

2.2.1 Complementação dos serviços de saúde

O estabelecimento de contratos com o setor privado se justifica, além da oferta insuficiente da rede própria do SUS para atender a demanda da população, pela necessidade de tornar flexível a contratação de profissionais e serviços em estabelecimentos públicos e os limites financeiros impostos pela Lei de Responsabilidade Social (LRS) para contratação de pessoal (FIOCRUZ, 2021). Por derradeiro, o art. 197 da CF, não exclui a participação de terceiros, e pessoas físicas ou jurídicas de direito privado na execução de ações e serviços de saúde.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Brasil, 1988, art.197)

A Constituição Federal (1988), reconhece “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, mas estabelece que ações e serviços de saúde “são de relevância pública”. Isto porque, a liberdade de agir concedida à iniciativa privada não é autoaplicável, mas requer norma legal complementar que a regule. Por sua vez, a “relevância pública” decorre do reconhecimento de que a “saúde” é um bem público puro por apresentar, entre outros aspectos, algumas características que a distinguem de outros tipos de bens e serviços, entre as quais se incluem sua universalidade, imaterialidade, indivisibilidade e inapropriabilidade (Narvai; Frazão, 2012).

A iniciativa privada, pode participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Art.199, CF). A respeito da participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde, escreveram Cipriano Maia de Vasconcelos e Dário Frederico Pashe (2006, p. 531):

“A participação efetiva do setor privado no SUS hoje é mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de maior densidade tecnológica e custo, e representa uma proporção importante dos gastos do sistema”.

Especificamente acerca da participação, em caráter complementar, das instituições privadas nas ações e serviços públicos de saúde que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei nº 8.080/90, em seus artigos 24 a 26, estabelece as condições fáticas que a justificam e autorizam, a garantia de preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, e diretrizes para a fixação dos critérios e valores e dos parâmetros de cobertura assistencial pela

direção do SUS. Essas instituições privadas de assