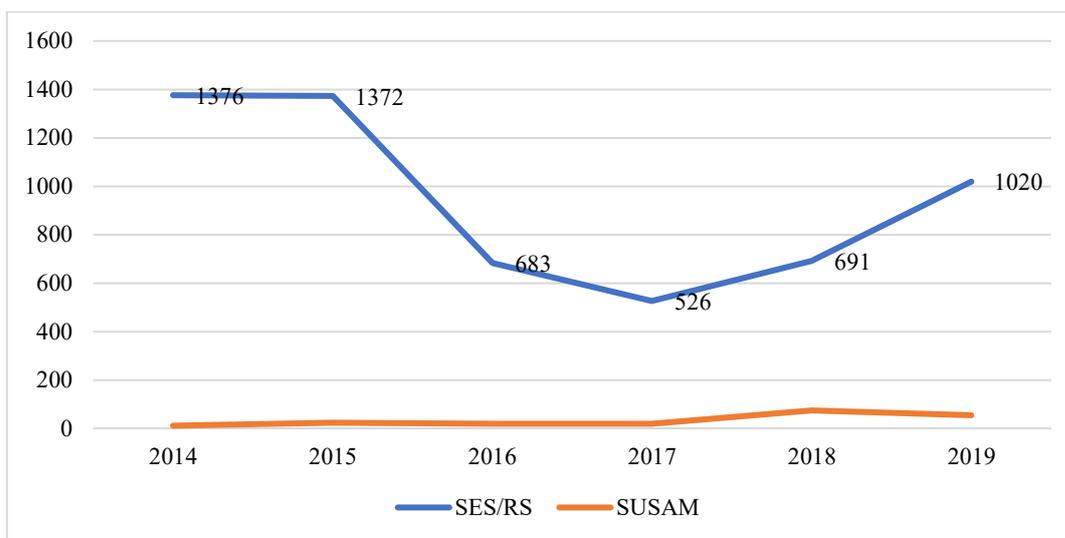
II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Embora o RDQA tenha a mesma estrutura de apresentação em todos os estados, o que se observou foi uma grande diferença dentro do item “auditorias” no RS e no AM. Os relatórios do RS apresentam um grau de detalhamento maior e uma fiscalização mais ativa quanto ao cumprimento dos contratos dos entes públicos e privados. A título de exemplo, no terceiro quadrimestre de 2019 foram realizadas 349 auditorias referente à bloqueio no RS contra 7 visitas técnicas e 9 auditorias para prorrogação de contrato no mesmo período no Amazonas. Sendo o RDQA um elemento de fiscalização quanto ao cumprimento das estratégias estabelecidas no PES, cabe ao ente estadual acompanhar o cumprimento dos acordos através do monitoramento dos gastos e realização de fiscalizações.

A função da auditoria é avaliar a qualidade dos serviços prestados no SUS e verificar aspectos específicos sobre o atendimento que estão acordados tanto nos contratos quanto nas pactuações. É também uma ferramenta muito importante para subsidiar a tomada de decisão dos gestores. A partir das informações do RDQA do Amazonas e do Rio Grande do Sul o Gráfico 5 apresenta as auditorias realizadas nas secretarias de saúde de 2014 a 2019.

Gráfico 5- Auditorias realizadas pelas secretarias estaduais de saúde do Amazonas e do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2019



Fonte: Elaborado a partir dos dados dos RDQA da SES/RS e SUSAM (2021).

Sob a terceira perspectiva da relação principal x agente (cidadão-Estado) descrita por Przeworski (2003), a *accountability* pode ser observada sob o aspecto do controle social. Este controle pode ser exercido diretamente pelos cidadãos, através das demandas levadas às ouvidorias, ou através dos órgãos de controle social, como os conselhos e conferências de Saúde.

A Constituição Federal de 1988 prevê que a sociedade participe da gestão do sistema de saúde. Em seu art. nº 188 afirma:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

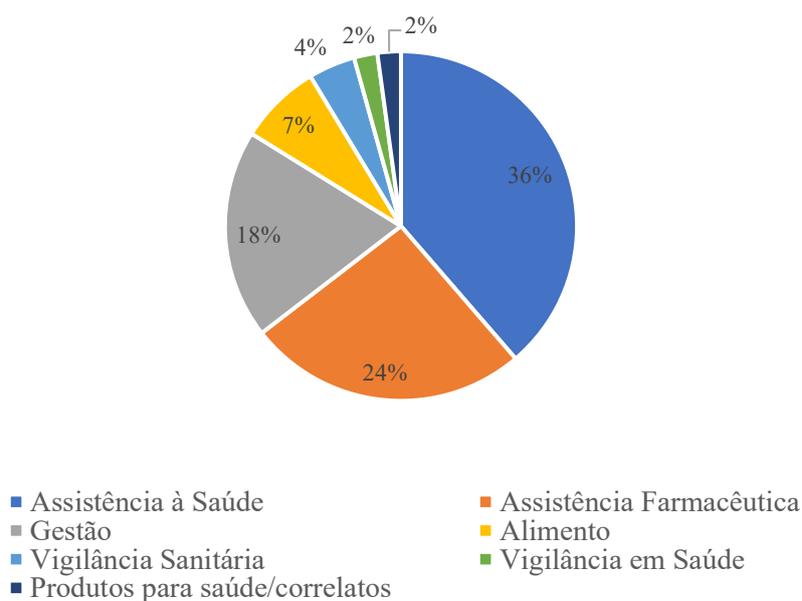
- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade

A rede de ouvidoria do SUS faz parte da DINTEG (Diretoria de Integridade) do Ministério da Saúde e é um instrumento importante do controle social. Suas principais funções são receber reclamações, sugestões, denúncias, elogios e outras manifestações do cidadão quanto aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. É um instrumento que visa a garantia de direitos. Através da Rede de Ouvidorias do SUS a administração pública federal recebe e examina as manifestações dos cidadãos a fim de identificar como o serviço está sendo oferecido ao “principal” das políticas públicas: o cidadão.

No Brasil, segundo o Relatório Anual de Gestão 2019, 1976 ouvidorias do SUS implementadas. Os assuntos mais demandados, com 70,1% das manifestações são: gestão, assistência à saúde e assistência farmacêutica. No que se refere aos assuntos demandados, os estados seguem a mesma tendência, sobretudo às demandas relacionadas às consultas especializadas.

No Rio Grande do Sul, a título de exemplo, no terceiro quadrimestre de 2019, as principais demandas das ouvidorias se referem à Atenção à Saúde conforme Gráfico 6 abaixo:

Gráfico 6- Demanda por Assunto ouvidoria do SUS/SES/RS, 3º quadrimestre de 2019



Fonte: SES/RS (2020).

A dificuldade de acesso aos serviços especializados apresenta o maior percentual de reclamações nas auditorias: no campo assistência à saúde, 70% estão relacionadas ao acesso às consultas especializadas de oncologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e obstetrícia (SES, 2020). Quanto às ouvidorias do SUS implantadas, o estado possui 24 ouvidorias e 221 municípios como ponto de resposta.

O Sistema Estadual de Auditoria SEA/SUS/AM foi criado pelo Decreto Estadual nº 18.879, de 02 de julho de 1998 e integra o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde; utiliza o sistema de informação nacional denominado SNA, onde são incluídas todas as programações e relatórios, integrantes do processo de trabalho. De acordo com o relatório de gestão 2019, existem 34 unidades estaduais de saúde com serviços de ouvidoria implantados,

no entanto, nos relatórios quadrimestrais da SUSAM, não foi possível identificar à que se referem as demandas destas ouvidorias e onde estão implantadas.

Ainda quanto as ouvidorias, o entrevistado do Amazonas afirma que dentro das reformulações que estavam sendo feitas na secretaria de saúde, no período em que a entrevista foi concedida, está incluído o fortalecimento das ouvidorias e, segundo ele:

Todas essas movimentações elas estão acontecendo de um tempo para cá, acho que desde o ano passado, em meados do ano passado já vem essa movimentação aí, com o estudo do Plano Estadual de Saúde, então esse movimento todo já vem acontecendo não é agora o fortalecimento da ouvidoria já foi colocado no estudo do Plano Estadual De Saúde, na programação, tudo, já foi inserido (EB3, 29/07/2020)

Todos os entrevistados confirmam a importância da *accountability* e destacaram como as principais instâncias de controle tanto as internas (auditorias) quanto as externas (ouvidorias). As comissões intergestores e os conselhos de saúde também representam instâncias de *accountability*, participando das etapas de planejamento, avaliação e fiscalização das ações do estado. Estas instâncias compõem, segundo a literatura, importantes instrumentos de fortalecimento da democracia efetivação da saúde como um direito, pois parametrizam as regras para que os gestores tomem decisão e contribuem para os resultados da ação do Estado (BRINKERHOFF, 2004; ABRUCIO, LOUREIRO, 2005 ROCHA, 2010; ROCHA, 2013).

Portanto, para que a *accountability* cumpra a finalidade de auferir a efetividade da prestação dos serviços e correta aplicação dos recursos, em um sistema de saúde tão abrangente e complexo como o SUS, com seus distintos atores, são necessários instrumentos de transparência que permitam ao gestor e ao cidadão obter informações com transparência e tempestividade. Sobretudo em um momento político tão sensível como o atual, esta é a oportunidade para aproximar o cidadão das dinâmicas em torno da formulação e acompanhamento das políticas públicas reforçando o seu papel de “principal” e dando legitimidade às ações do Estado em prol do bem público.

4.1.3.3. Transparência

Na categoria transparência os entrevistados discorreram sobre os principais canais de comunicação com os cidadãos e como a transparência pode impactar em outros setores da saúde dentro do SUS. Prevista na Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso à informação previsto na Constituição Federal de 1988, a transparência vai muito além da disponibilidade de dados, pois, exige clareza das informações prestadas através de interfaces acessíveis a todos, incluindo conteúdo para pessoas com deficiência.

Os resultados desta pesquisa apontam a importância de uma outra perspectiva, também descrita por Nygren-Grug (2019): a sobreposição do interesse privado sobre o interesse público. Nesta perspectiva, a falta de transparência facilita a captura da agenda pública pelos entes privados, uma vez que ocultar as informações que deveriam ser públicas, impossibilita o esforço da sociedade para promover a responsabilidade destas parcerias público-privadas. Por conseguinte, a transparência é um importante instrumento de responsabilização dos governantes independentemente se este é o prestador direto ou não do serviço, respondendo pela ação e também nos casos de omissão (LOUREIRO, TEIXEIRA, PRADO, 2008; BUTA, TEIXEIRA, 2020).

Dentre os principais instrumentos de transparência destacados nas entrevistas estão os sites do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde e os sites das secretarias estaduais de saúde. Quanto aos mecanismos de transparência o gestor do Ministério da Saúde afirma:

[...] é uma diretriz da nossa direção hoje, do Fundo Nacional de Saúde, nós temos um portal onde todas as transferências para o Sus, todos os instrumentos são publicados diariamente então o secretário dele pode ter acesso, ele entra na página do FNS e ele tem acesso a toda e qualquer transferência feita por município, por estado, por transferência, por tipo de transferência, tipo de instrumento, por instrumento e tudo ele tem acesso a isso (EB1, 15/01/2020).

De acordo com o objetivo 11 do Plano Nacional de Saúde “fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã” (PES, 2019, p. 83), perpassa pela instrumentalização da gestão tanto no campo dos processos e instrumentos quanto na disponibilização de informações que auxiliem na tomada de decisão. No entanto, nos níveis mais próximos dos cidadãos se observa uma fragilidade destes instrumentos de transparência. De acordo com os relatórios de gestão do Amazonas, em 2019, o estado conta com apenas com 34 unidades do estado com serviço de auditoria.

No entanto, nas entrevistas, os gestores do nível estadual afirmam que o portal da transparência, tanto do estado quanto da secretaria, são os principais instrumentos de comunicação com a população conforme relatos abaixo:

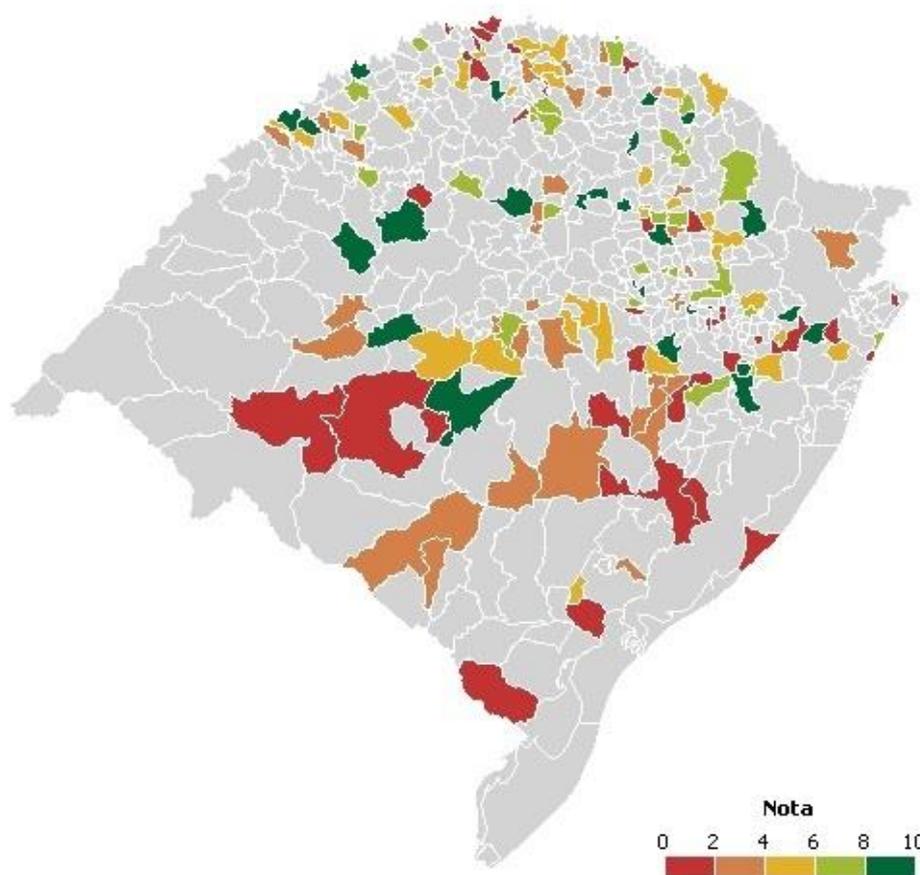
O próprio Portal da Transparência, tem o portal da SUSAM, Secretaria de Estado de Saúde e tem o Portal da Transparência que é do Estado como um todo que você consegue visualizar todos os gastos do Estado, você tem no portal da SUSAM, a secretaria de estado (EB3, 29/07/2020).

No Site do Estado a gente tem as informações da transparência, a gente inclusive agora teve que adaptar o site para as transparências Covid que foi uma exigência do Ministério, nos canais de comunicação do cidadão, que é tudo um pouco junto: canais

de comunicação, ouvidorias, a gente tem os questionamentos abertos via LAI (Lei de Acesso à Informação), as quais a gente tem equipes dentro da secretaria para esta finalidade, uma por departamento como referência para respostas das LAIS (EB2, 27/05/2020)

A transparência é um importante instrumento para efetivação da democracia e do controle social. É também uma das chaves para a governança em saúde que, junto com a participação e a *accountability*, permitindo o engajamento dos cidadãos, no entanto, órgãos externos desempenham o importante papel de regulação, como ocorre com a CGU (Corregedoria Geral da União). Dentro das suas competências estabelecidas dentro da Lei da Transparência, a CGU desenvolveu a Escala Brasil Transparente (EBT) que visa avaliar o grau de cumprimento de dispositivos de transparência de estados e municípios com base em doze princípios que vão desde aspectos da regulação do acesso até a existência de serviços de serviços de informação aos cidadãos. Na escala nacional o Rio Grande do Sul encontra-se na nona posição e o Amazonas na vigésima terceira posição. Segue na Figura 26 o panorama da transparência no Rio Grande do Sul.

Figura 26- Panorama dos governos municipais do Rio Grande do Sul quanto a Escala Brasil Transparente

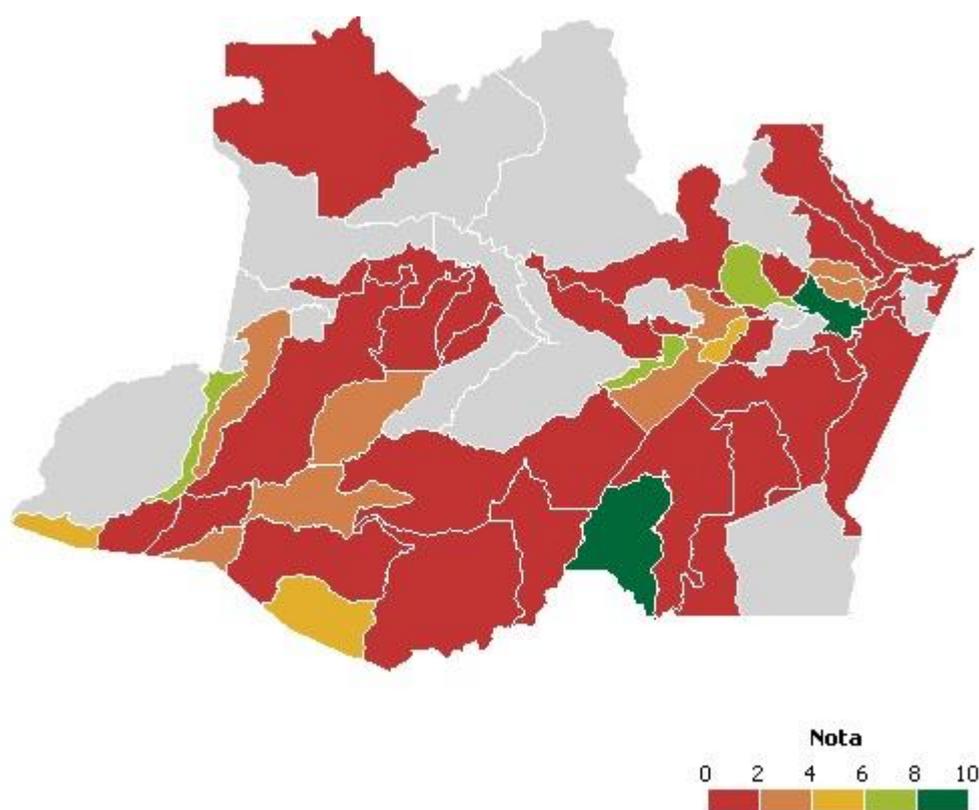


Fonte: CGU (2021)

Dos municípios selecionados para a amostra, apenas vinte oito municípios apresentaram nota maior que 8 e pelo menos 16 não pontuaram em nenhum quesito. O que chama atenção é a grande variação de condições dos municípios quanto aos quesitos estipulados pela CGU para auferir a disponibilidade de dados com base na Lei da Transparência.

Dentre os selecionados do Amazonas apenas 2 municípios apresentaram nota maior que 8, Humaitá e Itacoatiara. Diferentemente do Rio Grande do Sul, no Amazonas a maior parte dos municípios tem nota inferior a 6, conforme mostra a Figura 27.

Figura 27- Panorama dos governos municipais do Amazonas quanto a Escala Brasil Transparente



Fonte: CGU (2021)

Estes dados confirmam as evidências apresentadas anteriormente. Embora haja legislação específica para aplicação dos princípios da transparência, o mesmo não é suficiente para que se efetive no nível local. Algumas ações do Ministério da Saúde foram apresentadas pelo entrevistado e mostra a importância do papel da União tanto na disseminação da cultura da transparência quanto ao treinamento de agentes públicos quanto à prática da transparência prevista no art. 41 da Lei 12527/2011:

[...] é mais uma transparência ativa que é a questão de ele disponibilizar as informações no site, mas, existem outras instâncias que são a ouvidoria do Ministério

da Saúde, tem o Fale com o FNS pelo telefone para reclamar e dizer o que não foi pago, o que foi pago, o que não foi aplicado, ou isso ou aquilo. No próprio site tem uma forma de entrar em contato e passar as informações. Nos aplicativos agora a gente está desenvolvendo esses meios da gente recebe, não está ainda no ar, até onde quando eu saí não estava, um canal de receber direto do cidadão um canal direto, mas, temos sim. E temos também o atendimento presencial, se você for a Brasília no andar do Fundo Nacional de Saúde tem pessoas lá no horário de expediente inteiro à sua disposição para tirar qualquer dúvida sobre financiamento de Saúde no SUS. (EB1, 15/01/2020).

Outra forma de dar transparência às ações da secretaria de saúde e que também é prevista em lei, é a apresentação ao legislativo estadual os relatórios de gestão, conforme afirma o entrevistado:

A gente faz a apresentação pública em audiência pública junto à assembleia (legislativa) esse é um dos mecanismos que é feito regularmente nos relatórios de gestão é exibido um relatório final, ali evidentemente na página se vê todos os contratos, todas as aplicações de recursos estarem disponibilizadas na página da transparência do Estado. Mas a gente faz essa apresentação regular, tanto no Conselho Estadual como em audiência aberta da Assembleia Legislativa (EB2, 27/05/2020).

A pesquisa mostrou a estreita relação entre *accountability* e transparência e que são elementos interdependentes e fatores-chave para que se opere harmonicamente os mecanismos de governança. Outro ponto que ficou claro nestes resultados do caso brasileiro é a falta de alinhamento entre as ações do poder central e dos subnacionais, uma vez que a Lei de Transparência prevê o papel de orquestrador do sistema para o Governo Federal, ainda assim, as ações tomadas por ele não têm tido engajamento nos municípios como revelam os relatórios de gestão e os indicadores do CGU.

4.2. Espanha: Estado das autonomias e governança

4.2.1. Campo de estudo: País Vasco e Andalucia

A Espanha, localizada na Península Ibérica, corresponde a uma das principais economias da Europa. Com população de 47,3 milhões de habitantes distribuídos em uma área de 505.990 km², o país possui 17 Comunidades Autônomas nas quais se articula o sistema político espanhol e 50 províncias (INE, 2021)²⁵. Com uma das maiores expectativas de vida do continente europeu, 83 anos, 19% da população espanhola tem mais de 65 anos. O país também apresenta um grande fluxo migratório com 11,34% de população estrangeira residente (INE, 2020). Tais peculiaridades conferem grandes desafios para o sistema de saúde espanhol, que vão desde o

²⁵ INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Cifras de población / Últimos datos

financiamento até o perfil de atendimentos da população, agravados pelas sucessivas crises (econômica e sanitária) dos últimos 10 anos.

A comunidade autónoma do País Vasco, está localizada na região norte da Espanha, é a sétima CCAA em população com 2.220.505 habitantes em um território de 20.664 km², com 253 municípios, conforme mostra o destaque na Figura 28 (INE, 2020). Possui o segundo maior PIB per capita da Espanha, 34.142 euros, 29,6% superior à média nacional. Considerando a evolução demográfica e as instalações de serviços de saúde no território vasco, a ordem de 20 de abril de 2018 estabelece as seguintes áreas de saúde: Araba/Álava, Bizkaia, e Gipuzkoa. Cada área é subdividida em zonas de saúde fracionadas em distritos e uma organização menor chamada de seções de saúde (PAÍS VASCO, 2018).

Figura 28- Mapa da Espanha com destaque para as CCAA País Vasco e Andalucía



Fonte: Elaborado a partir de INE (2020)

O sistema de saúde vasco é constituído por duas grandes organizações: o Departamento de Saúde e Osakidetza²⁶ que é o serviço de saúde vasco e se constitui de um ente público de

²⁶ Criado pela Lei 10/1983, de 19 de maio, Osakidetza é um órgão autónomo do Governo do País Vasco responsável pela provisão de serviços de saúde mediante organizações públicas (PAÍS VASCO, 1983), enquanto o Departamento de Saúde exerce as funções de planeamento, financiamento e regulação de todos os aspectos relacionados às políticas de saúde vascas

direito privado que tem capacidade de prover os serviços sanitários mediante organizações vinculadas a ela (EUSKADI, 2020).

O território da Comunidade Autónoma do País Vasco, as áreas de saúde são compostas por 13 organizações sanitárias integradas conforme Figura 29 e contam com 13 hospitais para agudos, 153 centros de saúde e 160 consultórios

Figura 29- Mapa do sistema de saúde do País Vasco, organizações sanitárias e recursos hospitalares



Fonte: Departamento de Salud (2016)

A comunidade autónoma de Andalucía, está localizada no sul da Espanha e possui a maior população do país com 8.464.411 habitantes em um território de 87.268 km² e 774 municípios (INE, 2020). A comunidade está dividida em 8 províncias: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga e Sevilla. O PIB per capita de Andalucía é de 19.633 euros, o terceiro menor da Espanha e taxa de pobreza de 32%. Quanto aos indicadores de saúde, a expectativa de vida em Andalucía é de 81,4 anos e 17,16% da população tem mais de 65 anos (INE, 2020). Este perfil representa um desafio para o sistema de saúde de Andalucía com repercussão no financiamento da saúde, perfil dos gastos e estratégias de acesso.

O País Vasco apresenta uma das maiores esperanças de vida da Espanha, acima da média nacional, como mostra a Tabela 4. Outros indicadores também apresentam esta tendência como veremos a seguir.

Tabela 4- Esperança de vida ao nascer, média nacional, Andalucía e País Vasco, período 2012 a 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía (AN)	81,39	81,85	82,07	81,55	82,18	82,08	81,94
País Vasco (PV)	83,21	83,73	83,88	83,41	83,93	84	84,05
España (ES)	82,75	83,1	83,22	82,83	83,36	83,25	83,29

Fonte: INCLASNS (2021)

Quanto a taxa de mortalidade infantil como mostrado na Tabela 5 a tendência continua a mesma. Este indicador é um dos indicadores que compõem os objetivos do milênio.

Tabela 5- Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Andalucía (AN)	3,35	3,14	3,41	2,91	2,73	3,12	3,04
País Vasco (PV)	2,58	2,3	2,22	2,71	2,52	2,34	3,29
España (ES)	3,09	2,73	2,82	2,71	2,73	2,72	2,69

Fonte: INCLASNS (2021)

No aspecto intrarregional, a Figura 30 mostra dentro do território Vasco a mortalidade infantil no âmbito das províncias de Bizkaia, Gipuzkoa e Árabá/Álava. Além de apresentar o menor índice de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, o País Vasco não apresenta diferenças marcantes quanto a este índice na perspectiva regional.

Figura 30- Mortalidade infantil nas províncias do País Vasco, por 1000 nascidos vivos, 2019



Fonte: INCLASNS (2021)

Analisando o indicador de mortalidade infantil de Andalucía, conforme Figura 31, na perspectiva regional, se observa uma grande diferença entre as províncias. Granada e Huelva apresentam os maiores índices de mortalidade infantil ficando bem acima da média nacional.

Figura 31- Mortalidade infantil nas províncias Andalucía, por 1000 nascidos vivos, 2019



Fonte: INCLASNS (2021)

Outro fator que marca as diferenças inter-regionais na Espanha é o gasto com saúde, conforme apresentado na Tabela 6. Conforme dados da

Tabela 6- Gasto sanitário público consolidado segundo comunidade autónoma. Milhões de euros, percentagem sobre o PIB e euros por habitante 2014 e 2019 (continua)

Comunidade Autónoma	Milhões de Euros		Porcentagem sobre o PIB		Euro por habitante	
	2014	2019	2014	2019	2014	2019
Andalucía	8.737	10.658	6,3%	6,4%	1.042	1.262
Aragón	1.899	2.221	5,8%	5,8%	1.427	1.677
Asturias	1.517	1.798	7,3%	7,6%	1.433	1.763
Ilhas Baleares	1.332	1.767	5,1%	5,2%	1.194	1.475
Canarias	2.605	3.280	6,4%	7,0%	1,232	1.477
Cantabria	826	943	7%	6,6%	1.406	1.621
Castilla y León	3.164	3.991	6%	6,7%	1.268	1.661
Castilla - La Mancha	2.517	3.061	6,9%	7,1%	1.213	1.501
Cataluña	9.205	11.532	4,7%	4,9%	1.241	1.515
Comunidade Valeciana	5.924	7.386	6,1%	6,4%	1.195	1.477
Extremadura	1.588	1.788	9,4%	8,6%	1.448	1.682
Galicia	3.553	4.231	6,6%	6,6%	1.293	1.568

Tabela 6- Gasto sanitário público consolidado segundo comunidade autónoma. Milhões de euros, percentagem sobre o PIB e euros por habitante 2014 e 2019 (continuação)

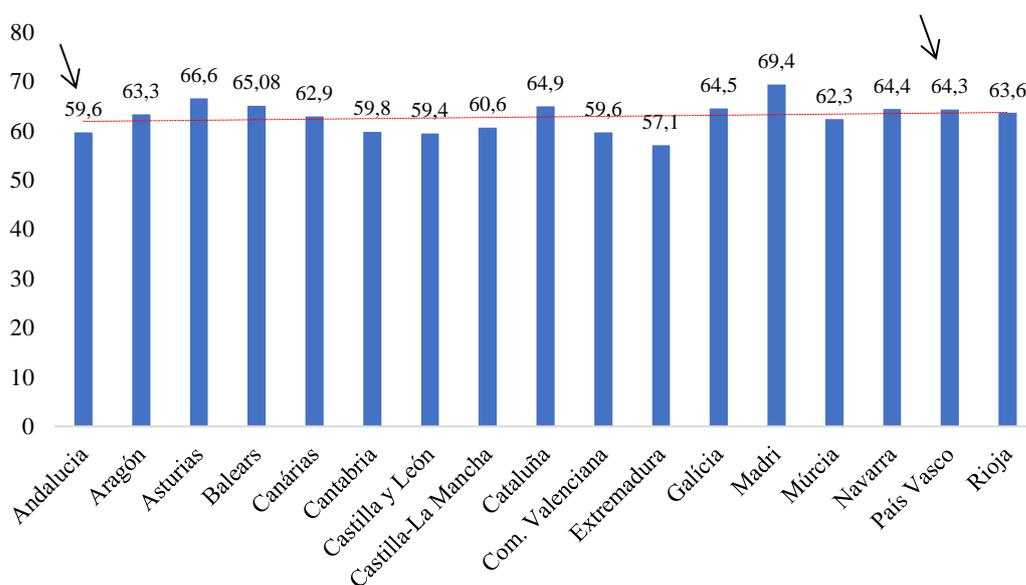
Comunidade Autónoma	Milhões de Euros		Porcentagem sobre o PIB		Euro por habitante	
	2014	2019	2014	2019	2014	2019
Madri	7.423	8.962	3,8%	3,7%	1.164	1.340
Região de Murcia	2.075	2.449	7,7%	7,6%	1.419	1.638
Navarra	914	1.106	5,2%	5,3%	1.435	1.694
País Vasco	3.430	4.087	5,4%	5,5%	1.582	1.873
Rioja	419	483	5,4%	5,4%	1.330	1.535
Ceuta*	—	—	—	—	—	—
Melilla*	—	—	—	—	—	—
Total Nacional	57.128	69.744	5,5%	5,6%	1.233	1.486

Fonte: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Informes, Estudios e Investigación 2017 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

*dados não disponíveis no Informe Anual 2016.

Quanto ao gasto com serviços especializados, a média nacional é de 63,1% do gasto consolidado do setor (INE, 2020). O Gráfico 7 mostra esta variação, com destaque para as comunidades autónomas deste estudo.

Gráfico 7- Gasto sanitário público em serviços hospitalares e especializados segundo comunidade autónoma. Percentual sobre o total de gastos, 2019



Fonte: MSCBS (2020)

O indicador de médicos por 1000 habitantes em Andalucia (1,47) segue a tendência dos outros indicadores apresentados anteriormente, estando aquém da taxa nacional. Enquanto o País Vasco conta 2,29, a quarta maior taxa das comunidades autônomas e acima da média da Espanha que é de 1,97. O gestor de Andalucia destaca as dificuldades quanto a fixação de profissionais de saúde sobretudo após a crise de 2012:

O maior problema que houve aqui foi durante a crise económica com uma redução no número de funcionarios. Que governavam era outro governo e outro partido, o partido socialista e em parte dessa crise o que ele fez foi baixar os profissionais de saúde. A Câmara de Contas certificou que, naquele último ano, no ano da crise dos últimos quatro anos anteriores, já foram perdidos mais de sete mil empregos no setor da saúde na Andalucia. Teve impacto direto na qualidade do serviço que estava sendo prestado ao cidadão porque ficou claro que se eu tenho menos trabalhadores, terei que acumular [...] tem uma urgência mais saturada, além daqueles que ficam, eles também têm um impacto indireto na crise porque o salário aumentou drasticamente dentro da comunidade (EE4, 23 /01/2021, tradução nossa).

Este indicador revela a desigualdade no território, mas, não deve ser analisado isoladamente conforme WHO (2006, p.10): “A igualdade perfeita não é factível, e em alguns casos nem é mesmo desejável”. Neste sentido, afirma que o estabelecimento de indicadores de médicos por habitantes deve considerar as condições epidemiológicas e socioeconômicas da região. Ainda assim, além de uma distribuição irregular dos profissionais de saúde, segundo a OMS, há um déficit real de profissionais de saúde não sendo possível a estimativa real dada a fragilidade das informações em muitos países.

O representante do MSCBS indicou o País Vasco para que se analisasse localmente os aspectos de governança por ser um bom exemplo na prestação de serviços primários. Isto confirmou a escolha inicial desta pesquisa feita inicialmente com base nos estudos e indicadores do SNS. Outros fatores foram apontados pelo entrevistado do MSCBS quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde:

- a) Falta de uma visão integrada sobre os determinantes sociais e, saber isto, auxiliará na implementação;
- b) “Brecha digital” por idade e por território, sobretudo na zona rural onde o serviço de internet é ineficiente;
- c) Sobre as competências nas comunidades autônomas a respeito da gestão das filas de espera, das consultas;
- d) Sobre intérpretes para facilitar o acesso de pessoas que não falam espanhol.

A seguir serão discutidos os principais códigos relacionados às relações de agência e governança no contexto dos serviços especializados de saúde na Espanha. Seguindo a sequência do caso Brasil, a apresentação dos resultados é composta pela análise de conteúdo das entrevistas que foram codificados e dos principais instrumentos normativos e de gestão e pactuação que tratam do tema (Planos de Saúde, resoluções do CISNS, relatórios do INE, INCLASS e EUSTAT).

4.2.2. Relações de agência e instrumentos de cooperação

As relações de agência são relações regidos por contratos e envolvem intrinsecamente uma relação de delegação de autoridade para tomada de decisão. Ao longo da análise desta dimensão no caso Espanha foi possível identificar que as posturas frente às contratações são distintas entre as comunidades autônomas e o MSCBS. Esses resultados permitiram reformular o desenho das relações de agência apresentado anteriormente, para inserir aspectos da governança utilizados pelos agentes para minimizar os custos de agência e disciplinar as relações entre principal e agente.

4.2.2.1. Conflitos

Os resultados permitem identificar que, assim como descrito no caso brasileiro, os conflitos mais citados foram com os entes privados. Embora na Espanha a colaboração-público privada esteja prevista na legislação e fique bem clara a importância deste setor na complementação dos serviços públicos, na criação e disseminação do conhecimento contribuindo desta forma para a equidade e universalidade do sistema de saúde, a divergência entre os objetivos de entes públicos e privados em algum momento vem à tona. Isto ocorre devido a própria natureza dos particulares que buscam a maximização do lucro, resultando em conflito com o interesse público, conforme apontado na literatura (MENEU, URBANOS, 2018; ARRONDO, 2020; SANCHES-MARTINEZ, ABELLÁN-PERPIÑANA, OLIVA-MORENO, 2014). Os entrevistados destacaram a importância dos concertos público-privados nos serviços em que o ente público não pode prestar diretamente, seja pela carência ou ausência de determinado serviço, seja pela necessidade de cobrir todo o território diminuindo os vazios assistenciais, como afirma o entrevistado de Andalucia:

Temos um bom relacionamento com os agentes privados porque são complementares na parte que precisamos e que não podemos cobrir hoje, talvez amanhã haja uma parte da prova diagnóstica que já possamos cobrir. (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

A análise dos resultados também destaca as principais parcerias público-privada existentes: em pesquisa e em gestão dos serviços de saúde. Em pesquisa, a colaboração entre

universidades e centros de pesquisa permite o desenvolvimento de novas tecnologias e é fator chave para o processo de inovação. Na gestão de serviços de saúde, permite ao ente público prestar alcançar locais mais distantes e cobrir uma série de serviços que não estão disponíveis na sua carteira de serviços. Os principais atores citados nas entrevistas dos gestores da Espanha que remontam às falas sobre cooperação foram: empresas privadas, faculdades, associações de pacientes, ONGs ciganas, agência de qualidade do País Vasco (Euskalit), Tribunal de Contas Vasco, no entanto, o maior número de referências foi relacionado ao Consejo Interterritorial do Sistema Nacional de Salud.

Contudo, embora os entrevistados tenham destacado a importância da participação privada e declarado que são poucos os conflitos envolvendo estes atores, o entrevistado do País Vasco suscita uma questão fundamental, também destacada na literatura que são os cuidados com formulação contratos como forma de evitar o oportunismo do agente (JENSEN, MECKLING, 1976; MELO, 1996; OLIVEIRA, FONTES FILHO, 2017).

O entrevistado aponta duas formas de diminuir os riscos nas contratações: antes da contratação do serviço, através da verificação das condições do agente para prestar o serviço e, posteriormente a assinatura do contrato, através do controle. Quanto a primeira forma, o gestor aponta o que ele chama de “filtros”. Nestes “filtros” antes da contratação ser efetivada, esta passa por diversos órgãos, isso garante a fiabilidade do contrato e, de certa forma, inibe más condutas do agente, pois, como destacado por Przeworski (2003), os custos de monitoramento são altos e podem ser minorados através da formulação de contratos adequados e a triagem. E isto é apresentado na fala do gestor do País Vasco:

Nós em Euskadi temos um sistema de contratação, temos que ir desde o departamento que é o departamento que contrata o setor privado, dois filtros que é a junta administrativa de contratação e depois o escritório de controle econômico (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

O segundo ponto de conflito relacionados aos entes privados é quanto à contratação de serviços mesmo quanto tais agentes não atendem aos requisitos expressos nos regulamentos. Eisenhardt (2015) chama este comportamento de **seleção adversa** que se refere a baixa capacidade do agente. A autora afirma que “a seleção adversa surge porque não é possível que o principal verifique completamente essas competências ou habilidades ou no momento da contratação ou quando o agente está trabalhando” (EISENHARDT, 2015, p.10). É um problema de agência também relacionado ao contrato e, no caso concreto do País Vasco, é solucionado através do estabelecimento de regras claras e fiscalizações realizadas antes da assinatura do contrato. Quanto a seleção adversa o gestor do País Vasco afirma:

Lo demás hemos tenido algún conflicto cuando hemos sacado a concurso pues, por ejemplo, la provisión de un determinado servicio en un área geográfica muy concreta porque agentes privados que no tiene un hospital y no tienen una estructura deseada has sentido excluidos porque nosotros necesitamos servicio para ese día concreto (EE3, 29 /01/ 2020, tradução nossa)

O fenômeno da judicialização da saúde também foi citado pelo gestor do País Vasco. Ao ter seu interesse frustrado, os particulares procuram os tribunais para manter-se prestando os serviços. Esta forma de lidar com as limitações impostas pelas regras transcende a relação principal-agente. Na literatura, não foram identificados estudos que tratem deste tema, no entanto, é algo bem recorrente no caso brasileiro e no espanhol que descreve a motivação da judicialização:

Quando fazemos uma oferta em um setor como as ambulâncias, onde há uma competição muito grande entre os diferentes agentes privados, quase sempre temos recursos (tribunais) porque eles os usam como uma arma. A empresa que fica contratada, quando lançamos um novo concurso para ver se segue ou outra entra para fazer parte do concurso, utiliza os recursos e o conflito administrativo para ficar mais tempo (EE3, 29/01/2020, tradução nossa)

Logo, o contrato em si não é um problema segundo o gestor, mas, o acesso por parte do agente a instrumentos que permitam recorrer para manter-se atuando mesmo com o fim do contrato “O problema não está nos nossos mecanismos de contratação e é na competição do setor que faz do recurso mais uma ferramenta para gastar mais tempo com o contrato” (EE3, 29/01/2020).

Quanto aos conflitos com entes públicos, o MSCBS cita a complexidade do sistema de saúde e suas distintas estruturas e configurações das CCAAs, no entanto, destaca o papel do Ministério na diminuição destes conflitos através de seu papel de orquestrador do sistema. Quem desempenha este papel de coordenador do sistema e articulador das estratégias nacionais é o *Consejo Interterritorial* que foi muito citado pelos entrevistados e será apresentado no tópico 4.2.2.3.

Quanto a dimensão conflito, Andalucía afirma ter poucos conflitos com entes privados ao afirmar que “Nosotros tenemos una relación buena con los agentes privados porque son complementarios en la parte que nosotros necesitamos y que no podemos cubrir” (Entrevista Departamento de Salud y Familias Andalucía, 23 de janeiro de 2020). Como medida para diminuir os riscos nas contratações o Departamento investe em mesas de trabalho para avaliar a prestação do serviço conforme assinala:

O que fazemos é criar mesas que avaliam os contratos que temos a nível de agente privado para cumprimento das melhores condições. [...]. Em cada um dos nossos contratos existe uma mesas de acompanhamento das condições para que sejam cumpridas. Há uma avaliação contínua dentro desta mesa de trabalho que quando há

uma designação ou há algo para corrigir da nossa parte neste tema de saúde ou por parte daquela empresa é corrigido na hora porque há uma reunião contínua onde eles avaliam como vai ocorrendo (EE4, 23/01/2020, tradução nossa).

Dentro de contexto, a *Comisión sobre Ingresos Económicos des SSPA* exerce as seguintes funções quanto de acordo com o Decreto 16/2016, de 19 de janeiro (ANDALUCIA, 2016):

- a) Definir a estratégia da organização em relação ao objetivo de maior eficiência nas receitas provenientes da saúde.
- b) Promover o desenvolvimento de ferramentas e instrumentos na SSPA que permitam a identificação do financiamento dos serviços prestados aos pacientes que vão aos serviços públicos de saúde, com a identificação de terceiros obrigados a pagar.
- c) Promover treinamentos que envolvam todos os profissionais que participam do processo.
- d) Promover que nos diferentes contratos de gestão com os serviços de assistência da SSPA ligados a incentivos sejam incorporados objetivos específicos relacionados com receitas.
- e) Avaliar o cumprimento dos objetivos em relação aos rendimentos provenientes da frequência dos centros da SSPA.
- f) Aprovar, sob proposta da Unidade, os protocolos de comunicação, transmissão de informação e formas de divulgação de informação no domínio das receitas de atendimento. (tradução nossa)

Os conflitos, conforme relatado pelos entrevistados, podem ser minorados através dos contratos, sobretudo quando se trata de contratações com agentes privados. Foram identificados poucos problemas relacionados a conflitos entre entes públicos, no entanto, isso não significa que não existam. Embora exista um grau de autonomia financeira e de gestão, os serviços de saúde são financiados por impostos gerais transferidos pelo Estado. No entanto, uma matéria de debate são os distintos sistemas de financiamento: regime foral e regime comum que acende debates sobre a política fiscal da Espanha (URBANOS-GARRIDO, R. PUING-JUNOY, 2014).

Os entrevistados apresentaram três perspectivas diferente sobre o financiamento: MSCB – a estratégia de financiamento se faz onde há maior necessidade sobretudo quando se trata dos fundos europeus de recuperação pelo COVID 19; País Vasco ressalta a eficiência de seu sistema fiscal e Andalusia afirma que embora o sistema de descentralização seja eficiente o financiamento não acompanha as mudanças demográficas da comunidade e a necessidade da carteira de serviços:

Acreditamos que a descentralização é um método importante de acesso do cidadão e acreditamos que é como deve ser. O sistema como está desenhado agora na comunidade autônoma é bom, mas tem um problema de financiamento [...]. Temos três anos quatro anos aguardando essa renovação e aqui é especialmente prejudicial porque a população aumentou. Somos uma comunidade autônoma com uma extensão territorial muito importante e tudo isso na hora de prestar o serviço é que você tem que levar em conta, agora mesmo na comunidade como Galapagar, como a Galiza, o País Vasco, nosso território está muito concentrado nessa comunidade autônoma como Andalusia, Castilla de la Mancha, Castilla y León, onde há importante dispersão

geográfica, a dispersão de pessoas também afetou os serviços que estão sendo prestados (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

O financiamento assim, se apresenta como elemento de discussões entre as CCAA e o Governo. A ampliação do papel das CCAA na provisão de serviços públicos através do aumento da capacidade de planejamento e financiamento, têm entrado em conflito com a redução dos gastos em saúde (BERNAL-DELGADO *et al*, 2018). De acordo com Bandrés, Gonzáles (2015) é sentido de formas diferentes pelas CCAA, como confirmado por esta pesquisa através dos indicadores e da fala dos entrevistados: em virtude do maior déficit, Andalucia na lista das CCAA que precisaram fazer mais ajustes nas políticas salariais e manejo nos indicadores t e País Vasco entre as CCAA com menor impacto.

As negociações sobre a revisão do sistema de financiamento apresentam pontos controversos tanto na perspectiva CCAA- Estado quanto entre as CCAA e esbarra em questões como eliminação de status quo (sistema foral) reestruturação da dívida que acarreta até mesmo em risco moral para o Estado (BORRAS, 2019). Por fim, os conflitos no âmbito do sistema de saúde da Espanha incorrem em risco, e muitos deles, não são passíveis de cálculo na moeda corrente do país porque envolvem questões muito mais profundas no aspecto social e histórico.

4.2.2.2. Custos de agência

A categoria custos de agência apresentada nesta seção no contexto do caso espanhol e confirma o que diz a literatura a respeito da dificuldade de identificá-los e, quando identificados, apresentam altos custos em virtude da atividade que se delega. Os dados deste caso também se diferenciam dos demais porque, em sua maioria, focam mais nas estratégias para evitar estes custos do que na sua quantificação.

O monitoramento e os vínculos são formas de solucionar os problemas de agência presentes nas relações com entes externos, privados, e de dentro do próprio SNS. No contexto espanhol, observa-se que os vínculos podem ser melhor desenvolvidos através da cooperação e da intersectorialidade, conforme afirma o entrevistado de Andalucia:

Existe uma colaboração entre as diferentes comissões existentes. Existem comissões em diferentes níveis, comissão de saúde pública, comissão de consumidor, tudo o que essa comissão de farmácia. Logo se leva a uma comissão onde todos são representados, todos como conselheiros e onde se tratam todos estes e também os assuntos que estão sendo tratados nessas comissões (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

Participar da construção de estratégias e elaboração de objetivos que afetam as partes interessadas mesmo que não diretamente, é uma forma de gerar confiança e estabelecer vínculos (BARNEY, HESTELY, 2014; CANITEZ EL AL, 2019). Os dados mostram que as mesas de

trabalho do MSCBS atuam neste sentido ao receber as demandas das CCAA. Esta relação repercute positivamente no sistema de saúde como um todo, quando ele afirma que “existe uma boa coordenação técnica que está alinhada com as prioridades que existem e existe um bom trabalho de todos os grupos técnicos e depois, a nível mais político, penso que existe uma boa coordenação” (EE1, 15/01/2021, tradução nossa). Assim como no modelo brasileiro a coordenação do governo Central é bem marcante.

Ainda que as CCAA tenham maior autonomia administrativa e financeira, o papel exercido pelo Governo como organizador do SNS é exercido a partir destes espaços de coordenação técnica e política como confirma o entrevistado de Andalucia

e logo se leva ao Conselho Interterritorial, que são: o conselheiro, o Ministro ou a Ministra e eles tratam de todos os problemas de financiamento que nós temos, todos os problemas que podem surgir no nível de farmácia, de hospitais, de atenção primária, mesas técnicas e são estabelecidas mesas de trabalho para resolver o problema a nível nacional e um Plano Estratégico que posteriormente será levado a todas as comunidades autónomas (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

Ou seja, são levados ao conselho problemas que não podem ser resolvidos somente no âmbito das CCAA e a importância e resolutividade destes espaços são reconhecidos pelos entrevistados.

Segundo o entrevistado do MSBS auditorias e fiscalizações do ministério também configuram como custos de agência. Segundo ele, estas auditorias podem ser efetuadas de duas formas: diretamente pelo ministério ou por meio de empresas contratadas. Isto garante maior confiança quanto ao cumprimento dos contratos e a identificar possíveis nós que podem resultar em custos desnecessários para o erário público. No entanto, no nível nacional este controle não se faz com foco na execução do serviço propriamente dito como ocorre nas CCAA, mas, trata da qualidade do serviço e seu impacto no setor da saúde:

Assim como abordado no caso do Rio Grande do Sul, o entrevistado do País Vasco afirma que procura atuar antes que o conflito ocorra e conseqüentemente incida custos. A ferramenta de autoavaliação dos futuros celebrantes do contrato com o Departamento de Saúde, se configura em uma importante estratégia para diminuir os custos de fiscalizações constantes, auditorias frequentes- embora necessária, conforme afirma: “se faz primeiro uma autoavaliação por parte da UCI” (EE3, 29/01/2020, tradução nossa). Embora evite a incidência de possíveis custos de agência, outras medidas são adotadas pelo departamento de saúde como afirma:

E depois dessa autoavaliação ou de uma equipe de auditores, tanto da Secretaria de Saúde que está sendo financiada quanto da Osakietza, que é o provedor, além dessa organização que está sendo avaliada. São formadas três equipes de avaliação, analisa-

se a autoavaliação que foi feita e, depois, é feita uma visita de três dias àquela organização para verificar alguns elementos que dizem que fazem bem ou para solicitar um pouco mais de informação sobre algum elemento. (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

A estratégia de Andalucia para diminuir os custos de agência, diferentemente do País Vasco, ficou claro na fala do entrevistado que ocorre no momento da execução do contrato através das mesas de acompanhamento. Este acompanhamento permite que as relações com os entes privados sejam harmonizadas, evitando desvios de conduta e reduzindo os custos de agência.

Executar um serviço em nome do Estado é uma grande responsabilidade e quanto isto envolve a saúde e a vida, se torna ainda mais importante. Embora existam razões suficientes para entender que o agente agirá de acordo com o interesse do principal, o que seria uma condição ideal, muitas vezes isto não ocorre. Como o setor público não trabalha com incentivos, que é tratado na literatura gerencial como formas de limitar as divergências de interesses, cabe, neste contexto, incorrer nos custos de monitoramento (JENSEN, MECKLING, 2005; EISENHARDT, 2015).

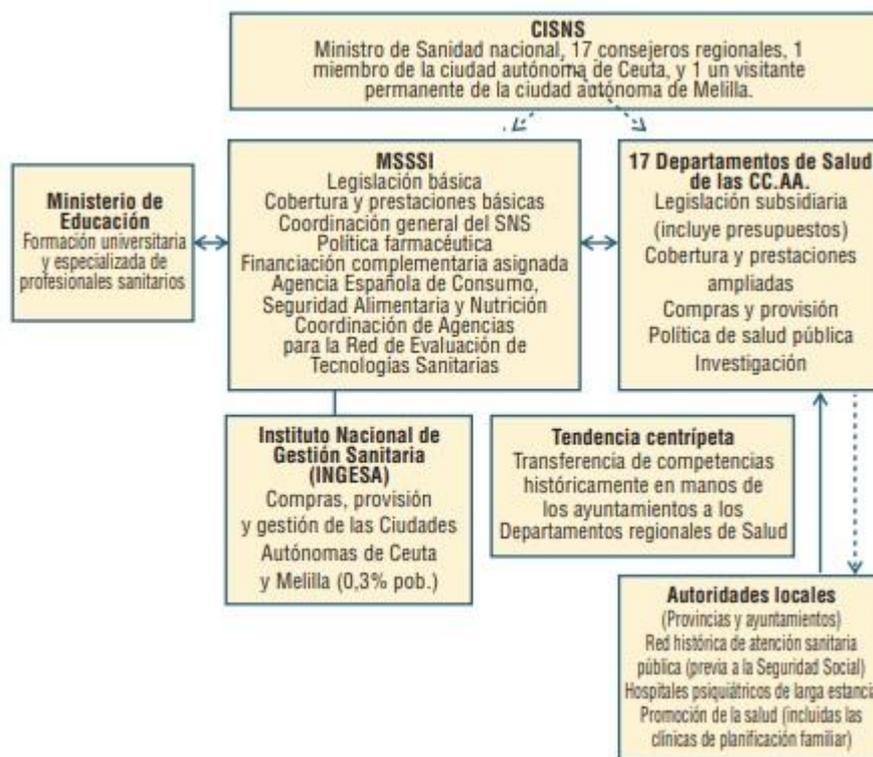
Uma peculiaridade de discutir as contratações de serviços públicos sob a perspectiva da agência é que, analisando pelo referencial teórico sobre desenho do Estado de Przeworski (2003) o Estado se enquadra como principal e como agente dependendo da ótica de análise. Na primeira perspectiva, o Estado recebe a delegação de autoridade do cidadão para executar as atividades de provisão de serviços públicos, desta forma, o cidadão é o agente e

Nos casos analisados, é possível observar estas duas perspectivas com diferentes resultados. Cabe ao gestor adotar os instrumentos necessários para que se preste um serviço de saúde com qualidade considerando todas as etapas da política pública, desde a sua concepção e definição de estratégias até o usuário final.

4.2.2.3. Cooperação

Esta categoria apresentou maior número de referências nas quatro entrevistas realizadas. O principal fórum de coordenação citados pelos entrevistados foi o *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)*, que será melhor detalhado adiante. O CISNS desempenha um importante papel de gestão e coordenação junto ao MSCBS. A Figura 32 apresenta a visão geral do SNS e como se dá sua organização e governança desde o nível Central até as autoridades locais.

Figura 32- Visão Global do sistema de saúde geral, Espanha



Fonte: Bernal-Delgado *et al* (2018)

Ainda quanto à cooperação, o País Vasco destaca a importância das trocas estabelecidas pelo departamento com as organizações profissionais, no entanto, afirma que esta relação precisa ser aperfeiçoada para que seja efetiva na tomada de decisão:

A nível do Ministério da Saúde temos uma coordenação bastante estável e contínua com as associações profissionais de médicos, farmacêuticos, de enfermagem, dentistas, temos uma relação boa e bastante fluida. Quando temos um problema, as portas estão abertas, mas, não há canais de participação, creio que a participação é uma das grandes pendências se falarmos da participação de todos estes agentes na tomada de decisões (EE3, 29/01/2020, tradução nossa)

Na análise dos planos de saúde do MCBS, País Vasco e Andalucía, foram levantadas comissões tanto intersectoriais quanto comitês técnicos para tratar temas específicos da carteira de saúde. Como a saúde é um tema transversal aos setores do governo, uma comissão do eixo “Governo pela Saúde”, composta pelos vice conselheiros da Secretaría General de la Presidencia Tecnología, Innovación y Competitividad Comercio y Turismo Agricultura, Pesca y Política Alimentaria Políticas Sociales Vivienda Economía y Presupuestos Educación Cultura, Juventud y Deportes Salud Osakidetza Medio Ambiente Transportes Planificación Territorial y Urbanismo revisam e sancionam os objetivos e respectivas estratégias de do plano

de saúde, esta comissão é chamada de (EUSKADI, 2013). De acordo com a literatura, a transversalidade permite resolver problemas que transcendem as soluções meramente burocráticas, uma vez que envolvem ministérios diferentes e questões políticas (PAGE, 2005). Assim, ainda conforme o autor, os problemas de governança estão ligados muitas vezes a problemas de coordenação que precisa ser discutido a partir da perspectiva da intersectorialidade.

A Atenção Especializada também é abordada no plano através de uma perspectiva transversal, abrangendo a área de Farmácia e Criança e Adolescente, por exemplo. A governança no plano de saúde é abordada sob dois aspectos: *governança pela saúde*, baseada na **intersectorialidade** e **transversalidade** e *governança da saúde* que se baseia no fortalecimento do sistema de saúde através de estratégias para colocar em prática os princípios da saúde previstos na Lei Geral da Saúde.

No plano de saúde de Andalucia não ficou claro a participação de outros departamentos do governo, no entanto, apresenta que a construção do plano foi baseada nos seis objetivos construídos com a participação de todos os departamentos da CCAA (ANDALUCIA, 2013). Na fala do entrevistado, ele destaca que para a construção do plano é observada a transversalidade da saúde e a importância de ter em conta os demais setores do governo: “Através do plano de saúde, quando a gente desenvolve um plano de saúde, e todas as avaliações anuais a gente tenta encontrar pontos de encontro tanto com a educação quanto com outros serviços, então com a educação é um ponto comum de conflito” (EE4, 23/01/2020).

Na construção dos planos, segundo o entrevistado do MSCBS, são considerados os resultados das avaliações e as demandas de outros departamentos do Governo para que se construa um plano exequível e que integre os demais ministérios:

As ações são discutidas no Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde e as demandas surgem das necessidades de saúde detectadas nos estudos de saúde e das prioridades governamentais dos planos de governo apresentados pelo partido quando vai às eleições (EE1, 15/01/2021, tradução nossa).

Na perspectiva da cooperação vertical, como dito anteriormente, o *Consejo Interterritorial* é a principal arena de discussões e recebimento das demandas das CCAA que também alimentam os planos nacionais de saúde, estabelecendo assim, uma forte estratégia para equidade do sistema. As mesas de trabalho em nível nacional tratam de temas mais específicos e que necessitam de uma discussão mais aprofundada conforme relata o entrevistado de Andalucia “[...] todos os problemas que podem surgir no nível de farmácia de um hospital de

atenção primária, mesas técnicas e mesas de trabalho são estabelecidas para resolver problemas em nível nacional” (EE4, 23/01/2020).

Estas instâncias para temas específicos também são citadas pelo entrevistado do MSCBS que explica seu papel dentro do SNS: “É um local de coordenação, deliberação do Sistema Nacional de Saúde, logo, abaixo deste conselho interterritorial existem diferentes comissões e especificamente a Direção-Geral de Saúde Pública” (EE1, 15/01/2021)

O País Vasco, afirma que a participação destes grupos de trabalho do MSCBS auxilia a CCAA no estabelecimento de parâmetros de qualidade que, alinhado com as avaliações das agências autonômicas, fornecem importantes parâmetros para o estabelecimento das estratégias em saúde do Departamento de Saúde vasco:

Os grupos de trabalho que podem participar, aqueles de nós que participam e aqueles que extraímos normas e recomendações, porque respeitamos muito as normas do Ministério e de fato as utilizamos nesse sentido. Eu diria que se nas recomendações dos grupos de trabalho multidisciplinares que se montam em torno de padrões de qualidade, por exemplo, para assistência ao parto ou para cirurgia cardíaca ou câncer infantil, é um exemplo claro dos padrões do Ministério que falam de um número mínimo de caso de 30 entre 30 crianças que [...] têm câncer infantil e é um padrão, por exemplo (EE3, 29 /01/ 2020, tradução nossa)

Outra perspectiva de cooperação é a financeira. O entrevistado destaca a importância dos chamados fundos de coesão para prioridades comuns que são estabelecidas via MSCBS. Os fundos de coesão estão a cargo da Subdireção Geral de Análise Económico e Fundos de Coesão do MSCBS:

Em muitos casos as prioridades são comuns e depois existe também a possibilidade de fazer nessa parte da coesão, existem fundos de coesão que são atribuídos às comunidades autónomas algumas das prioridades que são selecionadas através do Ministério (EE1, 15/01/2021, tradução nossa)

Uma unidade de registro recorrente na entrevista do País Vasco foi a palavra “calidad”. Ao analisar seu Plano de Saúde observou-se 53 ocorrências desta unidade, sendo 53,6% relacionada ao sistema de saúde. Neste sentido, se estabelece a cooperação vertical com a agência Euskalit²⁷ para auferir a qualidade do sistema. O que se observa é uma cultura de qualidade no País Vasco, e isso não ficou perceptível nas entrevistas e documentos dos outros entes. Quanto ao isto o entrevistado afirma:

²⁷ Criada pelo governo vasco em 1992, a Euskalit é a Fundação Vasca para a Qualidade que tem como missão promover a cultura da qualidade através da inovação à gestão. As principais atividades desta agência são: difusão da cultura da qualidade total, formação, apoio para a ação e avaliação externa (Prêmio Vasco para a Qualidade da

Temos um órgão governamental que fala de qualidade tanto na assistência como em qualquer empresa e em qualquer ramo da indústria ou educação. A qualidade entendida para preparar bem para aplicar ao nosso campo setorial. Mas não temos uma agência estatal na Espanha (EE3, 29/01/2020, tradução nossa)

O plano de saúde e suas avaliações anuais são ferramentas importantes para traçar cooperações que possam trazer bons resultados em saúde- também estipuladas nos planos nacional e de Andalucia. O entrevistado do País Vasco destaca a importancia destas avaliações para alinhamento com as estratégias relacionadas a outros departamentos:

Quando a gente desenvolve um plano de saúde, e todas as avaliações anuais que a gente faz, a gente tenta encontrar pontos de encontro tanto com a educação e outros serviços. Logo, com a educação é um ponto habitual de conflito, principalmente quando temos crianças na escola com diabetes ou outros tipos de problemas que requerem assistência e buscamos algum acordo para dar a melhor assistência possível entre os dois setores educação e saúde, mas ao nível de todos os setores procuramos fazê-lo Através do Plano de Saúde e dessa comissão, uma comissão técnica que está abaixo desta Comissão por acreditar que pode de alguma forma tentar colocar as coisas em comum com outros setores (EEE3, 29/01/2020, tradução nossa)

A intersetorialidade é abordada por Andalucia ao se referir sobre as mesas de trabalho com outros departamentos do Governo de Andalucia. Nesta perspectiva de cooperação horizontal, o entrevistado destaca que transversalidade da saúde demanda maior nível de colaboração no nível autonômico:

Temos mesas de trabalho e um plano estratégico com outros conselhos nossos a nível de governo andaluz, há questões que são muito transversais, por exemplo, família [...]. Então neste momento temos várias mesas de trabalho em colaboração com outro aconselhamento porque a questão da saúde é muito transversal e tem muito a ver com as condições de trabalho, com as condições de habitação ou que podes entrar todos os dias na tua casa pelo que tens, a saúde isso vai se relacionar com tudo o que tivermos muitas mesas de trabalho para elaborar estratégias (EE4, 23/01/2020, tradução nossa).

Esta cooperação horizontal se reflete também nos planos de saúde saindo, assim, do campo das discussões e partindo para um instrumento legal previsto na Lei Geral de Saúde. Neste sentido, a cooperação passa a ser parte fundamental para a construção e consecução dos objetivos estabelecidos nos planos. A cooperação, assim, garante a exequibilidade do plano através do diálogo com os demais departamentos do governo local, o MSCS e demais instancias de representação que estão diretamente ligadas ao plano.

Desta forma, os resultados demonstram que a cooperação pode ser analisada sob duas principais perspectivas, tão necessárias quanto possíveis: verticalmente entre CCAA e Ministério e horizontalmente entre os departamentos dos governos autonômicos (educação, trabalho, infraestrutura) e representação social e de profissionais. Esta configuração permite a

governança intersetorial que permite a articulação necessária para colocar em prática as estratégias de saúde construídas de forma conjunta. A seguir são apresentados os dados analisados sobre as principais dimensões de governança e como são operacionalizadas a fim diminuir os conflitos de agência.

4.2.3. Dimensões da governança analisadas

A principal contribuição deste trabalho diz respeito à sugestão de que os entes, embora sob a mesma legislação geral e território, apresentam resultados divergentes relacionados a forma como operam os instrumentos de governança. Parte da literatura aborda a governança pública sob a nomenclatura de governança democrática com ênfase na articulação de atores estatais e não estatais, com espaços de tomada de decisão que permitam a participação das partes interessadas com regras precisas e claras que aumentem a confiança e diminuam o agir por puro interesse pessoal (MAGALHÃES, 2018; NYGREN-KRUG, 2019). Durante a análise dos dados das entrevistas a dimensão governança foi a que apresentou a maior densidade de codificações com 61 referências. A seguir são apresentados os principais aspectos da governança no contexto dos serviços especializados de saúde na Espanha tanto na perspectiva das entrevistas quanto da legislação vigente e dos instrumentos de planejamento.

4.2.3.1. Estratégia

As prioridades estratégicas que são expressas através de metas, com previsão de mecanismos de monitoramento e avaliação, potencializam a tomada de decisão e diminuem os riscos (BURRIS *et al*, 2008; KANAANE, FIEL FILHO, FERREIRA, 2010). O contexto de crises econômicas levou os Estados a repensarem novas formas de articulação de atores estatais e não estatais além da coordenação de ações e estratégias no sentido de buscar novas formas para garantir a governabilidade do sistema, alcance dos objetivos e cumprimento dos princípios estabelecidos para suas políticas públicas. Diante disso surge a necessidade de uma governança capaz de garantir maior estrutura e capacidade estatal para que o estado possa articular suas ações frente às necessidades emergentes.

No contexto dos serviços especializados de saúde na Espanha, as principais estratégias estão expressas nas normas e planos de saúde. As estruturas de coordenação que também é uma estratégia, permite a governança do sistema e consequente atendimento do principal-cidadão. Os resultados desta pesquisa indicam que estes elementos outrora citados estão de acordo com as principais ideias encontradas na literatura, os quais são: relacionamento com as partes

interessadas, estratégias organizacionais e alinhamento transorganizacional (TEIXEIRA, GOMES, 2019; COSTA-ALCARAZ, CALVO-RIGUAL, SIURANA-APARISI, 2013). Ao Estado é atribuído o papel estratégico relacionado às demandas mais gerais (política de medicamentos, fundos de coesão, estratégias de atenção primária, estabelecimento de indicadores e assuntos relacionados à política de saúde internacional), no entanto, no contexto da descentralização, quem efetivamente implementa são as CCAA, como afirma o representante do MSCBS:

No Ministério da Saúde, coordenamos o que é mais de nível estratégico e que se baseia em estratégias tanto de atenção básica quanto de abordagem da cronicidade, busca-se promover essa continuidade da assistência ao paciente, buscando estabelecer uma melhor articulação entre os níveis de atenção, mas isso é na comunidade autônoma que implementa (EE1, 15/01/2021, tradução nossa)

A Constituição Espanhola de 1978, art. 149, prevê que as competências exclusivas do Estado em saúde são: saúde exterior, bases e coordenação geral da saúde e legislação sobre produtos farmacêuticos (ESPAÑA, 1978). Regulamentada pela Lei Geral de Saúde, Lei 14/1986 de 25 de abril, no capítulo IV estabelece as regras de como esta coordenação ocorrerá entre as CCAA e o Estado para efetivar a saúde no território, elaboração de planos de saúde, critérios de avaliação, determinação dos objetivos comuns e prioridades. Embora seja um sistema descentralizado e as CCAA tenham grande autonomia, a coordenação e as estratégias gerais estão sob a responsabilidade do MSCBS que deve organizar os instrumentos necessários para o equilíbrio entre autonomia e equidade (CUENCA; GONZÁLEZ, 2015).

Rhodes (2007) afirma que o maior impacto da governança, no que se refere às partes interessadas, é a **geração da confiança**. Contratos, indicadores de desempenho, monitoramento, são importantes segundo o autor, mas, não veta a possibilidade de comportamentos que não atendam ao interesse público. Trabalhar de forma estratégica, segundo o entrevistado do MSCBS, envolve o trabalho conjunto de forma participativa, gerando confiança conforme Rhodes, à luz dos instrumentos normativos que são inerentes a administração do Estado e que devem ser atendidas para que se tenha transparência e se exerça o efetivo controle:

Por um lado, as estratégias comuns e sempre as trabalhamos desta forma em parceria com todas as comunidades autônomas e atores envolvidos e depois também, de fato, que podem existir mecanismos de financiamento ou outros mecanismos reguladores que devam ser cumpridos com as prioridades ou com os consensos alcançados (EE1, 15/01/2021, tradução nossa).

Um dos aspectos da governança e que foi citado por todos os entrevistados como uma estratégia para construir os planos de saúde, estabelecer os padrões e concentrar esforços foi a **intersectorialidade**. McQueen *et al* (2012) afirma que a intersectorialidade é um componente

importante da governança e pode “ser alcançada por meio de um conselho de administração intersetorial que reúne especialistas de diversos setores, [...]ou por meio de mecanismos de contribuição e colaborações públicas externas ou de partes interessadas” (p. 146, tradução nossa). A intersectorialidade na saúde é analisada sob a perspectiva da “Saúde em todas as políticas” que é um enfoque no qual todos os setores levam em conta as implicações da saúde nas suas decisões e buscam estabelecer estratégias para melhorar a equidade e a qualidade da saúde da população (OMS, 2014). Esta é a estratégia também é apontada pelo entrevistado do País Vasco para construir o plano de saúde e contemplar todas as demais políticas públicas da CCAA:

Então os pontos prioritários e eu acredito que ter bons indicadores de saúde desse tipo e quanto aos resultados, expectativa de vida e qualidade de vida, são ações intersectoriais. Temos um plano de saúde liderado pelo Presidente do Governo Vasco e neste plano estamos fazendo esforços para tentar promover a saúde em todos os sectores de atividade, não somente habitação, educação etc. Acho que é o básico manter bons indicadores de saúde. Estamos falando de indicadores de cuidado em termos de resultados que seriam mensuráveis em termos de internações potencialmente evitáveis, por exemplo, que permitem manter o paciente em casa do meu ponto de vista é a coordenação entre os dois níveis de atenção, primeiro o especializado e o potencial trabalho do médico de família, do enfermeiro que todavia tem conquistas em nosso sistema de saúde e um longo caminho para agregar valor (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

O plano de saúde do País Vasco destaca a intersectorialidade no eixo “Buen Gobierno POR la Salud” com o objetivo de melhorar os resultados e a eficiência da saúde da população vasca. A saúde em todas as políticas é o primeiro objetivo do plano e tem como estratégias principais a criação de comissões e comitês compostos por outros departamentos do País Vasco tanto em nível de governo quanto em nível local. Esta estratégia está representada pela Figura 33 abaixo.

Figura 33- Pirâmide da ação intersectorial. Tomada de decisões integrada, coordenação de políticas e cooperação



Fonte: País Vasco (2013)

Em Andalucia, a intersectorialidade é abordada no plano de saúde dentro dos princípios de bom governo. Tais princípios são tratados sob três aspectos: governança vertical, desenvolvimento de ações em nível local e provincial e governança horizontal que inclui a intersectorialidade (ANDALUCIA, 2013). Para o representante de Andalucia a intersectorialidade pode ser atendida, por exemplo, através ações colaborativas com as escolas:

Acreditamos e trabalhamos justamente neste momento, que é reestabelecer a promoção da saúde e a prevenção de doenças por meio de ações de capacitação nos serviços de atenção básica, que é a primeira etapa do sistema de saúde. E ao mesmo tempo trabalhamos junto com a educação para estabelecer uma estratégia conjunta para vida saudável nas escolas porque acreditamos que assim como ensinamos, formamos as crianças na formação básica que servirá de base para cada criança realizar seu projeto de vida (EE4, 23/01/2020, tradução nossa).

Burris (2004) ressalta que mesmo a governança participativa no entorno mais próximo (o que o autor chama de microgovernança) pode gerar resultados muito positivos no setor da saúde. Através da mobilização de conhecimentos e capacidades anteriormente desconhecidas estas interações despertam a percepção sobre ameaças à saúde e auxiliam na construção de estratégias e indicadores mais adequados a realidade a ser atendida (COSTA-ALCARAZ *et al.*, 2013). O entrevistado do MSCBS diz intercambiar saúde com outros setores é uma estratégia de trabalho do ministério: “e logo, a estratégia conta, trabalhar na área da saúde, na área educacional e no nível local” (EE1, 15/01/2021). A intersectorialidade é permite o engajamento das partes interessadas e aproxima os demais setores do Estado do processo de tomada de decisões em saúde, que é um elemento transversal aos demais setores do Governo.

Portanto, a estratégia abrange dois principais aspectos identificados na literatura e reforçados na fala dos entrevistados e nos planos de saúde. O primeiro, geração da confiança, que se refere ao envolvimento das partes interessadas nos processos de planejamento e tomada de decisão produzindo desta forma efeitos além dos contratos escritos. O segundo, a intersectorialidade, que significa, como apresentado na literatura e no plano do País Vasco, a saúde em todas as políticas. Os dados demonstram que estes aspectos estão presentes tanto no nível de Governo quanto no nível autonômico, uma característica positiva quanto ao alinhamento das estratégias nacionais e políticas nacionais. A seguir são apresentados os resultados relacionados à *accountability*.

4.2.3.2. *Accountability*

A dimensão *accountability* é composta por três aspectos identificados na literatura e confirmados pelos resultados. O primeiro aspecto é a ***accountability financeira*** que está relacionada a apresentação de todos os aspectos monetários relacionados ao objeto da contratação e serve como parâmetro da tomada de decisão quanto a alocação de recursos ou, no

caso de serviços contratados, decidir punir ou não o prestador do serviço (BRINKERHOFF, 2004; DEWI, AZAM, YUSOFF, 2019). O segundo aspecto é a **accountability de desempenho**, que mensura os resultados e serve como importante instrumento para redimensionamento de indicadores e adequação de estratégias (JOHANSSON, MORTIN, 2014). O terceiro aspecto é a **accountability político democrática**, definida por Olsen (2018, p. 11) como “mecanismo pelo qual os cidadãos devem influenciar e controlar seus representantes eleitos, funcionários não eleitos e outros detentores de poder”. Os entes apresentaram ênfases diferentes quanto a estes aspectos da *accountability*, no entanto, o uma nova perspectiva à literatura foi a ênfase dada as constantes avaliações do SNS na perspectiva do cidadão e a utilização de estratégias de integração de profissionais, observada através *accountability* de desempenho, para integrar os níveis assistências otimizando os recursos públicos, fugindo da mera “prestação de contas”.

Através da análise dos dados, foi identificado o primeiro aspecto da *accountability*. A **accountability financeira** foi citada pelos três entes tanto no aspecto do controle direto do departamento sobre as prestações privadas quanto com relação aos controles exercidos pelos tribunais de contas. O entrevistado de Andalucia afirma que as mesas de controle das contratações privadas são instrumentos importantes para evitar conflitos com os agentes privados e diminuir os riscos financeiros inerentes às contratações, otimizando, assim, o dinheiro público:

Existe um controle, e nestas tabelas de controle existem empresas porque consideramos importante primeiro ver que o dinheiro público é aplicado de forma eficaz e eficiente, que os trabalhadores que prestam estes serviços através desta empresa tenham qualidade e condições de trabalho e, na prática, que tudo funcione de acordo e nas melhores condições com as que o serviço foi contratado (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

O controle externo é exercido pela Câmara de Contas de Andalucia é feito por amostragem. O departamento também conta com um programa de inspeção para verificar o atendimento diretamente nos centros de saúde para identificar possíveis entraves, por exemplo, nas listas de espera que é um dos indicadores que a CCAA tem procurado melhorar frente ao desafio da contratação de profissionais e de dificuldades de financiamento relatado na categoria “conflitos”. De acordo com o entrevistado, são selecionadas áreas não contempladas pelas auditorias da Câmara de Contas:

Tem uma auditoria que a Câmara de Contas faz, eles já decidem de forma aleatória justamente agora fazem muito [...] saúde e outra auditoria que foram de contratação de pessoal, e, também, temos o serviço de fiscalização que fiscaliza os postos de saúde nesse assunto que estamos interessados, por exemplo, em listas de espera ou, por exemplo, colaboram com fiscalizações também no transporte médico. [...] a cada ano

é realizado um programa de fiscalização e nesse programa de fiscalização apresentamos que área que interessa neste ano de fiscalização. Este ano, uma coisa que nos foi submetida é a fiscalização de gestão da vacina. [...] dentro do programa de fiscalização, a cada ano nos interessa a parte que não é da Câmara de Contas (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

Alguns aspectos relacionados ao momento do controle foram identificados na fala do entrevistado do País Vasco e são apresentados como elementos novos frente às discussões sobre *accountability*. O primeiro é o momento em que este controle é exercido, pois, de acordo com o entrevistado, é feito primeiramente uma autoavaliação com trezendo itens da empresa que pretende atender ao departamento isto diminui os riscos nas contratações. Feito inicialmente, este elemento faz com que o prestador esteja atendo às exigências que virão a partir do contrato, evita desconhecimento quanto às condições de prestação do serviço e à necessidade de atender com a qualidade exigida. Posteriormente, os filtros ao longo do processo representados pela Junta Administrativa e Oficina de Controle Econômico permite a fiabilidade dos processos, por meio da visão de distintos departamentos. Observa-se que em alguns momentos a *accountability* financeira é exercida concomitantemente a outros tipos de *accountability*. Sobre estes aspectos o entrevistado do País Vasco afirma:

Uma primeira autoavaliação é feita pela organização UCI. A UCI avalia a si mesma em relação a 200-300 itens que pedimos a cada um e eles nos dizem como se vêm em relação ao grau de desenvolvimento de um indicador ou de uma política que tem de ser desenvolvido ou uma implementação dessa política [...] Uma auditoria anual é feita, uma inspeção anual se houver, a inspeção do Tribunal de Contas Vasco que todos os anos faz uma auditoria de como é gerido o público do ponto de vista do *compliance* regulatório, *compliance* na área de contratos, etc. (EE3, 29/01/2020)

Nós em Euskadi temos um sistema de contratação, temos que ir desde o departamento que é o departamento que contrata o privado, dois filtros que é a junta administrativa de contratação e depois o gabinete de controle econômico. Cada tipo de processo de contratação exige relatórios separados para colocação dos filtros são aqueles e as estratégias de controle por órgãos externos à própria secretaria de saúde (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

A *accountability* está fundamentada na teoria do principal-agente e mostra a importancia de considerar todos os mecanismos possíveis para aproximar os resultados alcançados dos resultados esperados, com responsabilização dos envolvidos (BRINKERHOFF, 2004). Desta forma, além de um cumprimento legal, a *accountability* financeira auxilia na conversão dos recursos advindos do contribuinte em ações para o contribuinte.

O segundo aspecto, ***accountability de desempenho*** foi identificada na fala dos três e nos relatórios de avaliação das atividades dos departamentos de saúde das CCAA. O que ficou evidente nos resultados foi a frequente referência à qualidade, presente nos planos de saúde ao

se construir os objetivos e nos relatórios de gestão. O representante do País Vasco ressaltou a trajetória de qualidade da CCAA e a preocupação em trabalhar modelos de qualidade em todas as áreas da assistência e através da agência de qualidade do País Vasco. Isto se configura um diferencial, uma vez que a *accountability* deixa de ser simplesmente uma “prestação de contas” e passa a ganhar um sentido de melhoria contínua dos processos e otimização dos recursos financeiros, humanos e de estrutura. Neste sentido, ele afirma:

Acredito que estamos bastante consolidados e então em Osakietza temos uma longa história de qualidade, trabalhamos com modelos de qualidade como o pod g, modelo europeu de gestão da qualidade que nos fez avançar muito em qualidade em todos os sentidos desde os aspectos de hotelaria, e aspectos de saúde e agora estamos trabalhando com outro modelo de EUSKALIT, que é a Agência de Qualidade Euskadi, que são modelos de gestão avançados que buscam qualidade tanto nas pessoas da organização quanto nos processos que se desenvolvem dentro da organização e do pessoas que recebem esses serviços (EE3, 23/01/2020, tradução nossa)

O ministério da saúde também resalta o aspecto da qualidade ao se referir ao controle. O mesmo também destaca um outro aspecto que é a definição dos padrões de referência de forma participativa entre as CCAA. Segundo Johansson, Montin (2014) o mecanismo de governança permite confiança e legitimidade para os sistemas democráticos. Quanto a definição de indicadores e as auditorias, o MSCBS afirma:

Temos auditorias que são contratadas a nível nacional que dão mais qualidade e estão mais no Sul que são os centros de referência e, bem, estamos a trabalhar num manual de indicadores que estes centros de referência e as normas têm de cumprir com. que ... bem, que são eles que definem de uma forma comum nestes grupos participaram com representação de comunidades autónomas e depois estes padrões são revistos através de auditorias independentes que são supervisionadas pelo Ministério mas são feitas através de uma entidade externa contratação (EE1, 15/01/2021, tradução nossa).

Fazemos a partir do Ministério, mas por hoje como não temos um número de recursos humanos que possam fazer a fiscalização ela é feita por meio de um contrato externo. Mas as normas são aqui definidas e os relatórios uma vez que os auditores vão às unidades e os elaboram também são aqui revisados para emitir um relatório final de acreditação ou credenciamento das unidades de referência (EE1, 15/01/2021, tradução nossa).

A aproximação entre o instrumento de controle e o local onde é prestado o serviço de saúde, é uma estratégia utilizada pelo País Vasco para diminuir os custos e aumentar a segurança do paciente. Por conseguinte, fortalecendo a Atenção Básica é possível diminuir a pressão sobre os serviços especializados (ALMEIDA *et al*, 2013), conforme afirma:

Em cada centro de serviço existe, por exemplo, uma comissão de segurança clínica que é direcionada para controlar todos os aspectos do paciente que tem a ver com a segurança, existem ações diferentes, incluso nestes se estende também a atenção básica onde a gente tem em cada posto de saúde um responsável pela segurança do paciente para ver quais efeitos adversos podem ocorrer etc. do ponto de vista da qualidade da segurança do paciente (EE3, 29/01/2020, tradução nossa)

O terceiro aspecto, *accountability democrática*, destaca os aspectos da participação que é um elemento previsto nos planos de saúde e às normas em nível de Governo e autonômico²⁸. O envolvimento de setores que têm impacto na saúde é destacado pelo entrevistado do MSCBS. O envolvimento das partes interessadas auxilia na avaliação dos resultados em saúde e estabelecimento de estratégias considerando a perspectiva de múltiplos atores. Os setores da sociedade quanto envolvidos na tomada de decisão contribuem para o aprendizado organizacional e na reformulação de estratégias (OLSEN, 2018). Quanto a este aspecto o MSCBS afirma:

E o que estamos tentando fazer é transferir essa avaliação para a avaliação dos setores de atividade que impactam a saúde. Por isso, procuramos garantir que todos os anos, nesta avaliação anual, três departamentos apresentem o que têm feito e o possível impacto que as suas políticas têm tido na saúde. Eles nos contam como montaram a rede, nos dizem quais elementos foram afetados pela saúde de gênero, além das políticas de pessoal, como estamos evitando problemas de saúde relacionados à mulher etc. A forma de avaliar isso por outro lado avaliamos a quantidade de ações que temos de objetivos alcançados, a quantidade de ações que foram alcançadas e de alguma forma quais intervenções a gente disse que estava realizando (EE1, 01/15/2021, tradução nossa)

Os dados mostram que a *accountability democrática* pode ser identificada em, pelo menos, duas outras estruturas. A primeira, conforme dito pelo entrevistado do MSCBS “existem estruturas de participação através da oficina de atenção ao cidadão” (EE1, 01/15/2021, tradução nossa) que recebe diretamente as demandas dos cidadãos e se configura como parte do termômetro de como está o sistema de saúde, se está atendendo conforme o previsto. A segunda, são as pesquisas de satisfação existentes em todos os níveis de atenção do País Vasco que são medidas e comparadas com os indicadores de qualidade a fim de identificar possíveis entraves no atendimento, conforme afirma “Do ponto de vista da qualidade, [...] estabelecemos algumas pesquisas de satisfação do paciente para saber qual é a sua opinião com todos os espectros de todas as áreas de atividade” (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

Os planos de saúde são importantes instrumentos no processo de avaliação. São reavaliados anualmente e seus indicadores são redimensionados ao longo do processo de controle, conforme assinala o entrevistado de Andalucia “havia uma avaliação dos planos de saúde porque a gente está modificando para ter resultados reais de mensuração na saúde e

²⁸ Em nível autonômico esta participação é articulada através do Conselho de Saúde da Comunidade Autónoma e Conselho de Saúde de Área conforme art. 53 e 58 da Lei 14/1986. Em nível central é articulado pelo Conselho Interterritorial do SNS sem excluir outros espaços e instrumentos de participação das partes envolvidas sejam elas comunitária e de outros setores da sociedade.

também individualizando por hospitais” (EE4, 23/01/2020). O controle efetivo auxilia também no estabelecimento de objetivos mais próximos da realidade e que realmente atendam às necessidades do cidadão em um contexto de complexidade e diferentes níveis de poder (ROSA-CRUZ, ARREDONDO-LÓPEZ, 2017).

Portanto, os dados reforçam os aspectos que a literatura apresenta sobre a *accountability*, sua influência na tomada de decisão e a sua importância dentro das relações principal-agente, independente da configuração: governo/agentes econômicos, político/burocrata ou cidadão/governo (PRZEWORSKI, 2003). Outro aspecto destacado nos resultados foi a *accountability* e o momento em que os controles são realizados. Desde a sua concepção até a entrega do “produto final”, devem ser estabelecidos pontos estratégicos para que o controle e a avaliação sejam realizados. Por se tratar de um resultado intangível, os padrões de qualidade e reformulação constante dos indicadores, se apresentam como importantes como ferramentas para atendimento do cidadão. A seguir, serão discutidos os resultados referentes a dimensão transparência.

4.2.3.3. Transparência

Os resultados permitem identificar que a transparência é um eixo de grande importância para o Estado espanhol. As informações quanto a prestação de contas, informações sobre gastos e estrutura são importantes para o controle social e servem de suporte para a tomada de decisão, conforme sustentado pela literatura (ESPINOSA, 2012; HUFTY, BÁSCOLO, BAZZANI, 2006; MORTERUEL, BACIGALUPE, MORENO, 2020). As entrevistas revelaram a importância da transparência para atender às demandas da sociedade e os demais entes que participam das políticas públicas. Tais informações, são fundamentais para avaliação e reformulação de estratégias. Quanto a isto, o entrevistado do País Vasco afirma que vem aperfeiçoando seus sistemas de informações e criando estruturas para atender a este princípio da governança em todos os níveis:

No que diz respeito à transparência, cada vez mais esforços estão sendo feitos por todas as organizações e já no ano passado promulgamos um decreto para organizar as estruturas do Serviço de Saúde Vasco de Osakidetza no qual está estabelecido um Conselho de Participação Social, que de alguma forma é o fórum onde cada gerente nos dá um relato de como está sendo sua gestão, mas isso é uma coisa relativamente nova do ano de 2018 para essa parte ainda não sei se todos os conselhos começaram a funcionar. Mas, pela vontade do governo, se está proporcionando cada vez mais transparência em seus conselhos sobre isso. E depois ao nível das organizações de serviço, uma vez que os profissionais ao seu serviço vão sendo adaptados aos sistemas de informação para que tenham acesso ao custo dos serviços que prestam. Mas ao nível da apresentação de contas, a parte do relatório anual e a parte do orçamento anual, visto que estamos a tentar desenvolver estes exercícios de transparência ao

nível dos Conselhos de Participação Social nas UCIs (EE3, 29/01/2020, tradução nossa)

Quanto às informações que precisam ser difundidas emergencialmente na sociedade, como surto de Listeriose que afetou a Espanha em 2019, o entrevistado afirma que utiliza os meios mais populares como internet, notas de imprensa e outros:

Temos um sistema de comunicação muito ágil, se tiver um surto, algo sobre saúde, a secretaria manda comunicados para a mídia tentando ampliá-los. Temos um surto de listeria, o que quer que você tente divulgar por aí. Temos também um site do Osakideza que inclui tudo (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

Lembrando que a entrevista com o representante do País Vasco foi concedida no dia 29 de janeiro de 2020 em Vitória Gasteiz, Espanha e até aquele momento não se tinham informações suficientes sobre a potencialidade do COVID 19. A declaração de emergência de saúde pública internacional, foi feita no dia seguinte pelo Presidente da OMS:

Por todas essas razões, estou declarando uma emergência de saúde pública de preocupação internacional sobre o surto global de novo coronavírus. A principal razão para esta declaração não é por causa do que está acontecendo na China, mas pelo que está acontecendo em outros países. Nossa maior preocupação é o potencial para que o vírus se espalhe para países com sistemas de saúde mais fracos, e que estão mal preparados para lidar com isso. Deixe-me ser claro: esta declaração não é um voto de desconfiança na China. Pelo contrário, a OMS continua a ter confiança na capacidade da China de controlar o surto. Como sabe, estive na China há alguns dias, onde me encontrei com o Presidente Xi Jinping. Não tive dúvidas sobre o compromisso da China com a **transparência** e proteger o povo mundial. Para o povo da China e para todos aqueles ao redor do mundo que foram afetados por este surto, queremos que você saiba que o mundo está com você. Estamos trabalhando diligentemente com parceiros nacionais e internacionais de saúde pública para controlar esse surto o mais rápido possível (Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor-Geral da OMS, tradução nossa, grifo nosso)²⁹

Até aquele momento eram apenas 97 casos confirmados em 18 países fora da China, conforme informações do governo chinês e da OMS. Com o avanço da pandemia, a Espanha declarou estado de emergência no dia 14 de março de 2020, através do Real Decreto 463/2020. Este contexto específico da pesquisa de campo demonstra como a transparência é fundamental na tomada de decisão, pois todos os alertas e medidas de enfrentamento que sucederam o alerta mundial foram tomadas considerando as informações emitidas por órgãos internacionais. Logo, a governança em saúde transcende o âmbito regional/nacional e passa para o âmbito global, demandando fluxos de informações ágeis e completas, pois as decisões que dela emanarem têm maior repercussão e impacto não somente na saúde, mas, em toda a sociedade.

²⁹ Declaração do Diretor-Geral da OMS sobre o Comitê de Emergência do IHR sobre o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: < [www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](http://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) >.

No mesmo período, 23 e 24 de janeiro de 2020, foi realizado em Sevilla o Simpósio Internacional sobre o Surto de Listeriose Andaluz. Participaram deste evento cerca de 700 profissionais de saúde de toda a Europa, apresentando os principais resultados de estudos desenvolvidos sobre a epidemia de listeriose e as medidas tomadas para enfrentamento de futuras crises sanitárias (criação de comitês de crise e análises sobre os sistemas de saúde). Embora tenha sido citado em alguns momentos durante as apresentações, não se tinham informações suficientes para abordar o COVID 19 como uma pandemia da magnitude que se compreende hoje.

Diante deste contexto, Klijn *et al* (2014) afirmam que, diante de fenômenos dinâmicos e incertos, a governança pode apresentar três tipos de impactos diferentes: “impacto nos processos (cooperação e construção de confiança), o impacto no conteúdo (apuração conjunta de fatos, definição conjunta de problemas e construção de imagem), e o impacto na legitimidade democrática”. Ainda segundo o autor a deliberação entre os atores, a transparência e o acesso à informação fazem parte das regras do jogo dentro de um contexto de interação e deliberação. Os resultados mostram exatamente o que Klijn *et al* (2014) afirma: o entrevistado do MSCBS destaca a importância das estruturas de coordenação para o fluxo das informações e consequente efetividade das deliberações, sobretudo em emergências:

Existem diferentes estruturas e pode haver prioridades, mas, mais do que nunca este ano se conseguirá uma coordenação muito eficaz porque o conselho interterritorial decidiu reunir mais este ano do que talvez nos dez anos anteriores. Tem tido reuniões semanais, mesmo diárias deste órgão de coordenação e ao nível [...]o consenso é sempre alcançado e durante a pandemia foi acordado, três acordos foram alcançados no Conselho Interterritorial, foram acordos vinculativos. Serão aprovados em órgão do Conselho Interterritorial e que os tornou normativos para as comunidades autônomas (EE1, 15/01/2021, tradução nossa).

Outro ponto identificado nos dados é que a simples disponibilização das informações não provoca o impacto necessário, conforme afirma a literatura, para melhoria do sistema de saúde através da interação entre as partes interessadas (BUTA, TEIXEIRA, 2020; BEVIR, 2010). A forma de apresentação destas informações deve atender às características e necessidades de quem a recebe, seja ele cidadão ou gestor. A transparência permite dar visibilidade às ações e motivações do Estado, atuando, assim, como controle social. No nível de Estado, os principais instrumentos de transparência são a OIC (Oficina de Informação do Cidadão) e o Portal de Transparência como afirma o entrevistado do MSCBS “a través de la oficina de atención al ciudadano, está también en el portal de transparencia. La ley de transparencia obliga a prestar cuenta de todos los distintos ministerios a la ciudadanía” (EE1, 15/01/2021).

A Lei 19/2013, de 9 de dezembro, estabelece que a transparência é um elemento fundamental da atividade pública e é dever do Estado (ESPAÑA, 2013). Cada CCAA possui sua lei de transparência: Lei 1/2014, de 24 de junho de “Transparencia Pública de Andalucía” e Lei 19/2013, de 9 de dezembro, “de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno” do País Vasco. Nos portais da transparência das respectivas CCAA são publicados informes sobre indicados, gastos, e demais indicadores, além de informações sobre as listas de espera, conforme afirma o entrevistado de Andalucía:

Sim. Temos decretos onde se recorrem determinadas intervenções. E esses decretos marcam quando essas pessoas devem ser operadas. Os que não estiverem no decreto têm prazo de 365 dias. Publicamos as listas de espera no site do conselho, levamos ao Ministério a cada 6 meses, estamos publicando a cada 3 meses. Qualquer cidadão pode ver a sua situação real e através do seu médico de família pode verificar a sua situação na lista de espera para que fique transparente e para o cidadão saber como estamos a fazer (EE4, 23/01/2020, tradução nossa)

Quanto à transparência das listas de espera para serviços especializados, o entrevistado do País Vasco afirma que a CCAA apresenta uma realidade diversa de Andalucía, lista de espera sob controle e com tempo reduzido de espera:

Acredito que essa é uma das questões que deve ser controlada e depois não aprender a ser tolerante com uma lista de espera razoável. Atendemos muito bem, a fila de espera cirúrgica me parece em média em torno de 47-48 dias, é razoável, e aí temos um compromisso, uma garantia do governo que tanto câncer quanto cirurgia cardíaca, cirurgia cardiovascular será um mês atrás, bem, disponibilizamos mecanismos de garantia para que a fila de espera seja reduzida (EE3, 29/01/2020, tradução nossa).

O Índice de Transparência das Comunidades Autônomas (INCAU) realizado pela Transparência Internacional Espanha realiza uma avaliação sobre o nível de transparência dos Governos das Comunidades Autônomas. São avaliados 80 indicadores referentes às informações que as CCAA publicam dentro de seis áreas prioritárias: a) Transparência ativa e informação sobre a Comunidade Autônoma. B) Site, relações com os cidadãos e a sociedade e a participação cidadã. C) Transparência econômico-financeira. D) Transparência nas contratações, acordos, subsídios e custos dos serviços. E) Transparência em matéria de Ordenamento do Território, Urbanismo e Obras Públicas. F) Direito de acesso à informação (TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL ESPAÑA, 2016).

No último informe de 2016, quanto ao índice de transparência o País Vasco (100) ficou em primeiro lugar e Andalucía em sétimo lugar (96,3), mas, acima da média nacional. Para o aperfeiçoamento dos mecanismos de transparência, o entrevistado do País Vasco utiliza

mecanismos normativos e de gestão para envolver todos os entes relacionados ao Governo Vasco, tanto gestores, prestadores, profissionais e comunidade:

No que diz respeito à transparência, cada vez mais esforços estão sendo feitos por todas as organizações e já no ano passado promulgamos um decreto para organizar as estruturas do Serviço de Saúde Vasco de Osakidetza no qual está estabelecido um Conselho de Participação Social, que de alguma forma é o fórum onde cada gerente nos dá um relato de como está sendo sua gestão, mas isso é uma coisa relativamente nova do ano de 2018 para essa parte ainda não sei se todos os conselhos começaram a funcionar. Mas, no espírito do governo, está oferecendo cada vez mais transparência em seus conselhos. E depois ao nível das organizações de serviço, uma vez que os profissionais ao seu serviço vão sendo adaptados aos sistemas de informação para que tenham acesso ao custo dos serviços que prestam. Mas ao nível da apresentação de contas, a parte do relatório anual e a parte do orçamento anual visto que estamos a tentar desenvolver estes exercícios de transparência ao nível dos Conselhos de Participação Social nas UCIs (EE3, 24/01/2020, tradução nossa)

É possível identificar, na fala dos entrevistados e, posteriormente, na consulta aos sites de transparência, o alinhamento dos dados com o exposto na literatura: transparência, participação cidadã e prestação de contas (ROSA-CRUZ, ARREDONDO-LÓPEZ, 2017). A estreita relação entre transparência e a *accountability* também ficou bem evidente, ou seja, para que se tenha *accountability* é necessário que se tenha transparência nas informações. Outro ponto que emergiu das entrevistas e do contexto em que a pesquisa foi realizada, foi a importância do fator “tempo” no que se refere ao fluxo de informações. O entrevistado do País Vasco deixou isto bem claro ao falar sobre a divulgação de informações relacionadas às emergências sanitárias na CCAA- utilização de meios de comunicação mais acessíveis aos cidadãos e de fácil acesso. Por fim, os dados permitiram identificar outro aspecto relacionado ao impacto da transparência: em situações adversas como a pandemia de COVID 19, a transparência e a velocidade da informação foram fatores-chave para a tomada de decisões em âmbito global mesmo que a melhor informação não esteja disponível no momento.

5. DIFERENÇAS E SIMILARIDADES ENTRE BRASIL E ESPANHA: DESAFIOS E APRENDIZADOS

O objetivo deste capítulo é apresentar as principais inferências sobre a governança e os conflitos de agência no financiamento dos serviços especializados de saúde no Brasil e na Espanha, partindo do pressuposto de pesquisa: “quais fatores relacionados à governança e relações de agência estão associados aos diferentes resultados no Brasil e na Espanha no contexto do financiamento dos serviços especializados de saúde?”

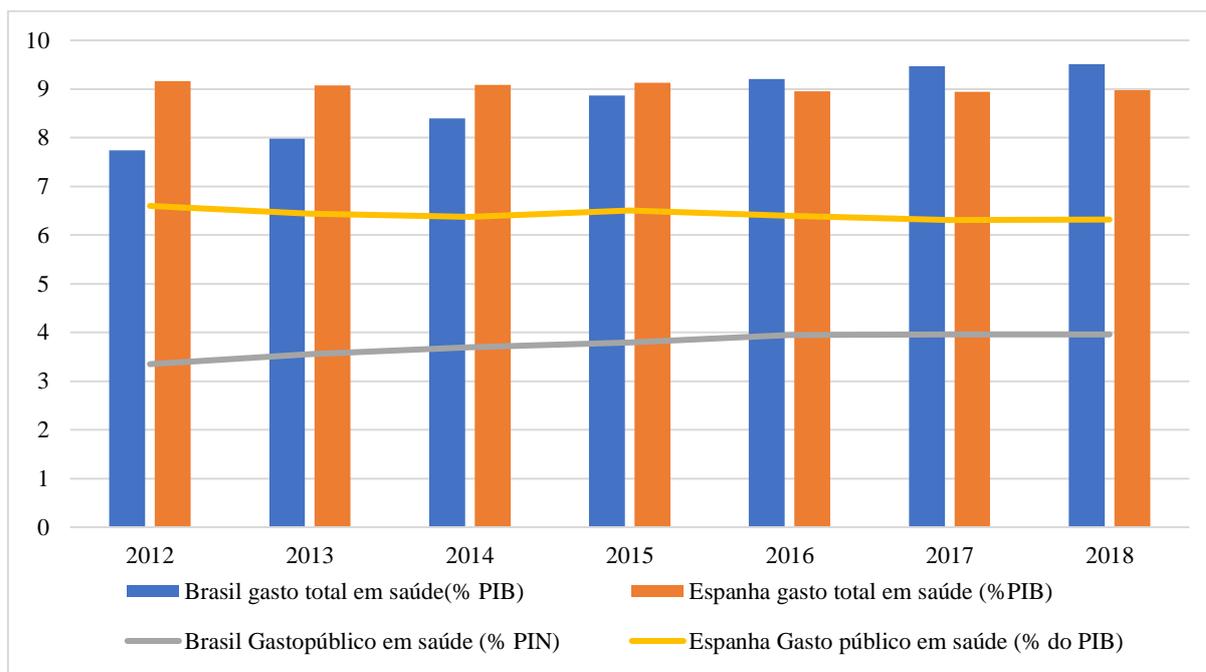
De acordo com a metodologia escolhida para este estudo, considera-se duas perspectivas principais: a) No contexto mais amplo dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol serão abordados aspectos como a descentralização, as normas que os disciplinam, o perfil dos serviços especializados de saúde e b) os fatores que contribuem para os diferentes resultados em cada país, sob a perspectiva das relações de agência e da governança pública.

De forma mais ampla, Brasil e Espanha possuem sistemas de saúde descentralizados e universais. Na Espanha este processo iniciou em 1978 e, no Brasil, em 1988. Ambos vêm de um regime ditatorial e as suas respectivas constituições construídas após este período configuram um marco para a democracia dos Estados. Configuram também o início de uma nova era para a organização do território e concessão de direitos, dentre estes, a saúde.

No entanto, desde a criação do SUS alguns fatores como diferenças estruturais, estágios diferentes de descentralização, desigualdades econômicas e sociais têm influenciado o perfil do gasto público em saúde. Em virtude disso, o estabelecimento de políticas nacionais e incentivos financeiros são alguns esforços demandados para diminuições das desigualdades na saúde brasileira.

O Gráfico 8 mostra a evolução dos gastos total em saúde por percentual do PIB e o percentual do gasto público em saúde de 2012 até o último ano que se tem registro na WHO (2018) do Brasil e da Espanha.

Gráfico 8- Gasto total e Gasto Público em saúde (% do PIB) Brasil e Espanha

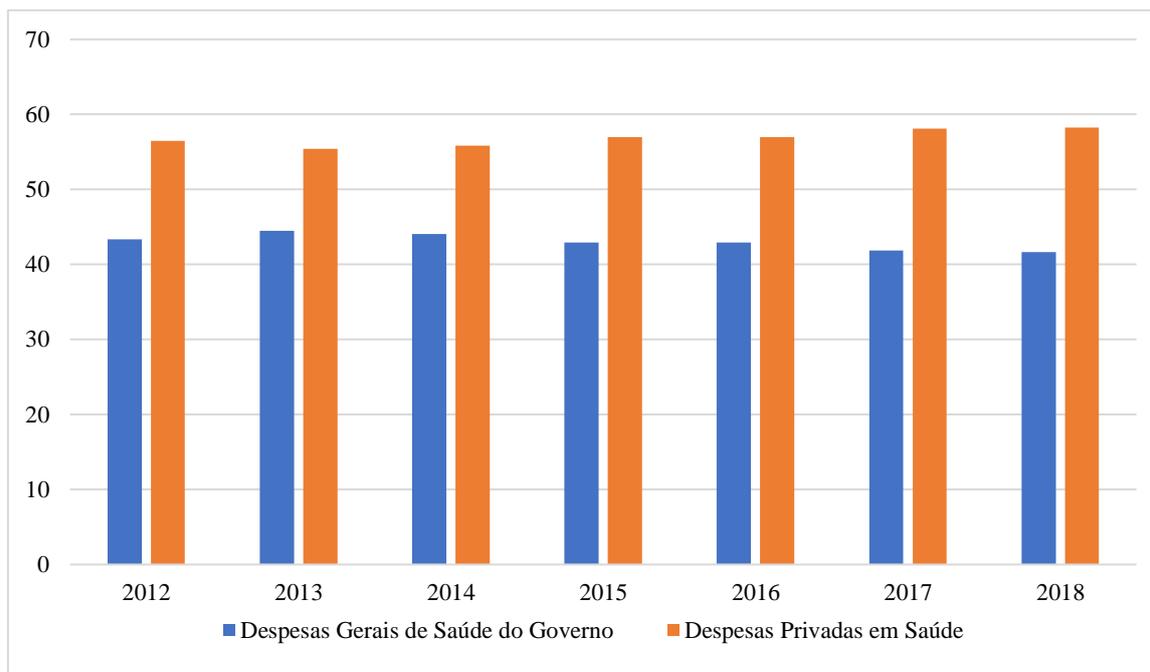


Fonte: Elaboração própria a partir de dados de WHO (2018).

No Gráfico 8 nota-se que o gasto total em saúde como % do PIB não tem diferença marcante entre os dois países, mas, quando se analisa qual tipo de gasto se refere, o Brasil apresenta gasto público com média de 43% do gasto total, isto demonstra a grande participação privada no setor, conforme apresentado nas entrevistas. Na Espanha, de 2015 a 2016 houve uma leve queda no gasto público em saúde, mas, que se manteve constante nos anos seguintes. O percentual de gasto público em saúde como percentual do PIB na Espanha tem média superior a 71%, o que denota um cenário com forte participação pública em saúde.

Quanto a composição da despesa em saúde citada anteriormente, o Gráfico 9 ilustra a grande participação privada no setor no período de 2012 a 2018 e este cenário se mantém constante durante toda a série histórica. A participação privada de forma complementar na saúde está prevista na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), no entanto, os dados apontam o protagonismo deste setor. Isto se confirma com os dados das entrevistas: grande participação privada na assistência especializada com presença de conflitos resultantes do poder de barganha, agravado pela fragilidade dos contratos (não contemplam todos os parâmetros da prestação do serviço) porque a função controle não é exercida de forma incisiva pelo agente público.

Gráfico 9- Despesas gerais de saúde do Governo e privada (%do gasto em saúde corrente), Brasil

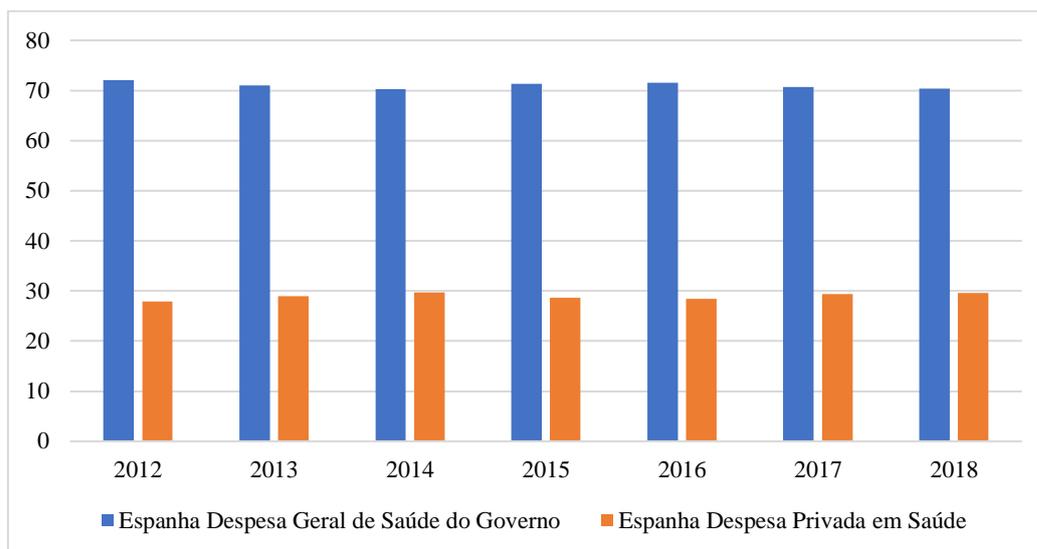


Fonte: Elaboração própria a partir de dados de WHO (2018).

O tratamento dado ao setor privado através de subsídios ou através dos atendimentos do SUS por meio de contratação fortalece o setor privado. Isto diminui a participação pública no gasto total na saúde e pode ser visto sob dois aspectos: a de que o Estado pode aproveitar a estrutura dos entes privados para prestar assistência à saúde da população nos locais de difícil acesso e de que esta grande contratação por parte do Governo fortalece os entes privados e favorece a captura da agenda pública (NYGREN-GRUG, 2019).

Na Espanha, a participação privada é inferior à 30% do gasto geral em saúde. O Gráfico 10 apresenta as despesas públicas e privadas com saúde no período de 2012 a 2018 e demonstra que a participação privada no sistema é efetivamente complementar. Nas entrevistas foram relatados poucos conflitos com particulares. No entanto, os diferentes modelos de financiamento suscitam discussões sobretudo sobre a equidade do sistema público

Gráfico 10- Despesas gerais de saúde do Governo e privada (% do gasto em saúde corrente), Espanha



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de WHO (2018).

O modelo de financiamento brasileiro é reflexo do modelo de federalismo adotado e tem como principal característica a grande participação da União no financiamento das políticas públicas de saúde com grande protagonismo dos municípios na gestão dos recursos e nos gastos. Outra característica importante é a complexidade do sistema fiscal brasileiro, conforme apresentado no Quadro 17, e isto resulta em conflitos, sobretudo no que diz respeito à participação dos entes na arrecadação. As transferências da União para os estados e municípios é feita diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde, obedecendo os percentuais de participação dos entes, conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29: a União, igual ao ano anterior corrigido pelo PIB; estados, 12% de suas receitas e municípios, 15% de suas receitas (BRASIL, 2000). Os valores referentes às transferências da União são feitos pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde. Destaca-se tanto no que se refere à fiscalização dos recursos quanto na aprovação dos planos de saúde e demais pactuações a participação do CONASS, CONASEMS e Conselhos estaduais e municipais de saúde.

(continua)

Quadro 17- Fontes públicas de financiamento direto à saúde, Brasil

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
<ul style="list-style-type: none"> Recursos ordinários (ou não vinculados) Receitas de concursos de prognósticos Receitas vinculadas a aplicações em outras políticas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> ICMS IPVA ITCMD Transferência FPE da União para o Estado IPI Exportação LC 87/96 (Lei Kandir) 	<ul style="list-style-type: none"> Transferência ICMS para o Município Transferência IPVA para o Município Transferência FPM para o Município

Quadro 17- Fontes públicas de financiamento direto à saúde, Brasil

(continuação)

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
<ul style="list-style-type: none"> • Compens.financ.p/expl.de petróleo ou gás natural • Títulos de responsabilidade do Tesouro Nacional • Recursos não-financeiros diretamente arrecadados • Contribuição social sobre lucro das pessoas jurídicas (CSLL) • Contribuição para o financiamento da seguridade social (Cofins) • Contribuição plano seguridade social servidor • Recursos próprios da alienação de bens públicos • Contribuição patronal dos servidores • Taxas e multas relativas ao poder de polícia e do Judiciário • Recursos financeiros diretamente arrecadados • Recursos de convênios • Remuneração das disponibilidades do Tesouro Nacional • Doações de entidades internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> • IRRF (dos rendimentos pagos pelo Estado) • Multas, juros e correção monetária dos impostos • Dívida ativa de impostos 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência IPI Exportação para o Município • Transferência LC 87/96 (Lei Kandir) para o Município • IRRF (dos rendimentos pagos pelo Município) • Transferência ITR para o Município • IPTU • ISS • ITBI* • Multas, juros e correção monetária de impostos • Dívida ativa de impostos

Fonte: Silveira (2020).

Na Espanha coexistem dois principais modelos de financiamento: comum e foral. Dentro do regime comum existem dois outros tipos de regimes especiais baseados em questões históricas e demográficas: o de Ceuta e Melilla e Canárias (HACIENDA, 2020). Os dados desta pesquisa confirmam o que diz a literatura quanto aos modelos de financiamento como fatores de conflito público-público e causa constante de instabilidade política (SÁENZ ROYO, 2015). A distribuição dos recursos para as CCAA é feita com base na no coeficiente de população ajustada segundo a demanda ou unidade de necessidade. Segundo o entrevistado da comunidade de Andalucia, este parâmetro não atende às demandas de saúde da CCAA que apresenta crescimento e envelhecimento populacional maior que as demais comunidades. Outros recursos se somam ao financiamento das CCAA: tributos próprios, transferências de Impostos Gerais do Estado e Fundos da União Europeia, além das comunidades terem possibilidade de acessar empréstimos junto ao Estado, o chamando endividamento.

A partir do contexto de saúde do Brasil e da Espanha, os quadros 18 e 19 apresentam as principais inferências sobre as categorias analisadas sob o aspecto das relações de agência e governança.

No caso brasileiro, o Amazonas e Rio Grande do Sul, conforme descrito na revisão de literatura, apresentam resultados bem distintos. O Rio do Sul é um estado com melhores resultados e indicadores de saúde e esta pesquisa identificou alguns elementos que contribuem para esta realidade, conforme o Quadro 18. Uma delas é o aperfeiçoamento da gestão, através da utilização de mapeamento de processos, ferramentas de inteligência artificial como a plataforma *Business Intelligence* para auxiliar os gestores na tomada de decisão e monitoramento dos seus indicadores, como mostrado na categoria estratégia.

O estado do Amazonas, por outro lado, apresenta características sociais, econômicas e demográficas muito peculiares. As principais características do estado que, segundo o gestor, dificultam a implementação de políticas é a grande extensão territorial e o difícil acesso a algumas regiões, feita somente por barco e até mesmo avião. O que ficou mais evidente nos resultados do Amazonas foi a fragilidade de sua *accountability* e transparência. A falta de prestação de contas repercute sobremaneira nos resultados do estado.

Quadro 18- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde do Brasil

(continua)

CATEGORIA	INFERÊNCIAS	FONTES DE EVIDÊNCIAS
Estratégia	As principais estratégias identificadas a importância dada ao mapeamento de processos destacado pelos entrevistados do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde; a ferramenta <i>Business Intelligence</i> utilizada pelo Rio Grande do Sul para auxiliar os gestores municipais na tomada de decisão e a inclusão da secretaria de saúde do interior utilizado no Amazonas como estratégia para aproximar os municípios mais distantes do centro de decisão do Estado	<ul style="list-style-type: none"> - Planos de saúde - Entrevistas

Quadro 18- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde do Brasil (continua)

CATEGORIA	INFERÊNCIAS	FONTES DE EVIDÊNCIAS
Accountability	Este pode ser apontado como um elemento problemático sobretudo no estado do Amazonas. A falta de prestação de contas tem uma repercussão muito grande e afeta negativamente o estado em várias áreas: no atendimento ao cidadão, no recebimento de novos recursos e estabelecimento de metas. Falta de <i>accountability</i> também afeta a transparência, pois se a gestão não presta contas das suas ações, o cidadão e as partes interessadas não terão informações suficientes para avaliar o gestor e tomar decisões mais assertivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Leis - Portais da transparência dos estados e da União
Transparência	Elemento importante para a tomada de decisão e fundamental para fiscalizar os atos do gestor público. Através da transparência o cidadão tem a possibilidade de participar de forma ativa da tomada de decisão.	<ul style="list-style-type: none"> - Informações externas; - Informações internas.
Cooperação	Este elemento ficou bem evidente como um importante instrumento para diminuição dos conflitos de agência. Os dados demonstram que a cooperação possui várias perspectivas e todas são importantes: a cooperação vertical e horizontal, assim como a intersetorialidade citada nos planos e nas entrevistas.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas -Leis - Planos
Conflitos	Quando há assimetria informacional ou os elementos do contrato não são suficientes para disciplinar a ação do agente, os conflitos são iminentes. No caso Brasil os conflitos estão muito presentes nas contratações público-privadas sobretudo quando se trata de atender às demandas dos cidadãos conforme o contrato.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas

Quadro 18- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência: (continuação) serviços especializados de saúde do Brasil

CATEGORIA	INFERÊNCIAS	FONTES DE EVIDÊNCIAS
Custos de Agência	Segundo os entrevistados são difíceis de ser mensurados devido a fragilidade dos instrumentos de controle, mas, estão presentes e podem ser evitados. O estabelecimento de contratos bem elaborados e o controle em todas as fases das contratações, foram apontados como fundamentais para reduzir a ação interesseira do agente e possíveis custos desta ação.	- Entrevistas

Fonte: Elaboração própria, 2019

O País Vasco e Andalucia também apresentam resultados distintos, embora menos acentuados que o do Brasil. Os resultados demonstram que mesmo sendo um país com bons indicadores econômicos, de saúde e qualidade de vida apresenta distintos resultados em seu território. O País Vasco apresenta melhores indicadores de saúde e um movimento de retração de serviços especializados em seu território, dada a baixa demanda, algo muito diferente dos demais entes pesquisados. O seu modelo de financiamento também é um diferencial, pois permite maior mobilidade de recursos e arrecadação frente aos seus pares espanhóis, no entanto, o diferencial apresentado nesta pesquisa foi a cultura da qualidade implementada nesta CCAA. Na fala do entrevistado foi identificadas reiteradas vezes referências quanto à qualidade do sistema. A palavra “calidad” foi pronunciada diversas vezes pelo entrevistado para se referir ao sistema de saúde Vasco e para explicar as estratégias utilizadas pelo Departamento de Saúde para determinar os padrões de qualidade que guiarão suas ações.

Mesmo com bons indicadores e com um sistema de saúde de qualidade, a Espanha experimentou nas duas últimas crises uma grande pressão no seu sistema de saúde. Tais efeitos também foram sentidos em outros setores como a economia. Este impacto, durante a apresentação dos resultados, foi relacionado com as categorias *accountability* e a transparência, fundamentais para que os sistemas de saúde de todo mundo tomem as melhores decisões e estabeleçam suas estratégias. O Quadro 19 apresenta uma síntese das inferências. Emerge, deste contexto, o elemento governança global, uma vez que os sistemas locais de saúde não estão isolados e precisam estabelecer estratégias para enfrentamento de crises. Os planos de saúde analisados não contemplavam este elemento.

Quadro 19- Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde da Espanha (continua)

CATEGORIA	INFERÊNCIAS	FONTE DAS EVIDÊNCIAS
Estratégia	As estratégias estabelecidas para atender aos objetivos institucionais foram observadas sob três aspectos: a coordenação do MSCBS quanto às políticas e estratégias nacionais, o CISSNS no qual estas estratégias são decididas e onde as CCAA tem a oportunidade de apresentar suas demandas e participar do processo de tomada de decisões quanto ao SNS, possibilitando o equilíbrio dos interesses das partes.	<ul style="list-style-type: none"> - Planos de saúde - Entrevistas
Accountability	A efetiva prestação de contas ficou bem evidente tanto em Andalucia quanto no País Vasco atendendo à legislação específica sobre o tema através de meios acessíveis e de fácil compreensão. Só não foi enfatizado pelos entrevistados os espaços em que a cidadania participa mais efetivamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Leis - Portais da transparência das CCAA e do MSCBS, Transparência Internacional
Transparência	De acordo o Índice de Transparência Espanha as duas CCAA apresentam nível de transparência elevado. As informações mais gerais estão disponíveis nos sites dos departamentos de saúde tanto com informações sobre gastos quanto sobre indicadores de saúde e estrutura. Estas informações instrumentalizam tanto o gestor local auxiliando na tomada de decisão, quanto ao cidadão, quanto a disponibilidade do serviço e sobre as listas de espera.	<ul style="list-style-type: none"> - Informações externas; - Informações internas.
Cooperação	Os principais espaços de cooperação apresentados foram o CISSNS e os conselhos de saúde das CCAA. Outro ponto destacado pelos entrevistados foi a intersetorialidade que permite cooperação horizontal com os cidadãos, outros departamentos, e agentes privados e vertical, entre as CCAA, províncias, municípios e Governo.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas -Leis
Conflitos	Os principais conflitos são com entes privados quanto a prorrogação de contratos (caso do País Vasco). Em Andalucia o principal tema de conflito é o financiamento da saúde que necessita, segundo o entrevistado, de uma reformulação à luz dos seus indicadores e do crescimento da sua população e, por fim, o MSBS apresenta como matéria de conflito é a reformulação do modelo de financiamento requerido por algumas CCAA.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas

Quadro 19 - Síntese das categorias relacionadas à governança em saúde e conflitos de agência no contexto dos serviços especializados de saúde da Espanha

(continuação)

CATEGORIA	INFERÊNCIAS	FONTE DAS EVIDÊNCIAS
<p>Custos de Agência</p>	<p>Os custos são minimizados pela ação antecipada dos agentes públicos quanto a definição de padrões, indicadores e de avaliação prévia das empresas que irão prestar os serviços. Sobretudo em uma área como a especializada que trabalha diretamente com tecnologias e terapias mais caras que as demais dos outros níveis de atenção.</p>	<p>- Entrevistas</p>

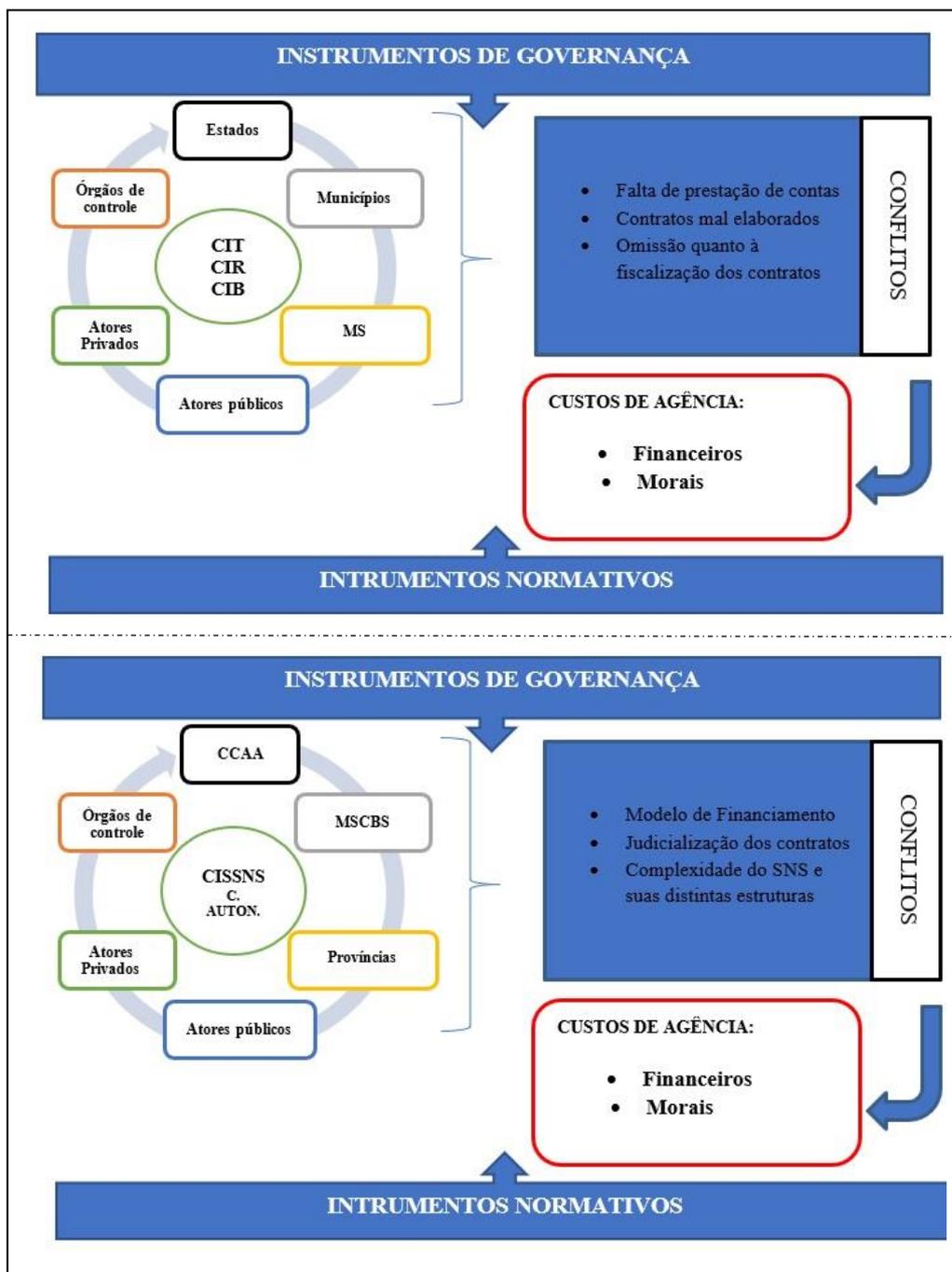
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os resultados revelam que os dois casos apresentam fragilidades e potencialidades quanto à operação dos sistemas de governança para diminuição dos conflitos de agência. No entanto, a elevada participação privada no contexto brasileiro potencializa os conflitos de agência e compromete, de certa forma, o atendimento do principal-cidadão e os custos de agência que pode ser de imagem ou financeiro. Todavia esta relação público-privada não é deveras maléfica para o sistema de saúde, uma vez que ente público depende destes agentes para assistir à população de forma complementar (FIGUEIREDO *et al*, 20018). Os pontos que emergiram dos resultados e são colocados como recomendações são:

- a) Fortalecimento do instrumento “contrato” *ex-ante* às contratações, estabelecendo padrões e indicadores de qualidade para as contratações públicas;
- b) Fortalecimento dos instrumentos de governança como *accountability* e transparência sobretudo para os estados e municípios que apresentam dificuldades quanto à gestão e monitoramento de indicadores, através difusão de novas tecnologias pelo Governo Federal e difusão do conhecimento;
- c) Estabelecer a transversalidade de forma mais efetiva no planejamento e nos instrumentos de governança para os estados e municípios possam atender;
- d) Incluir o elemento governança global nos planos de governança dos entes abrangendo tanto a gestão de riscos quanto a busca por parcerias estratégicas para troca de tecnologia em saúde e de gestão para fazer frente aos novos desafios.

A Figura 34 apresenta o desenho da pesquisa considerando, de forma ilustrativa e não exaustiva, os elementos teóricos e empíricos discutidos nesta tese.

Figura 34- Desenho da pesquisa: atores, governança e relações de agência no Brasil e na Espanha



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

É preciso ressaltar que o desenho de pesquisa acima está relacionado apenas aos sistemas de saúde espanhol e brasileiro por se tratar de uma análise específica das relações de agência e a governança no entorno mais próximo destes casos. Os dados comprovam que estes sistemas influenciam e são influenciados por outros agentes nacionais e internacionais que, mesmo de forma indireta, moldam seus comportamentos e impõe demandas que precisam ser tratadas em uma perspectiva macro de governança (GRINDLE, 2017). O sistema de saúde

brasileiro ainda enfrenta muito desafios quanto a descentralização e regionalização de suas políticas de saúde, mas, é um processo que tem avançado e se aperfeiçoado através das pactuações. Outro aspecto que desafia o SUS é a organização do sistema no território e o financiamento de áreas prioritárias, instrumentalizar os municípios para gerirem seus serviços e recursos de forma eficiente deve ser uma estratégia nacional para que se tenha uma política de saúde com equidade e universalidade como previsto na legislação.

Na Espanha, embora a organização do sistema de saúde seja mais independente, ainda existem desafios para que se diminuam variações entre as autonomias. De forma abrangente, os níveis de atenção têm boa comunicação e conseguem entregar os resultados esperados. De acordo com os indicadores de satisfação dos usuários de 2019, 72,1% afirmam que o sistema de saúde funciona bem ou muito bem embora precise de algumas mudanças (MSCBS, 2019). A coordenação do SNS está sendo aperfeiçoado, sobretudo em virtude dos novos desafios que o sistema enfrenta ante as demandas que surgiram da crise sanitária. Quanto a isso, o entrevistado do MSCBS afirmou que “Mais do que nunca neste ano, está conseguindo uma coordenação muito eficaz porque o conselho interterritorial decidiu reunir-se mais este ano do que talvez nos dez anos anteriores. Chegaram reuniões semanais, mesmo diárias [...]” (EE1, 15/01/2021). O reconhecimento destes espaços para articulação do SNS se configura como um diferencial na formulação das estratégias nacionais. A seguir, no Quadro 20, são apresentadas as conclusões e a síntese dos principais resultados da pesquisa e suas contribuições.

Quadro 20- Matriz de análise com a síntese das principais inferências obtidas na triangulação de dados sobre governança e conflitos no âmbito dos serviços especializados de saúde

O QUE AS NORMAS PRECONIZAM?	O QUE OS PLANOS DE SAÚDE DIZEM?	QUAL É A PERSPECTIVA DOS GESTORES?
<p>No Brasil, embora haja um grande número de leis e decretos relacionados à saúde, grande parte das ações dos estados são normatizadas por portaria.</p> <p>Na Espanha, o arcabouço normativo é menos, a maior parte das diretrizes estão nas normas gerais da saúde.</p>	<p>No modelo brasileiro o principal instrumento de planejamento é o Plano de Saúde, no entanto, os relatórios quadrimestrais apresentam informações importantes para fazer o acompanhamento das políticas</p> <p>Na Espanha, há um número maior de planos. Além do plano de saúde corrente, existe inúmeros planos dos Departamentos que versam sobre temas específicos, como cronicidade e outras políticas específicas para grupos específicos</p>	<p>Brasil: Os gestores confirmam a existência de conflitos o âmbito dos serviços especializados, o protagonismo federal no financiamento e a necessidade de implementar sistemas de controle mais eficazes, como afirmou o representante do Amazonas</p> <p>Espanha: A baixa incidência de conflito no caso Espanhol não significa ausência de conflito. O modelo de financiamento é, segundo os dados o maior problema a ser resolvido.</p>

Fonte: Elaborado pela autora 2021

6. CONCLUSÃO

O objetivo geral desta tese foi analisar a governança, sob o aspecto dos conflitos de agência, no financiamento dos serviços especializados no Brasil e na Espanha no período de 2012 a 2019. O referencial teórico da governança pública e da teoria da agência serviram de suporte para análise dos casos. Para atender ao objetivo geral foram utilizadas as ferramentas de estudo de caso de Yin (2005) considerando que este tipo de pesquisa não produz generalizações, apenas auxilia no entendimento do fenômeno estudado e produz contribuições para a análise da governança e das políticas públicas. Isto foi possível através da utilização da técnica de triangulação de fontes de dados obtidos através de entrevistas com gestores da saúde, normas, planos de saúde e indicadores.

A análise do caso brasileiro e espanhol revelou que os conflitos de agência estão presentes nos seus sistemas de saúde e produzem diferentes resultados em ambos. Ainda que estes países possuam serviços de saúde descentralizados, isto é suficiente para um Estado articulador das estratégias nacionais e arenas decisórias onde são discutidos assuntos de interesse de todos. Observou-se que, em cada contexto, a forma como os instrumentos de governança são operados, pode diminuir os riscos de assimetria informacional, vetar o poder de barganha e, por conseguinte, potencializar o atendimento ao principal-cidadão.

Quanto ao atendimento do primeiro objetivo específico “identificar os atores, estatais e não-estatais, que atuam no segmento dos serviços especializados de saúde e a sua importância para a governança”, os resultados apontam duas realidades distintas: o Brasil com grande participação de entes privados e a Espanha com baixa participação deste setor. Além da influência dos entes privados na atenção especializada, esta pesquisa destaca também a participação dos órgãos colegiados de profissionais, usuários e centros de pesquisa. Dentre estes participantes, a atuação dos entes privados foi mais discutida porque estes estão diretamente ligados à provisão dos serviços especializados e seu protagonismo foi muito relacionado, conforme os entrevistados, aos conflitos de agência.

Quanto ao segundo objetivo específico “analisar o efeito da relação principal-agente no cumprimento das pactuações e financiamento dos serviços especializados” a pesquisa revelou o protagonismo das arenas decisórias como importantes instrumento de governança. A ênfase dada à intersectorialidade também foi algo bem marcante sobretudo ao analisar os planos de saúde que consideram a intersectorialidade tanto no momento da elaboração das estratégias

quanto nas comissões de seguimento e avaliação periódica dos planos. Isto foi identificado em todos os planos, com maior incidência no plano de saúde do Rio Grande do Sul e do País Vasco.

Oferecer respostas ao terceiro objetivo específico “analisar os principais obstáculos e as respectivas estratégias da governança para reduzir os riscos resultantes dos problemas de agência” certamente foi um dos maiores desafios desta tese. Até o momento da revisão deste trabalho, os desafios de ordem global que afetam os sistemas de saúde do Brasil, da Espanha e de todo o mundo emergem a cada dia. O desafio da vacinação em massa, o surgimento de novas variantes do coronavírus e outros temas transcendem a área da saúde e afetam a economia, a política e as relações internacionais demandando respostas rápidas e assertivas que atenuem os efeitos da crise global.

De forma geral os principais obstáculos da governança analisados nesta tese estão relacionados às dimensões da governança que foram discutidas. A falta de transparência e de prestação de contas são obstáculos que podem ser transpostos através da responsabilização dos gestores, investimento em sistemas de informação acessíveis e eficazes e maior envolvimento do cidadão na formulação da agenda pública. A construção e acompanhamento de contratos foi outro obstáculo destacado nesta tese e que merece atenção. O exemplo do País Vasco na condução dos seus contratos certamente é um modelo de antecipação aos fatos e consequente diminuição dos conflitos de agência. Tais evidências forneceram elementos suficientes para atender também ao quarto objetivo “compreender os fatores que contribuem para os diferentes resultados em saúde dos países selecionados”.

A hipótese geral “embora Brasil e Espanha tenham similaridades no tocante a descentralização com impacto direto no sistema de saúde, no Brasil este processo não garantiu capacidade institucional e de gestão ao poder local o que refletiu diretamente no resultado das políticas de saúde em nível local” foi parcialmente confirmada. Embora o Brasil tenha muitos problemas históricos quanto ao seu sistema de saúde, estados como o Rio Grande do Sul apresentam muitas experiências positivas quanto a governança do seu sistema de saúde, com destaque à ênfase dada pelo gestor ao mapeamento de processos, a utilização de *business intelligence* na formulação e acompanhamento de estratégias estaduais e municipais, gestão por resultados através do monitoramento de indicadores e formulação e fiscalização de contratos.

Através da revisão da literatura e da análise dos documentos foi confirmada a primeira hipótese específica “a trajetória político-administrativa dos países do estudo, no período pós-redemocratização, exerceu influência direta no financiamento e organização das políticas de

saúde no território”. Isto ficou bem evidente através da análise das leis gerais da saúde de cada país que preveem princípios e diretrizes como a integralidade, descentralização político-administrativa, divulgação das informações, participação cidadã e estratégias para organização do sistema no território para garantia da equidade do SUS e do SNS em todos os estados e comunidades autônomas (BRASIL, 1990; ESPAÑA, 1986).

Quanto à hipótese de que “a propensão à ociosidade está presente nos dois casos, pois na relação principal-agente não se percebe os benefícios da cooperação” pode-se considerar refutada. Na relação de agência público-público, ficou evidente que os atores sabem da importância da cooperação e da intersectorialidade para atender aos objetivos e estratégias nacionais e locais, todos participam de comissões intergestores e conselho interterritorial e têm em seus planejamentos a previsão da cooperação. No entanto, na relação de agência público-privado, o que se tem não é um desconhecimento da cooperação, mas, a propensão de obter vantagens frente à falta de controle sobre os serviços que prestam. Isto ficou evidente no caso do Amazonas através do relato do gestor sobre situações adversas quanto ao cumprimento de contratos e a dificuldade enfrentada pelo ente de exercer uma fiscalização mais ostensiva.

Com relação à terceira e última hipótese “no Brasil ainda há uma forte dependência econômica e de coordenação do governo central, o que resulta na disparidade de resultados das políticas de saúde e dificuldades de acesso em determinados municípios; enquanto no caso espanhol a maior autonomia das CCAA configura em uma maior cobertura territorial e maior infraestrutura” após decorridas todas as etapas da pesquisa, o que se infere é que os estados e municípios brasileiros têm forte dependência, maior ou menor dependendo da região, de recursos da União. Esta realidade, sobretudo nos municípios menos desenvolvidos é um dos grandes desafios do Estado brasileiro, no que se refere à efetivação da descentralização e autonomia municipal. Quanto à Espanha, o que se observa é o questionamento quanto aos critérios de transferências das comunidades que fazem parte do regime comum. No caso de Andalucia, o gestor apontou que o modelo comum e seus parâmetros afetam diretamente nos resultados de saúde da CCAA. Segundo o gestor, este modelo não atende às mudanças demográficas e epidemiológicas que a comunidade tem passado nos últimos anos.

A análise dos casos permitiu identificar que existem diferentes tendências em cada um dos sistemas de saúde. Mesmo que a legislação e os instrumentos de governança nacional sejam instrumentos importantes para diminuição das iniquidades em saúde, o modelo descentralizado impõe um grande desafio: aglutinar todos os entes promovendo a coordenação de suas ações, pactuação dos serviços, no caso do Brasil, e compartilhamento de informações e experiências

que promovam o desenvolvimento de seus pares. Um quadro com a síntese dos principais resultados encontra-se no Apêndice A.

Por fim, as limitações desta pesquisa se devem ao seu foco estrito no setor da saúde pública analisando especificamente a atenção especializada, os diferentes atores que nela operam, suas relações e os instrumentos de governança presentes. No entanto, as interfaces com a política e o mercado, no sentido mais amplo, não foram contempladas. Esta interface se constitui como uma perspectiva importante e, transformada em agenda de pesquisa, pode gerar importantes contribuições para o desenvolvimento local e governança global.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A cooperação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, n. 24, p. 41-67, jul. 2005.

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP*, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, pg 67-86, 2007.

AES (ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD). Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Imcrea Diseño Editorial: España, 2014.

ALBUQUERQUE, T I P; SÁ, Ronice M.P.F.; JÚNIOR, J.L.A.C.A. Perspectivas e desafios da “nova” política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d’A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, N. Especial, p. 28-38, dez 2015.

ALCHIAN. A.A.; DEMSETZ, H. Production, information costs, and economy organization. *American Economy Review*, 62, p. 777-795, 1972.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ALMEIDA, P.F.; GERVÁS, J.; FREIRE, J.M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul/set 2013.

ALMOND, G. A Political Theory and Political Science. *American Political Science Review*, 1966, 60(4), 869-879.

AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Manaus: Departamento de Planejamento (DEPLAN/SUSAM), 2012.

ANDREWS, C. W. Implicações Teóricas do Novo Institucionalismo: Uma Abordagem Habermasiana. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 271-299, Jun. 2005.

ARRAONDO, J. A. A. Analisis de la naturaleza jurídica de la accion concertada sanitaria de las. **Auditoría Pública: Revista de los Organos Autónomos de Control Externo**, v. 75, p. 137-160, 2020.

ARRETCHE, Marta. A agenda institucional. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 147-151, Jun.2007

_____, Marta. Federalismo e igualdade territorial: Uma contradição em termos? *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRIVILLAGA, M.; BORRERO, Y. E. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, mai 2016, p. 1-15.

ARROW, K. *Essays in the theory of risk bearing*. Chicago: Markham. 1971.

ARROW, K. J. **The economics of agency**. Stanford, 1985..

_____, K. "Forward". In: Carroll, G. e Teece, D. [eds.], *Firms, markets and hierarchies*. New York: Oxford University Press, 1999, pp. 7-8.

AZEVEDO, C. E. F.; OLIVEIRA, L. G. L.; GONZÁLEZ, R. K.; ABDALLA, M. M. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília: DF, nov. 2013.

BACIGALUPE, A.; MARTÍN, U.; FONT, R.; GONZÁLEZ-RÁBAGO, Y.; BERGANTIÑOS, N. Austeridad y privatización sanitaria em época de crisis: ¿ existendiferencias entre las comunidades autónomas? **Gaceta Sanitaria Volume 30, Issue 1**, Jan.–Fev. 2016, Pag. 47-51

BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARNEY, J.B.; HESTERLY, W. Economia das organizações: entendendo a relação entre as organizações e a análise econômica. In: *Handbook de estudos organizacionais*. 1ª ed.- 4ª reimpressão- São Paulo: Atlas, 2014.

BARRETO, M.L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (7):2097-2108, 2017.

BORINS, S. New public management: North American style. In: McLAU-GHLIN, K; OSBORNE, S; FERLIE, E. (Coords). *The new public management current trends and future prospects*. Londres: Routledge, 2002.

BARROS, F. P.C; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BOFUKUYAMA, F. What is governance? Governance and *Internacional Journal of Policy, Administration and Institution*. Vol. 26, jul. 2013, p. 347-368.

BORGES, F. T.; FERNANDEZ, L. A. L.; CAMPOS, G. W. S. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 715-728, Set. 2018.

BOVAIRD, T. Public governance: balancing stakeholder power in a network Society. *International Review of Administrative Sciences* 71. 2005 IIAS, SAGE Publications (London, Thousand Oaks, CA and New Delhi) Vol 71(2):217–228

BRASIL Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília: 20 set.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

BRASIL. Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2013. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº.8.122, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº. 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº.8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; nov 18

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (7)de

BRINKERHOFF, D. W. *Accountability* and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. **Health Policy and Planning**, v. 19, n. 6, p. 371–379, 2004.

BUCCI, M. P. D. Direito Administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUTA, B. O.; TEIXEIRA, M. A. C. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade**, v. 27, n. 94, p. 370–395, 2020.

BOFUKUYAMA, F. What is governance? *Governance and International Journal of Policy, Administration and Institution*. Vol. 26, jul. 2013, p. 347-368.

CABASÉS JM. La financiación sanitaria en el Sistema Nacional de Salud descentralizado. *Derecho y Salud*, 2002, 10(1): 29-38.

CAMARERO, MVM. Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enferm Nefrol*, Madrid, v. 17, n. 2, p. 85-91, jun. 2014.

CANITEZ, F. ALPKOKIN, P., BLACK, J.A. Agency costs in public transport systems: Net-cost contracting between the transport authority and private operators-impact on passengers. Cities. Volume 86, March 2019, Pages 154-166

CEBES, 2017- Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda Neoliberal no Brasil e no mundo. Versão Final 3 dez 2017.

CERQUEIRA, K. C. Dependência da trajetória e mudança institucional nos processos de desenvolvimento. Revista Brasileira Ciência Política, Brasília, n. 19, p. 253-275, Abr. 2016.

CLEGG, S. R; HARDY, C.; NORD, W.R. Handbook de estudos organizacionais. 1ª Ed.4ª reimpressão- São Paulo: Atlas, 2014.

COASE, R. H. The nature of the firm. *Economica*, p.386-405, 1937. Reprinted in: COASE. The firm, the market and the law. Chicago: The University of Press, 1988. 217p.

_____, R. H. The problem of social cost. *Journal of Law and Economics*, p.1-44, 1960. Reprinted in: The firm, the market and the law. Chicago: The University of Press, 1988. 217p.

_____, R. H. “The institutional structure of production”. *The American Economic Review*, 1992 vol. 82, nº 4, setembro.

COLEMAN, W.D. Governance and global public policy. In: *The Oxford Handbook of Governance*, David Levi-Four, ed., 2012, p.673-685

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.*, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-236, São Paulo, jan/abr. 2005

COSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA, 2016. Los modelos sociales autonómicos en el contexto español. Disponível em: < http://www.ces.es/documents/10180/5215028/Resumen_ejecutivo_Los_modelos_sociales_autonomicos.pdf/27c8f920-8269-ff58-2bfc-b1d54cc96aff> Acesso em: 02 dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE (CONASS). Progestores: Nota técnica a 03/2015, Contrato Organizativo da Ação Pública- COAP. CONASS, Brasília, 2015.

CORRALES, C A M. Crítica al programa de John Rawls: una defensa al constructivismo de la Teoría de la Justicia. *Analecta política*. Vol. 6. No. 11 | jul.- Dez. 2016.

COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, Abr. 2017.

COSTA-ALCARAZ, A.M.; CALVO-RIGUAL, F.; SIURANA-APARISI, J.C. la gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria. *Revista Española de Salud Pública* 2013; 87:137-147

COUTO, C G; ABSHER-BELLON, G L. Imitação ou coerção? Constituições estaduais e centralização federativa no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 321-344, abr. 2018.

COUNTY HEALTH RANKINGS & ROADMAPS. County Health Rankings Model. University of Winsconsin Population Health Institute, 2014. Disponível em: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-datasources/county->

health-rankings-model> Acesso em: 16 de jan. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUENCA, A.; GONZÁLEZ, R. Sistema De Financiación Autonómica Y Gasto Sanitario En España. **Papeles De Economía Española**, v. 143, p. 75–93, 2015.

DANIELS N. *Just Health: meeting health needs fairly*. New York, Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

DENIS, D.; OSOBOV, I. Why do firms pay dividends? International evidence on the determinants of dividend policy. *Journal of Financial Economics*, v. 89, p. 62-82, 2008.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. The Discipline and Practice of Qualitative Research. *Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research*, 2005, p. 1–32. Sage Publications Ltd.

DUARTE, L. S.; PESSOTO, U. C.; GUIMARÃES, R.B.; HEIMANN, L. S.; CAVALHEIRO, J. R.; CORTIZO, C. T.; RIBEIRO, E. A. W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Rev. Saúde e Sociedade*. v. 24, p. 472-485, 2015.

EISENHARDT, K.M. Teoria da Agência: uma avaliação e revisão. *RGC, São Paulo*, v.2, n.1, art esp, pp. 1-36, abr 2015.

_____. Building Theories from Case Study Research *Academy of Management Review*, 1989, Vol. 14, No. 4, 532-550

ELAZAR, D. "International and Comparative Federalism". *Political Science and Politics*, vol.XXVI n.2. Washington, D.C, 1993

ELSTER, J. *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. TRÂNSITO, A. (trad.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ESPANHA. Lei nº 19, de 9 de dezembro de 2013. Ley de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *BOE* 2014; dez 10. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12887>>. Acesso em: 16 de nov. 2020.

ESPINO, J. A. *Instituciones y economía: una introducción al neoinstitucionalismo económico*. México: Fondo de Cultura Económico, 1999.

ESTEBAN, J.; RAY, D. Linking Conflict to Inequality and Polarization. *American Economic Review* 101, jun. 2011: p. 1345–1374

FALCINI, P. Organizações como configurações naturais do poder *RAE-Revista de Administração de Empresas*, vol. 33, n. 1, 1993

FAMA, E. F.; JENSEN, M. C. Agency Problems And Residual Claims. *Journal of Law & Economics*, Vol XXVI, June 1983.

FAMA, E. F.; FRENCH, K. R. Disappearing dividends: changing firm characteristics or lower propensity to pay? *Journal of Financial Economics*, v. 60, p. 3–43, 2001.

FARIA, T. L. M. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em Belém e Ananindeua, Pará: um estudo sobre os entraves à implementação. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2016 135 f.

FARIAS FILHO, M. C. Elaboração de Projeto de Pesquisa: um guia para seleção e qualificação de mestrado e doutorado. *Série Produção Científica- Vol 4*. Editora Motres, 2019. 74p. 23 cm.

FERRARI FILHO, F; PICCOLOTTO, V. A Dívida Pública do Rio Grande do Sul: uma Análise sob a Ótica da Hipótese de Fragilidade Financeira de Minsky. *Revista Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 36, n. 71, p. 295-322, set. 2018.

FEREJOHN, J.; PASQUINO, P. Teoria da Escolha Racional na Ciência Política: Conceitos e Racionalidade. *Revista Brasileira de Ciência Sociais*, v. 16, nº 45, p. 5-24, fev. 2001.

FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. DE B. L.; MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 37–47, 2018.

FILHO, E.B.S. a teoria da firma e a abordagem dos custos de transação: elementos para uma crítica institucionalista. *Pesquisa & Debate*, SP, volume 17, número 2 (30) pp. 259-277, 2006. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/download/11819/8544>> Acesso em: 26 jul 2018.

FILHO, E.B.S. A Teoria Da Firma e a Abordagem dos Custos de Transação: Elementos para uma Crítica Institucionalista | *pesquisa & Debate*, SP, volume 17, número 2 (30) pp. 259-277, 2006.

FLEURY, S.; OUVERNY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204 p.

FONT I LLOVET, Tomàs. Organización y gestión de los servicios de salud. El impacto del derecho europeo. *Revista de Administración Pública*, [S.l.], n. 199, p. 253-288, abr. 2016.

FORTES, P. A. C.; CARVALHO, R. R. P.; LOUVISON, M. C. P. Crise econômica e contrarreforma dos sistemas universais de saúde: caso espanhol. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, 34, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Indicadores Saúde Amanhã: número de internações adulto de baixa e média complexidade em Manaus, Belém e São Luís de 2010 a 2012. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:< <http://mapas.saudeamanha.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 28 ago.2016.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (FMI). The IMF's approach to promoting good governance and combating corruption: a guide. 2005. Disponível em: < <https://www.imf.org/external/np/gov/guide/eng/index.htm>> Acesso em 19 fev. 2020.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, Jun. 2011.

GÉRVAS, J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008

GÓMEZ, F. T. La protección de la Salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos. 2015. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía Aplicada y Gestión Pública.

GRAHAN, J.; AMOS, B.; PLUMPTRE, T. Governance Principles for Protected Areas in the 21st Century. Fifth World Parks Congress, Durban, 30 June 2003.

HALL, P. A.; TAYLOR, R.C. "Political Science and the Three New Institutionalisms". *Political Studies*, nº XLIV, pp. 936-957, 1996.

HARROW, J. The new public management and social justice: just efficiency or equity as well? In: MCLAUGHLIN, K; OSBORNE, S; FERLIE, E. (Coords). *The new public management current trends and future prospects*. Londres: Routledge, 2002.

HECKERMAN, D. G. Motivating managers to make investment decisions *Journal of Financial Economics* Volume 2, Issue 3, September 1975, Pages 273-292

HESTERLY, W. S.; LIEBERKIND, J.; ZENGER, T. R. Organizacional economics: na impeding revolution in organization theory. *Academy of Management Review*, 15, p. 402-420, 1990.

HIRSCH, P., MICHAELS, S., FRIEDMAN, R. (1987) "Dirty hands" versus "clean models": Is sociology in danger of being seduced by economics? *Theory and Society*, 317-336.

HIERRO, L. A.; ATIENZA, P.; PATIÑO, D. Inequality and progressiveness in the distribution of revenues of the states in federal countries: a comparative study. Working Paper 07-03, International Studies Program / Andrew Young School of policy studies, Georgia State University, 2007.

HIRSCH, P.M.; FRIEDMAN, R.; KOZA, M. P. Collaboration or paradigma a shift? Caveat emptor and the risk of romance with economic models for strategy and policy research. *Organization Science*, 1, p. 87-98, 1990.

HUFTY, M. Gobernanza en salud pública: hacia um marco analítico. *Rev. salud pública*. 12 sup (1): 39-61, 2010

HUFTY, M. BASCÓLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 Sup:S35-S45, 2006.

IFAC (2014). International Framework: Good governance in the public sector.

IKENBERRY, J. History's heavy hand: institutions and the politics of the state. University of Pennsylvania, 1994.

IMMERGUT, E. M., "The Theoretical Core of the New Institutionalism". *Politics & Society*, vol. 26, nº 1, pp. 5-34, 1988.

INCLASNS- Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud (2019). Disponível em: <<http://inclasns.msssi.es/main.html> > Acesso em: 21 de nov. de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Áreas especiais: Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal. 2016a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonia legal.shtm?c=2](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonia%20legal.shtm?c=2)>. Acesso em: 02 out.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estados. 2016b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>>. Acesso em: 02 out.2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Cifras de Población y Censos Demográficos. Disponível em: < [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm ?c=Estadistica_P&cid=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981)> Acesso em: 02 out.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil: configuração atual e tendências da rede urbana. Brasília: IPEA/IBGE/UNICAMP, 2002. Volumes 1 e 4.

JAPIASSÚ, H. Para ler Bachelard. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1976, 180

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. THE NATURE OF MAN.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, October, 1976, V. 3, No. 4, pp. 305-360.

_____. Teoria da Firma: comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade. *RAE*, vol 48, n. 3, pp. 87-125, abr/jun 2008.

JICK, T. D. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, No. 4, Qualitative Methodology. (Dec., 1979), pp. 602-611. Disponível em: < <http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392%28197912%2924%3A4%3C602%3AMQAQMT%3E2.O.C0%3B2-Q>> Acesso em: 07 de abr. 2021.

JONES, B.D.; EPP, D.A.; BAUMGARTNER, F.R. Democracy, Authoritarianism, and Policy Punctuations. *International Review of Public Policy*, Vol. 1, N°1, 7-26, 2019.

JÚNIOR, A.P.; MENDES, A. O Fundo Nacional de Saúde e o desafio da Média e Alta Complexidade. *Argumentum*, Vitória, ES, v.7, n.2, p. 161-177, jul-dez, 2015. Disponível em: <www.portaldepublicacoes.ufes.br/argumentum/article/download/1051>

0/8251 > Acesso em: 26 maio 2018.

KANAANE, R.; FIEL FILHO, A.; FERREIRA, M. G. GESTÃO PÚBLICA: Planejamento, Processos, Sistemas de Informação e Pessoas. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

KAPLAN, B; MAXWELL, J.A. Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Information Systems. in Anderson, J.G., C.E. Aydin and S.J. Jay (eds.) Evaluating Health Care Information Systems, Methods and Applications, Thousand Oaks: CA, Sage Publications, pp.45-68.

KATO, J. Path dependency as a logic of comparative studies: theorization and application. In: ANNUAL MEETING OF AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION (APSA), San Francisco, 1996.

KLEIN, LR.: "The economics of supply and demand", 1983.

KLATT, H. 'German Unification and the Federal System', in Jeffery, C. and Sturm, R., eds, 1993, pp. 1–21

KOGUT, B. Joint ventures: theoretical and empirical perspectives. Strategic Management Journal, 9, p. 319-332, 1988.

KOURULA, A.; MOON, J.; SALLES-DJELIC, M.L.; WICKERT, C. New Roles of Government in the Governance of Business Conduct Implications for Management and Organizational Research. Organization Studies 2019, Vol. 40(8) 1101– 1123.

KRANS, L.F.; ROSA, R. dos S. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): as regiões de saúde no Rio Grande do Sul sob o eixo dos recursos financeiros. Revista Eletrônica Gestão & Sociedade, v. 8, n. 21, p. 735-748, set./dez., 2014.

KICKBUSH, ILLONA; GLEICHER, D. Governance for health en the 21st century. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2012. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf>. .

KURTZ, M. State building in Latin America. New York: Cambridge University Press, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência e Saúde Coletiva, 15 (5):2307-2316, 2010.

LABRADOR, J. R. R. Ochoa, L. A. O. Revista de administración sanitaria siglo XXI, ISSN 1696-1641, Vol. 3, Nº. 2, 2005, páginas 333-346

LASSWELL, Harold D. The future of the comparative method. Comparative Politics, v. 1, n. 1, p. 3. Out. 1968.

LAURANCE E. LYNN, Jr. The many faces of governance: adaptation? Transformations? Both? Neither? In: LEVI-FOUR, David. The Oxford hadbook of governance. Oxford University Press, United Kingdon, 2014.

LEVI-FAUR, D. From "Big Government" to "Big Governance?". In: Oxford Hand Book of Governance. Oxford Universit Press. Oxford, United Kingindon, 2012.

LIMA, L. D.; DE ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G.; *et al.* Regional governance arrangements of the Brazilian unified national health system: Provider diversity and spacial inequality in service provision. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, p. 1–17, 2019.

LIMA, C. L. D. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil Health financing conditions in large cities in Brazil. **Health Financing; Health Policy**, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, 2009.

LIMA, L. D.; C. V.; O'DWYER G.; BAPTISTA, T. W. F.; ANDRADE, C. L. T. KONDER, M. T. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015.

LIMA, L. D. Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UERJ- Universidade do Estado do Rio De Janeiro, 2006.4

LOBEL, O. New Governance as Regulatory Governance (November 21, 2012). *The Oxford Handbook of Governance*, David Levi-Four, ed., 2012; San Diego Legal Studies Paper No. 12-101.

_____, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030- prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [on line]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 73-139.

_____, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3): p. 573-597, 2009.

_____, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNCAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030- prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [on line]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139.

LIPJHART, A. A política comparativa e o método comparativo. *Revista de Ciência Política*, Rio de Janeiro, 18 (4): p. 3-19, out/dez, 1975.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, A.L.d'A.; OLIVEIRA, R.G.de; IOZZI, F.L.; ALBUQUERQUE, M.V.de; ALBUQUERQUE, M.V.de; SCATENA, J.H.G.; MELLO, G.A.; PEREIRA, A.M.M.; COELHO, A.P.S. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v.48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MACHADO, J. A. Federalismo e políticas sociais: conexões a partir da Teoria da Agência. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 1, p. 57–84, 2018.

MACHADO, J. A. Federalismo, poder de veto e coordenação de políticas sociais no Brasil pós-1988. *Organ. Soc.*, Salvador, v. 21, n. 69, p. 335-350, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1984-92302014000200008&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 11 set. 2016.

- MAGALHÃES, R. Governance, social networks and health promotion: Reshaping practices and institutions. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3143–3150, 2018.
- MARQUES, A.P.P; MACEDO, A.P.M.C. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7):2253-2263, 2018
- MARTINS, V. A.; DA SILVA, W. V.; DE MELO, R. A.; MARCHETTI, R. Z.; DA VEIGA, C. P. Teoria de agência aplicada no setor público. **Espacios**, v. 37, n. 35, 2016.
- MATIAS-PEREIRA, J. Curso de gestão estratégica na administração pública. São Paulo: Atlas, 2012.
- MATIAS-PEREIRA, J. Curso de economia política: foco na política macroeconômica e nas estruturas de governança. São Paulo: Atlas, 2015.
- MCDONOUGH, P. BARNES, S. G. PINA, A. L. FIGUEIRA-McDONOUGH, J. A democratização desencantada: a cultura política na Espanha pós-82. *Lua Nova*, São Paulo, n. 26, p. 187-218, Ago. 1992.
- MELO, M. A. "Crise Federativa, Guerra Fiscal e ‘Hobbesianismo Municipal’: Efeitos Perversos da Descentralização?". *São Paulo em Perspectiva*, 1996, vol. 10, nº 3, pp.11-20.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.
- MENDES, A.; WEILLER J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.491-505, ABR-JUN 2015.
- MENEU, Ricard; URBANOS, Rosa. La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. Cuadernos económicos de ICE: Ejemplar dedicado a: Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la Gran Recesión, Madrid, n. 96, p. 35-56, 2018. p. 43.
- MERINO-VENTOSA, M, URGANOS-GARRIDO, R M. Changes in income-related inequalities in cervical cancer screening during the Spanish economic crisis: a decomposition analysis. *Journal for Equity in Health* (2018) 17:184.
- MILLER, S.J.; HICKSON, D.J.; WILSON, D.C. A tomada de decisão nas organizações. In: *Handbook de estudos organizacionais*. 1ª ed.- 4ª reimpressão- São Paulo: Atlas, 2014.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria GM/MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

_____. SUS: Princípios e Conquistas. Secretaria Executiva- Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES Y BIENESTAR SOCIAL (MSCBS). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Informes, Estudios e Investigación 2017 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madri, 2017.

_____. Ley 14/1986 de 25 de abril. General De Sanidad. Madri, 1986.

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (ESP). Portal Estadístico del SNS. Opinión de los ciudadanos: barómetro sanitario 2003 a 2017. Madrid (ES); 2018 [citado 13 2018]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

MINTZBERG, H. **Structure in fives: Designing effective organizations**. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc, 1993.

MORCK, R.; SHLEIFER, A.; VISHNY, R. W. Management ownership and market valuation: An empirical analysis. **Journal of Financial Economics**, v. 20, p. 293–315, 1988. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X88900487>>. .

MONSMA, K. Repensando a escolha racional e a teoria da agência: fazendeiros de gado e capatazes no século XIX. RBCS, vol. 15, núm. 43. Jun. 2000.

MOREIRA, L. M. de C.; FERRE, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, Abr. 2017.

MORK, R.; SHLEIFER, A.; VISHNY, R. W. Management ownership and Market valuation na empirical analysis. *Jornal of Financial Economics* 20 (1988) pg. 293-315. North Holland

MUÑOZ, J. R-A. “Estado federal, confederal y autonómico” en sus Estudios sobre la Constitución. Madrid, La ley, 2002, pp. 193-111.

NEVES, V. O problema dos custos sociais. In: CENTEMERI, L.; CALDAS, J.C. Valores em conflito: megaprojetos, ambiente e territorio. Coimbra: Almedina, 2016.

NORTH, D.C. *Desempeño Económico en el Transcurso de los Años*. Estocolmo, 1998.

NUNES, S. F. Instituto do Pacto da Saúde no Estado do Pará. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós - graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2018.214 f.: il.; 29 cm

NYGREN-KRUG, H. The right(s) road to universal health coverage. *Health and Human Rights* Volume 21, Issue 2, Pages 215 - 228 December 2019

OCDE- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO OU ECONÓMICO (2020) The Directorate for Public Governance, 2020. Disponível em: < <https://www.oecd.org/governance/oecd-directorate-for-public-governance.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

OECD- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO OU ECONÓMICO (2019), *España: Perfil Sanitario del país 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/2a8a83c8-es>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

OLIVEIRA, C. D.; FONTES FILHO, J. R. Problemas de agência no setor público: o papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. *Revista de Administração Pública* [online]. 2017, v. 51, n. 4, pp. 596-615. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7612171397>> Acesso em: 30 jun.2021

OLIVEIRA, D.C.de; SÁ, C.P.; GOMES, A.M.T.; RAMOS, R.deS.; PEREIRA, N.A.; SANTOS, W.C.R.dos. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

OLIVEIRA, R A; DUARTE, C M R; PAVÃO, A L B; VIACAVA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11):e00120718

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, 1986.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde. Edição nº 8. outubro de 2009. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_8_p.pdf> Acesso em: 15 fev. 2021

ONU- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conselho Econômico e Social. Economic and Social Council resolution 116 (VI) D of 1-2 March 1948, E/777, United Nations Audiovisual Library of International Law, 1948a. Disponível em: <<http://legal.un.org/avl/ha/cssp.html>>. Acesso em: 15 fev.2021.

ORUETA, JF; GARCÍA-ÁLVAREZ, A, GARCÍA-GOÑI M; PAOLUCCI F; NUÑO-SOLINÍS R. Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the basque country: a population based study using health administrative databases. *PLoS One*. 2014 Feb 27;9(2):e89787. doi: 10.1371/journal.pone.0089787. eCollection 2014.

O'SHANARAN, J. J, J. Situação Atual da Reforma Sanitária Na Espanha. In: BUSS, P.M., LABRA, M.E., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

OSTRON, E. “A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action”. *American Political Sciences Review*, vol. 92, 1997 nº 1, pp. 1-22.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PARANHOS, D G A M e; MATIAS, E. A; MONSORES, N; GARRAFA, V. As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. *Saúde Debate* | Rio De Janeiro, V. 42, N. 119, P. 1002-1011, Out-Dez 2018.

PERELMAN C. *Ética e direito*. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1996.

PEITER, C. C; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, Dez. 2016.

PELAYO, M. G. *Derech o constitucional comparado*. Madrid, Alianza Editorial, 1984, pp. 243-244. Las ediciones anteriores, en Madrid, *Revista de Occidente*.

PERÄKYLÄ, A. *Analyzing Talk and Text*. In N. K. Denzin; Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (p. 869–886), 2005. Sage Publications Ltda.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2239-2252, jul. 2018.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; FREIRE, J. M. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 11-27, dez. 2015

PERELMAN C. *Ética e direito*. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1996.

PEREIRA, P. T.; AFONSO, A.; ARCANJO, M.; SANTOS, J.C.G. *Economia e Finanças Públicas*. 4ª Ed. Revista e Atualizada. Escolar Editora, Lisboa, 2012.

PÉREZ, F S. Financiación sanitaria y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria* 2005;3(4):567-80

PERPIÑÁN, J. M. A.; MARTÍNEZ, F. I. S.; PÉREZ, J. E. M. *El Sistema Sanitario Público en España y sus Comunidades Autónomas: Sostenibilidad Y Reformas*. 1ª Ed- Bilbao: Fundación BBVA, 2013, 400 p.

PERROW, C. Markets, hierarchies, and hegemony: a critique of Chandler and Williamson. In: VAN DE VEN, A.; JOYCE, J. (Ed.). *Perspectives on organization design and behavior*. New York: Wiley, 1981, p. 347-370.

_____. *Complex organization: a critical essay*. New York: Random House, 1986.

PETERS, G. B. Prefácio. In: CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Guia da política de governança*. 86 p.- Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018.

PETERS, B. G. *Governance as political theory*. Jerusalem Papers in Regulation & Governance Working Paper No. 22 August 2010, pg. 1-23.

PINHEIRO, A; PENA, H; AMARAL, M.; HERREROS, M. Dinâmica Urbana do Estado do Pará (200-2008). p. 145-182. In: PEREIRA, R.; FURTADO, B. (Org.). Dinâmica urbano-regional: rede urbana e suas interfaces. 490p. Brasília: Ipea, 2010.

PINZÓN-PULIDO, S; ALONSO-TRUJILLO, F; TORRÓ-GARCÍA-MORATO, C; RAPOSO-TRIANO, M. F.; MORILLA-HERRERA, J. C. Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Revista enfermeira Clinica*. Vol. 26. Núm. 1. Pág. 3-6 En. – Febr. 2016.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C. (org). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 5ª ed., FGV, 2003

PULITO, M. Z. La articulación de la gobernanza multinivel a través de técnicas orgánicas de colaboración, cooperación y coordinación. **Revista Aragonesa de Administración Pública**, p. 230–263, 2018..

RAQUEL, I. ; VAN BELLEN, H. M. . Contribuição à Concepção da Governança Pública: Uma Análise a partir da Visão dos Especialistas. In: XXXVI ENANPAD, 2012, Rio de Janeiro. XXXVI ENANPAD 2012, 2012

RAWLS, J. *A Theory of Justice*. Revised Edition. Oxford: Oxford University Press, 1999 [1971], p.123

REIS, A. A. C.; SÓTER, A.P.M.; FURTADO, L.A.C.; PEREIRA, S.S.S. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1045-1054. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

REPULLO, J. R. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(S1):62–68.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Regional governance in Brazil's unified health system: A conceptual essay. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075–1084, 2017.

RIKER, W. *Federalism, origin, operation, significance*. Little, Brown and Company, 1964.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 24, p. 9-27, jun. 2005, p. 9-26.

ROSA-CRUZ, S. A.; ARREDONDO-LÓPEZ, A. A. Aportes de gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte sanitario*, Villahermosa, v. 16, n.3, p. 221-227, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000300221&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 de abr. 2021.

ROSS, S. The economic theory of agency: The principal's problem. *American Economic Review*, 1973, 63, 134-139.

SÁENZ ROYO, E. Los márgenes de mejora del estado autonómico ¿Una reforma en clave federal? In TUDELA ARANDA, J.; KÖLLING, M. Costes y beneficios de la descentralización política en un contexto de crisis: el caso español. Madrid: Fundación Manuel Giménez Abad de Estudios Parlamentarios y del Estado Autonómico, 2015, pp. 181-205.

SANTOS, F. A. S.; GURGEL JUNIOR, G. D.; PACHECO, H. F.; MARTELLI, P. J. L. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, dez. 2015.

SAITO, R.; SILVEIRA, A. D. M. Governança corporativa: custos de agência e estrutura de propriedade. *RAE*, Vol. 48, nº 2. abr/jun 2008, pag. 79-86.

SANTOS, A.O; DELDUQUE, M.C.; ALVES, S.M.C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 (1), pp. 1-3, jan. 2016.

SANTOS, F. A. S; JUNIOR, G.D.G.; PACHECO, H.F.; MARTELLI, P.J.L. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Coletiva*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 402-408.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M.C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1659-1668, maio 2016.

SANTOS NETO, J. A.; MENDES, Á. N.; PEREIRA, A. C.; PARANHOS, L. R. Analysis of the unified health system funding and expenditure in the municipalities of the “rota dos bandeirantes” health region, State of São Paulo, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1269–1280, 2017.

SAUNDERS, M.; TOWNSEND, K. Choosing participants. In: CASSELL, C; CUNLIFFE, A.; GRANDY, G. **The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions**. Londres: SAGE Publications Ltd, 2019. p. 480-492.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Mapa com Divisão das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde. Assessoria Técnica de Planejamento. Atualizado conforme Resolução CIB 499, 2014. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155717-mapa-das-regioes-de-saude.pdf>> Acesso em: 13 de nov. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Mapa Estratégico, 2019. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/midia/imagem/mapa-estrategico>> Acesso em: 13 de nov. 2020.

SEN, A. ¿Por qué la equidade en salud? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002

SILVA, C. R; CARVALHO, B.G.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E.F.P.A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr.2017.

SILVEIRA FILHO, R.M.; SANTOS, A.M.; CARVALHO, J.A.; ALMEIDA, P.F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [3]: 853-878, 2016.

SIMON, H. A. *Theories of decision-making in economics and behavioral science*. The American Economic Review, volume 49, number 3, 1960, p. 253-283.

SCHNEIDER, S.; SCHIMITT, C. J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.

SHLEIFER, A.; SUMMERS L. **Hostile takeovers and breaches of trust** A. Auerbach (Ed.), *Corporate takeovers: Causes and consequences*, The University of Chicago Press, Chicago (1988), pp. 33-56.

SOUTO, K. M. B.; SENA, A. G. N.; PEREIRA, V. O. M.; SANTOS, L. M. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 49-62, dez. 2016.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. Cedec, São Paulo: Lua Nova, n. 48, p.187-213, 1999.

SOUZA, C. Coordenação de Políticas Públicas. Brasília: Enap, 2018. 72 pg.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. DA S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953–972, 2010.

SUTTON, Robert I.; STAW, Barry M. O que não é teoria. *Revista de Administração de Empresas*, v. 43, n. 3, 2003.

TEIXEIRA, A.T.; GOMES, R. C. Governança pública: uma revisão conceitual. , 2019. *Revista do Serviço Público*. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3089>>. .

TESOURO NACIONAL. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília, 2018.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (orgs.). *Structuring Politics*. Historical Institutionalism in Comparative Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

THELEN, K. Historical Institutionalism In Comparative Politics. *Annual. Rev. Politics. Science*. 1999. 2:369.404.

THELEN, K.; KUME, I. The Effects of Globalization on Labor Revisited: Lessons from Germany and Japan. *Politics & Society*, vol. 27, nº 4, dez.1999. p. 477-505.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova*, 58, p. 225- 255.2003.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Guia de governança e gestão em saúde: aplicado às secretarias e conselhos de saúde. Brasília: 2018.

TSEBELIS, G. *Jogos Ocultos: Escolha Racional no Campo da Política Comparada*. São Paulo: USP, 1998.

UNITED NATIONS. *The Sustainable Development Goals Report, 2018*. United Nations Publications, New York, United States of America, 2018.

URBANOS-GARRIDO, R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. *Propuestas para lograr la equidade*. SESPAS, *Gaceta Sanitária*, 2016; 30 (S1): 25-30.

URBANOS-GARRIDO, R. PUING-JUNOY, J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. *Informe SESPAS 2014*. *Gaceta sanitária*, volume 28, Supplement 1, June 2014, pg 81-88.

VAN MART, M. *Changing Public Sector Values*. New York: Garland, 1998.

VIACAVA, F.; PORTO, S.M.; CARVALHO, C.C.; BELLIDO, J.G.. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 7 [Acessado 1 Dezembro 2019] , pp. 2745-2760. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>>.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.493-507, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.

VIANA, A.L.D.; MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D.; MENDONÇA, M. H. M.; HEIMANN, L. S.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L.; DAVID, V. C.; IBAÑEZ, P.; FREDERICO, S. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Supl. 2): S117-S131, 2007.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.

VIANA, A. L. D'Á.; BOSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; ALBUQUERQUE, M. V.; MOTA, P. H. S.; DEMARZO, M. M. P. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, Jun 2015.

VIANA, A. L. d'Á.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 30 Junho 2021], e00022519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>>. Epub 17 Out 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, Mar. 2015.

VIEIRA, F.S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 2016.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito a saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas Sobre as Américas*. v. 10, n. 3, pp. 1-28, nov. 2016.

VISCUSI, W.K.; MAGAT, W.A.; HUBER, J. An Investigation of the Rationality of Consumer Valuations of Multiple Health Risks. *The RAND Journal of Economics* Vol. 18, No. 4 (Winter, 1987), pp. 465-479.

WEINGAST, B. R. The Political Foundations of Democracy and the Rule of Law. *The American Political Science Review* Vol. 91, No. 2, Jun. 1997, p. 245-263.

WILSON, W. The study of administration. *Political Science Quarterly*, New York, v. 2, n. 2, p. 197-222, 1887

WILSON, R. On the theory of syndicates. *Econometrica*, 1938, 36, 119-132

WILSON, R., 1968, On the theory of syndicates, *Econometrica* 36, Jan., 119 -132. Wilson.

WILLIAMSON, O.E. *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*. New York: Free Press, 1975.

WILLIAMSON, O. The New Institutions Economics: tacking stocks, looking ahead. *Journal of Economic Literature*, v. XXXVIII, p. 595-613, Set. 2000.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD BANK GROUP. *World Development Report 2017: Governance and the law*. World Bank Publications, Washington, DC, 2018.

World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health statistics 2015*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf;jsessionid=4AF25713399C4B95DF8E33CB3C17B007?sequence=1 Acesso em: 02 out. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Governance for health in the 21st century*. Paris: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf> Acesso em: 30 nov. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION W. H. O. Declaração do diretor-geral da OMS sobre o Comitê de Emergência do RSI sobre o novo coronavírus (2019- nCoV). , p. 1-4, 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Disponível em: <https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/>

ZAGREBELSKY, Gustavo. El derecho dúctil. Tradução de Marina Gascón. 4. ed. Madrid: Trotta, 2002. 156 p.- PROCURAR NA BIBLIOTECA.- COLLADO VILLALBA.

ZYSMAN, J. How Institutions Create Historically Rooted Trajectories of Growth. *Industrial and Corporate Change*. v. 3, n. 1, 1994 p. 243-283.

APÊNDICE A- OBJETIVOS E SÍNTESE DOS RESULTADOS

Objetivo Específico	Resultados
i. Identificar os atores, estatais e não-estatais, que atuam no segmento dos serviços especializados de saúde e a sua importância para a governança	<ul style="list-style-type: none"> • Atores econômicos que atuam na provisão de serviços de saúde: • Sociedade que ao mesmo tempo é destinatária do serviço que também participa da formulação e fiscalização da política e dos serviços • Atores políticos que atuam na formulação de leis; • No Brasil, os estados, municípios, União, órgãos de controle e fiscalização • Na Espanha, as demais CCAA, províncias, municípios, Governo e órgãos de fiscalização e controle, EU.
ii. Analisar o efeito da relação principal-agente no cumprimento das pactuações e financiamento dos serviços especializados	<ul style="list-style-type: none"> • No Brasil, o Rio Grande do Sul e o Amazonas apresentam resultados distintos quanto a relação principal-agente: O Amazonas apresenta maiores dificuldades na contratação de provedores de serviços e no estabelecimento de regras para que estes cumpram os contratos; o Rio Grande do Sul apresenta uma relação menos conflituosa, pois apresenta instrumentos de controle e fiscalização mais eficientes. Este cenário prejudica a provisão de serviços em todo o território do Amazonas com muitas áreas com vazios assistenciais e indicadores de saúde abaixo da média nacional. • Na Espanha, o País Vasco tem mecanismos de governança que garantem maior comprometimento dos envolvidos, um sistema de controle e monitoramento tanto no que se refere aos provedores de serviços especializados quanto com relação ao monitoramento dos indicadores da atenção especializada que permite economizar dinheiro público • Embora em menor grau ao que ocorre no Brasil, Andalucia têm problemas com as extensas listas de espera, com baixo financiamento da saúde , conforme relatado pela entrevistada, e alega que é necessária uma reformulação do mesmo, isto afeta diretamente nos indicadores de saúde da CCAA tanto no perfil dos gastos, que estão abaixo da média nacional quanto aos indicadores de saúde que também acompanham esta tendência.
iii. Analisar os principais obstáculos e as respectivas estratégias da governança para reduzir os riscos resultantes dos problemas de agência	<ul style="list-style-type: none"> • No Brasil a principal estratégia apresentada pelos gestores foi o fortalecimento das arenas decisórias (CIT, CIR e CIB) • Na Espanha, o País Vasco aponta como estratégia investir em uma cultura de qualidade enquanto Andalucia acredita que a mudança no modelo do financiamento é uma matéria urgente.
iv. Compreender os fatores que contribuem para os diferentes resultados em saúde dos países selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • No Brasil : dependência, principalmente dos municípios, das transferências federais; • Na Espanha: o modelo de financiamento, dentre outros fatores, produz resultados diferentes

**APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA- MINISTÉRIO DA SAÚDE- NÚCLEO
DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO- FUNDO NACIONAL DE SAÚDE**



FOMULÁRIO DE ENTREVISTA



Investigación realizada en régimen de Cotutela de Tesis para Doble Titulación conforme el Diario Oficial de la Unión nº 150 de 6 de agosto de 2019, con el título “GOBERNANZA Y POLITICAS DE SALUD: conflictos y costes de cooperación en el acceso a los servicios de media y alta complejidad en Brasil y en España”.			
ENTREVISTADO			
Nome:			
Endereço:	Cidade	Estado	País:
E-mail:	Telefone:		
Formação:	Departamento	Cargo/Função:	
Cargo/Função Anterior:	Tempo no Cargo Atual	Tempo no Cargo Anterior	
Questionário <i>(tema e questões)</i>			
1. CONTEXTO GERAL DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL			
1.1. Quais os principais desafios do Fundo Nacional de Saúde na gestão e alocação dos recursos da saúde no Brasil?			
1.2. Existe um mapeamento de processos para que haja uma alocação eficiente de recursos entre os programas/blocos de financiamento?			
1.3. Quais os principais problemas existentes no financiamento da saúde no Brasil?			
1.4. Existe algum modelo de governança estabelecido no FNS?			
2. ESTRATÉGIA			
2.1. Em sua opinião quais os principais obstáculos e respectivas soluções para que os princípios do SUS sejam efetivados?			
2.2. Em sua opinião quais os pontos positivos e negativos do modelo de financiamento de saúde brasileiro?			
2.3. Existe algum espaço de representação de todas as partes implicadas para promover a coordenação e cooperação multinível entre os agentes públicos e privados e sociedade? Se sim, quais são os principais?			
2.4. Quais são os problemas que precisam ser resolvidos na prestação de serviços especializados para que haja uma efetiva entrega de valor ao cidadão e consequente equidade no sistema de saúde?			

- 2.5. Como é avaliada a eficiência dos gastos em saúde?
- 2.6. Existe algum programa ou incentivo no âmbito do FNS para diminuição das desigualdades regionais em saúde?
- 2.7. Como você avalia a autonomia do gestor público quanto à alocação dos recursos em saúde?
- 2.8. Quais os critérios utilizados para realização das transferências fundo a fundo (considerando os respectivos blocos de financiamento e as necessidades específicas de cada região brasileira)?

3. ACCOUNTABILITY

- 3.1. Como funcionam os sistemas de prestação de contas para que as mesmas sejam acessíveis a todos os cidadãos?
- 3.2. Quais são os canais de comunicação e acesso para os cidadãos a respeito dos gastos do governo em matéria de saúde?
- 3.3. Quais são os problemas mais frequentes nas prestações de contas de estados e municípios?
- 3.4. Quais as principais sanções aplicadas quando detectados problemas nas prestações de contas?
- 3.5. O FNS tem acesso ou algum tipo de participação na construção das PPIs?

4. TRANSPARÊNCIA

- 4.1. São desenvolvidas auditorias para monitorar a gestão dos recursos?
- 4.2. Existe algum mecanismo para troca de informações entre os cidadãos e o FNS sobre a efetiva alocação dos recursos públicos em saúde?
- 4.3. Quanto às contratações e convênios, existem regras claras para celebrar convênios do setor privado com o poder público?
- 4.4. Quais os principais mecanismos para auxiliar os gestores quanto no acesso e gestão dos recursos da saúde disponíveis?

5. COOPERAÇÃO

- 5.1. Existe alguma colaboração entre os entes federativos para fazer discussões para encontrar respostas para os problemas de acesso aos serviços especializados de saúde?
- 5.2. Existe algum tipo de apoio ou assessoramento do FNS para os estados, municípios ou regiões de saúde para desenhar ou pôr em prática estratégias para oferecer serviços de qualidade para todos os cidadãos?
- 5.3. Quanto à definição dos objetivos e posterior avaliação em matéria de saúde, existe colaboração vertical para otimizar os recursos e reavaliar as ações?
- 5.4. Quais as principais ações do governo para diminuir os vazios assistenciais?
- 5.5. Quais as vantagens e desvantagens das prestações diretas de serviços de saúde pelo poder público e das contratações de empresas privadas e organizações sem fins lucrativos?

6. CONFLITOS E CUSTOS DE AGÊNCIA

- 6.1. Quais são as matérias de conflito mais frequentes nos contenciosos de contratação pública no setor de saúde brasileiro?
- 6.2. Na sua opinião, os papéis dos entes federativos, considerando suas responsabilidades em cada programa (atenção básica, atenção especializada, vigilância em saúde e assistência farmacêutica), estão bem definidos?
- 6.3. Quais são as estratégias estabelecidas pelo FNS para diminuir os riscos nas contratações públicas?

6.4. Em sua opinião quais as vantagens e desvantagens da PEC 241/2016 no financiamento da saúde brasileira e os respectivos ajustes necessários para o FNS se adequar a nova norma?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Questões importantes que não foram apresentadas durante a entrevista.

Madri, España, _____, _____ de 2020.

Ministério da Saúde

Tamara Lima Martins Faria
UFPA/URJC

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTAS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL E DO AMAZONAS, BRASIL.



FOMULÁRIO DE ENTREVISTA



Universidad
Rey Juan Carlos

<p align="center">ROTEIRO DE ENTREVISTA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO Investigación realizada en régimen de Cotutela de Tesis para Doble Titulación conforme el Diario Oficial de la Unión nº 150 de 6 de agosto de 2019, con el título “GOBERNANZA Y POLITICAS DE SALUD: conflictos y costes de cooperación en el acceso a los servicios de media y alta complejidad en Brasil y en España”.</p>			
ENTREVISTADO			
Nome:			
Endereço:	Cidade	Estado	País: Brasil
E-mail:	Telefone:		
Formação:	Departamento:	Cargo/Função:	
Cargo/Função Anterior:	Tempo no Cargo Atual:	Tempo no Cargo Anterior	
Questionário (tema e questões)			
1. CONTEXTO GERAL DA SAÚDE			
1.1. Quais os principais desafios da Secretaria Estadual de Saúde?			
1.2. Existe um mapeamento de processos para que haja uma alocação eficiente de recursos nas regiões de saúde e seus respectivos municípios?			
1.3. Quais os principais problemas existentes no financiamento da saúde no estado?			
1.4. Existe algum modelo de governança estabelecido no âmbito da Secretaria de Saúde?			
2. ESTRATÉGIA			
2.1. Em sua opinião, quais os principais obstáculos e respectivas soluções para que os princípios do SUS sejam efetivados no estado?			
2.2. Em sua opinião, quais os pontos positivos e negativos do modelo de financiamento de saúde brasileiro?			

2.3. Existe algum espaço de representação de todas as partes implicadas para promover a coordenação e cooperação multinível entre os agentes públicos e privados e sociedade? Se sim, quais são os principais?

2.4. Quais são os problemas que precisam ser resolvidos na prestação de serviços especializados para que haja uma efetiva entrega de valor ao cidadão e consequente equidade no sistema de saúde em todo o estado?

2.5. Como é avaliada a eficiência dos gastos em saúde?

2.6. Existe algum programa ou incentivo no âmbito da secretaria de saúde para diminuição das desigualdades regionais?

2.7. Como você avalia a autonomia do gestor público estadual e municipal quanto à alocação dos recursos?

2.8. Quais os critérios utilizados para realização das transferências entre as regiões de saúde/municípios (considerando os respectivos blocos de financiamento e as necessidades específicas de cada região)?

3. ACCOUNTABILITY

3.1. Como funcionam os sistemas de prestação de contas para que as mesmas sejam acessíveis a todos os cidadãos?

3.2. Quais são os canais de comunicação e acesso para os cidadãos a respeito dos gastos do governo em matéria de saúde?

3.3. Quais são os problemas mais frequentes nas prestações de contas dos municípios?

3.4. Quais as principais sanções aplicadas quando detectados problemas nas prestações de contas?

3.5. Como se realiza a construção dos planos de saúde e pactuações (PPI) em saúde no Rio Grande do Sul?

4. TRANSPARÊNCIA

4.1. São desenvolvidas auditorias para monitorar a gestão dos recursos?

4.2. Existe algum mecanismo para troca de informações entre os cidadãos e a Secretaria de Saúde sobre a efetiva aplicação dos recursos públicos?

4.3. Quanto às contratações e convênios, existem regras claras para celebrar convênios do setor privado com o poder público?

4.4. Quais os principais mecanismos para auxiliar os gestores quanto no acesso e gestão dos recursos da saúde disponíveis?

5. COOPERAÇÃO

5.1. Existe alguma colaboração entre regiões de saúde para fazer discussões para encontrar respostas para os problemas de acesso aos serviços especializados de saúde no estado?

5.2. Existe algum tipo de apoio ou assessoramento do Ministério da Saúde (e órgãos de controle) para o estado e seus municípios desenharem e/ou colocar em prática as estratégias necessárias para oferecer serviços de qualidade para todos os cidadãos?

5.3. Quanto à definição dos objetivos e posterior avaliação, existe colaboração vertical para otimizar os recursos e reavaliar as ações?

5.4. Quais as principais ações do governo para diminuir os vazios assistenciais?

5.5. Quais as vantagens e desvantagens das prestações diretas de serviços de saúde pelo poder público e das contratações de empresas privadas e organizações sem fins lucrativos?

6. CONFLITOS E CUSTOS DE AGÊNCIA

6.1. Quais são as matérias de conflito mais frequentes nos contenciosos de contratação pública no setor de saúde?

6.2. Quais os principais instrumentos utilizados para diminuir os contenciosos entre a secretaria e seu entorno (Governo Federal, municípios, prestadores privados)?

6.3. É possível estimar os custos envolvidos para manter a coordenação entre os atores envolvidos nos processos visando, assim, a garantia do acesso com qualidade da atenção integral à saúde?

6.4. Em sua opinião, os papéis dos entes federativos (Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde e as respectivas secretarias municipais de saúde do estado), considerando suas responsabilidades estão bem definidos?

6.5. Quais são as estratégias estabelecidas pela secretaria de saúde para diminuir os riscos nas contratações públicas?

6.6. Em sua opinião, quais as vantagens e desvantagens da PEC 241/2016 no financiamento da saúde brasileira e os respectivos ajustes necessários para o estado se adequar a esta norma?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Questões importantes que não foram apresentadas durante a entrevista.

_____, Brasil, _____, _____ de 2020.

Entrevistado

Tamara Lima Martins Faria

**APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS DEPARTAMENTOS DE SAÚDE
DO PAÍS VASCO E ANDALUCIA, ESPANHA**



FOMULÁRIO DE ENTREVISTA



<u>Investigación realizada en régimen de Cotutela de Tesis para Doble Titulación conforme el Diario Oficial de la Unión nº 150 de 6 de agosto de 2019, con el título “GOBERNANZA Y POLITICAS DE SALUD: conflictos y costes de cooperación en el acceso a los servicios de media y alta complejidad en Brasil y en España”.</u>			
ENTREVISTADO			
Nombre:			
Dirección (Calle, nº):	Ciudad:	CCAA:	País: España
Correo:	Teléfono:		
Formación:	Departamento:	Cargo/Función:	
Cargo/Función Anterior:	Tiempo en Cargo actual:	Tiempo Cargo Anterior:	
CUESTIONÁRIO <i>(tema y cuestiones)</i>			
1. CONTEXTO DE SALUD			
1.1. ¿Cuáles son los retos principales del País Vasco para establecer sus políticas de Salud?			
1.2. ¿En su opinión cuáles son las principales acciones para desarrollar un sistema de salud con equidad, sostenibilidad, calidad y eficiencia?			
1.3. ¿Hay levantamiento de los procesos y flujos entre los niveles de atención en salud?			
2. ESTRATÉGIA			
2.1. ¿Cuáles son los puntos de prioridad en el sistema de salud Vasco para mantener buenos indicadores de salud?			
2.2. ¿En su opinión cuáles son los puntos positivos y negativos del sistema de financiación foral considerando las características de la CCAA?			
2.3. ¿Hay algún espacio de representación de todas las partes implicadas para promover la coordinación y cooperación multinivel entre los agentes públicos, los prestadores privados y la sociedad? En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles son los principales?			
2.4. ¿Cuáles son los principales problemas que necesitan ser resueltos en la prestación de los servicios especializados para que haya una efectiva entrega de valor a los ciudadanos?			
2.5. ¿Cómo se evalúan los resultados del Plan de Salud del País Vasco?			
2.6. Sobre las listas de espera: ¿cuáles son las causas y medios posibles para reducirlas?			
3. ACCOUNTABILITY			
3.1. ¿Cómo son desarrollados los mecanismos de prestación de cuentas para que sean accesibles a los ciudadanos?			
3.2. ¿Cuáles son los canales de comunicación y acceso de los ciudadanos sobre las acciones del gobierno en materia de salud?			
3.3. ¿Cuáles son los mecanismos adoptados para control de la calidad de la atención en salud?			

4. TRANSPARENCIA

4.1. ¿Cuáles son los medios utilizados para informar a los ciudadanos sobre las acciones del gobierno en materia sanidad?

4.1. ¿Cómo se desarrolla la auditoría e inspección de centros públicos y privados de servicios de salud? ¿Quién participa de este proceso?

4.3. ¿Cómo se proveen los tiempos de acceso y espera a los servicios de sanidad?

5. COOPERACIÓN

5.1. ¿Hay alguna colaboración con agentes públicos o no públicos para hacer discusiones y lograr respuestas para los problemas de acceso a los servicios especializados de salud?

5.2. ¿Hay algún apoyo o asesoramiento de alguna agencia estatal para diseñar y/o poner en práctica las estrategias para ofrecer servicios de calidad a los ciudadanos?

5.3. ¿En cuánto a la definición de los objetivos y posterior evaluación en materia de sanidad, hay colaboración vertical con otros órganos del gobierno o de la sociedad que tratan de materias como educación, consumo, etc.?

6. CONFLICTOS Y COSTOS DE AGÊNCIA

6.1. ¿Cuáles son las materias de conflicto más frecuentes en los contenciosos de contratación pública en el sector de sanidad (interface entre el sector público y privado en las prestaciones de servicios de salud)?

6.2. ¿Cuáles son las estrategias para disminuir los riesgos en las contrataciones?

6.3. ¿En su opinión, cuál fue el impacto de la crisis en las prestaciones de servicios de salud en País Vasco y cuales cambios fueran necesarios para mejorar los resultados en salud?

CONSIDERACIONES FINALES

Presentar los temas importantes que no fueron presentados durante la entrevista

_____, España, _____, _____ de 2020.

Entrevistado

Dña Tamara Lima Martins Faria

**APÉNDICE E- GUIÓN DE ENTREVISTAS - MINISTERIO DE SANIDAD,
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA- DG. SALUD
PÚBLICA CALIDAD E INNOVACIÓN**



FOMULARIO DE ENTREVISTA



Investigación realizada en régimen de Cotutela de Tesis para Doble Titulación conforme el Diario Oficial de la Unión nº 150 de 6 de agosto de 2019, con el título “GOBERNANZA Y POLITICAS DE SALUD: conflictos y costes de cooperación en el acceso a los servicios especializados”.

ENTREVISTADO

Nombre:

Dirección (Calle, nº):

Ciudad:

CCAA:

País:

Correo:

Teléfono:

Formación:

Departamento:

Cargo/Función:

Cargo/Función Anterior:

Tiempo en Cargo actual:

Tiempo Cargo Anterior:

CUESTIONARIO
(tema y cuestiones)

1. CONTEXTO DE SALUD

1.1. ¿Cuáles son los retos principales de la Subdirección General de Promoción De La Salud Y Vigilancia En Salud Pública para planificar y coordinar las estrategias de salud en España?

1.2. ¿Hay mapeo de procesos entre los niveles de atención en salud (primaria, especializada, hospitalaria, urgencias) para que haya comunicación y coordinación entre estos niveles? Se sí, ¿Cómo se desarrollan?

1.3. ¿Cuáles son los principales problemas existentes para desarrollar una política de salud en un contexto federalista como en España, con comunidades autónomas tan distintas?

1.4. ¿Cuál la influencia de los criterios y variables del modelo de financiación en las prestaciones de servicios de salud en España?

1.5. ¿Hay algún modelo de gobernanza establecido en el MSCBS coordinado con las CCAAs?

2. ESTRATEGIA

2.1. ¿En su opinión como se desarrollan los principios establecidos en la Ley General de Sanidad 14/ 1986

(financiación pública, universalidad, descentralización política, atención integral, integración de las estructuras y servicios) en el contexto español para lograr la equidad y universalidad de la salud?

2.2. ¿En su opinión, cuáles son los puntos positivos y negativos del sistema de financiación de régimen común y foral considerando las características de las comunidades autónomas?

2.3. ¿Hay algún espacio de representación de todas las partes implicadas para promover la coordinación y cooperación multinivel entre los agentes públicos central y regional, los prestadores privados y la sociedad? Se sí, ¿Cuáles son los principales?

2.4. ¿Cuáles son los principales problemas que necesitan ser resueltos en la prestación de los servicios especializados para que haya una efectiva entrega de valor a los ciudadanos y consecuente equidad en salud independiente de posición económica, social o de localización?

2.5. ¿Cómo se avalúan los resultados del Plan de Salud del MSCBS ?

2.6. Sobre las listas de espera: ¿cuáles son las causas y medios posibles para reducirlas?

3. ACCOUNTABILITY

3.1. ¿Cómo son desarrollados los mecanismos de prestación de cuentas para que sean accesibles a todos los ciudadanos?

3.2. ¿Cuáles son los canales de comunicación y acceso de los ciudadanos a respecto de las acciones del Gobierno en materia de salud?

3.3. ¿Cómo los ciudadanos son involucrados en la gestión y en la promoción de salud en España?

4. TRANSPARENCIA

4.1. ¿Cómo se desarrollan las auditorías y las inspecciones de los centros públicos y privados que prestan servicios de salud, para que el departamento pueda gestionar y mantener los estándares de seguridad y calidad nacional? Quiénes participan en dicho proceso?

4.2. ¿Cuáles son los medios utilizados intercambiar informaciones, entre los ciudadanos y Ministerio, sobre las prestaciones de servicios de salud en España?

4.3. ¿Las acciones generales de salud en España son discutidas con las CCAAs? Cómo surgen las demandas?

4.4. ¿Cuáles son los puntos positivos y negativos de desarrollar y coordinar políticas de salud en un contexto donde hay sistemas de financiaciones distintos y una mayor autonomía de los actores regionales?

5. COOPERACIÓN

5.1. ¿Hay en España alguna colaboración con agentes públicos o no públicos para hacer discusiones y lograr respuestas para los problemas de acceso a los servicios especializados de salud?

5.2. ¿Hay algún apoyo o asesoramiento de otros órganos del Gobierno para diseñar y/o poner en práctica las estrategias de salud para ofrecer servicios de calidad a los ciudadanos?

5.3. ¿Para fomentar la calidad en el cuidado de la salud y en la asistencia sanitaria, hay colaboración vertical y horizontal con otros órganos del Gobierno, otras comunidades autónomas o de la sociedad que tratan de materias como educación, consumo, etc? Cómo se desarrolla esta colaboración?

6. CONFLICTOS Y COSTOS DE AGÈNCIA

6.1. ¿Cuáles son las materias de conflicto más frecuentes con las CCAAs para planificar, coordinar y desarrollar las estrategias y programas de salud?

6.2. ¿Cuáles son las estrategias para disminuir los riesgos en las contrataciones privadas?

6.3. ¿En su opinión, cuál fue el impacto de la crisis económica en 2012 y actualmente del Covid19 en las prestaciones de servicios de salud en España? ¿Cuáles cambios fueran necesarios para mejorar los resultados en salud?

CONSIDERACIONES FINALES

Presentar los temas importantes que no fueron presentados durante la entrevista

_____, España, _____, _____ de 2020.

Entrevistado

*Tamara Lima Martins Faria
Investigadora UFPA/URJC*

APÉNDICE F- CARTA CONVITE



Madrid, 03 de febrero de 2020.

Estimado (a)

Le invito a participar de la investigación de doctorado “Gobernanza y políticas de salud: conflictos y costes de cooperación de los servicios especializados” desarrollada en las Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Federal do Pará, bajo la dirección de los profesores Susana Galera Rodrigo y Durbens Martins Nascimento.

El estudio tiene como objetivo analizar la gobernanza de las políticas de salud y las relaciones de agencia presentes en la financiación de los servicios especializados y se realizará a través de encuestas y recogida de datos sobre las regiones y Comunidades Autónomas. Son preguntas cortas y sencillas de responder.

Las encuestas son con preguntas semiestructuradas para que usted tenga la posibilidad de exponer su comprensión sobre el fenómeno.

En ese sentido, destaco la importancia de su participación y estoy disponible para que usted elija el mejor día para responder a la encuesta.

Gracias por su atención.

Saludos cordiales.

Tamara Lima Martins Faria
Urc/Ufpa
t.lima.2018@alumnos.urjc.es
+34 663655423

APENDICE G- HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

En primer lugar, agradecemos su colaboración en el estudio titulado: “GOBERNANZA Y POLITICAS DE SALUD: conflictos y costes de cooperación en el acceso a los servicios de especializados en Brasil y en España”. Sin su ayuda esta investigación no podría realizarse. Gracias por su participación.

1. ¿Qué es y qué persigue este estudio?

El estudio tiene como objetivo analizar la gobernanza de las políticas de salud y las relaciones de agencia presentes en la financiación de los servicios especializados en Brasil y España.

2. ¿Cómo se realizará el estudio?

Este estudio se realizará a través de encuestas y recogida de datos sobre las regiones y Comunidades Autónomas (dos en cada país). Las encuestas son con preguntas semi estructuradas para que usted tenga la posibilidad de exponer su comprensión sobre el fenómeno. Las respuestas son grabadas para posterior análisis.

3.- ¿Cómo trataremos sus datos?

La información recopilada será transcrita para su posterior análisis.

Sepa que la **finalidad del tratamiento** de los datos personales que se deriven de su participación serán utilizados para, después de la transcripción y análisis de contenido hacer parte de los resultados referentes a su percepción sobre el objeto de estudio. No obstante, le informamos que está contemplado en el Reglamento europeo general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 (art. 13.3) que si se diera el caso de que el/la investigador/a responsable del estudio quisiera proyectar el tratamiento ulterior de datos personales para un fin que no sea aquel para el que se recogieron, deberá proporcionarle a usted con anterioridad a dicho tratamiento ulterior la información sobre ese otro fin y todo lo relativo a la información necesaria sobre sus derechos y el tratamiento de los datos.

- El **plazo de conservación** de sus datos personales con posterioridad a su participación será de 5 años.
- Le informamos que el estudio **NO** va a implicar **decisiones automatizadas** y **NO** va a incluir la **elaboración de perfiles**. Sepa que usted tiene el derecho a oponerse a que sus datos sean sometidos a decisiones individuales automatizadas. En caso de que usted consienta, está en su derecho de que le expliquemos la lógica aplicada que vamos a seguir para dicho tratamiento de datos, que será la siguiente: transcripción y análisis de contenido
- Todo ello será importante para entender las dinámicas existentes en la política de gobernanza de las comunidades autónomas, así mismo, las consecuencias previstas de dicho tratamiento de datos para usted consisten en que solamente al título de información.
- Le informamos que el/la investigador/a principal **NO** tiene intención de realizar transferencia internacional de datos a un tercer país u organización internacional.

4.- Sus derechos en materia de protección de datos

A continuación, le proporcionamos información que tiene derecho a conocer en cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos y a efectos de garantizar un tratamiento de datos leal y transparente para usted:

- Dado que usted está leyendo esta hoja de información, ya que se solicita su participación en un proyecto de investigación, sepa que tiene derecho a recibir previamente toda la información necesaria debidamente documentada y en forma comprensible y mediante los medios adecuados según las necesidades de adaptación que usted requiera para ello. Si no entiende algo no dude en decirlo y en pedir todas las explicaciones que necesite.
- Le informamos que la **investigadora responsable del estudio** es: **Tamara Lima Martins Faria, doctoranda de la Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Federal do Pará, contactos: t.lima.2018@alumnos.urjc.es y 663655423**
- Sepa que sólo tendrán acceso a sus datos los miembros del equipo de investigación, siendo el **[responsable último del tratamiento](#)** de los datos el/la Investigador Principal. Será con esta persona con la que deberá contactar en la dirección de correo arriba indicada en caso de querer ejercer los derechos que le corresponden en materia de protección de datos.
- Ponemos en su conocimiento que, en cumplimiento del Reglamento europeo general de Protección de Datos, la Universidad Rey Juan Carlos ha designado, como **delegado de protección de datos**, a D. Jesús Messía de la Cerda Ballesteros. Las funciones de este delegado son de asesoramiento, control y supervisión de los procedimientos y de aplicación de la normativa, así como las relaciones con la Agencia Española de Protección de Datos como autoridad de control y con los interesados. A tal efecto, sepa que podrá contactar con el delegado en la dirección de mail protecciondedatos@urjc.es.
- Según los **artículos 15 a 22 del Reglamento Europeo (UE) 2016/679** usted tiene derecho a solicitar al responsable del tratamiento de los datos, es decir, al Investigador principal, el acceso a sus datos personales, a su rectificación o supresión, a la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Sepa, además, que tales derechos podrán ejercerse directamente o por medio de representante legal o voluntario.
- Asimismo, y en relación con los derechos del apartado anterior, en caso de que este consentimiento se estuviera realizando **al respecto de menores de 14 años o de otras personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento**, los titulares de la patria potestad o representantes legales podrán ejercitar en nombre y representación tales derechos o cualesquiera otros que pudieran corresponderles en el contexto de la Ley Orgánica de Protección de datos 3/2018 de 5 de diciembre, así como del Reglamento UE 2016/679.
- Usted tiene **derecho a retirar/revocar su consentimiento** en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada o sin que ello le reporte ningún tipo de consecuencia.
- Según el Reglamento UE 2016/679 en su artículo 77, usted puede ejercer su **derecho a presentar una reclamación** ante una autoridad de control.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

- En representación de mí misma/o
- En representación de otra persona de la que paso a indicar su nombre

Nombre de quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio,

confirmando que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmo que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias para poder entenderlo bien, por lo que manifiesto mi voluntad libre e informada de aceptar voluntariamente mi participación en el estudio, suscribo que me es entregada copia de este consentimiento y consiento de forma expresa, mediante mi firma, el tratamiento de mis datos personales para los fines anteriormente mencionados, en relación con la gestión y ejecución del proyecto de investigación.

En _____, España a ____ de _____ de 2020.

Entrevistado (a)

Tamara Lima Martins Faria
Investigadora UFPA/URJC

APÊNDICE H- DETALHAMENTO DA ENTREVISTA

Entrevistado	Data	Duração	Forma	Páginas	Referências
Ministério da Saúde	15/02/2020	01:03:07	Presencial	12	229
SES Rio Grande do Sul	27/05/2021	01:48:21	Remota	15	317
SESAU Amazonas	29/07/2020	01:18:21	Remota	14	242
<i>Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social</i>	15/01/2021	00:53:14	Remota	9	147
<i>Departamento de Salud País Vasco</i>	29/01/2020	01:07:00	Presencial	14	210
<i>Departamento de Salud y Familias</i>	23/01/2020	00:24:03	Presencial	5	57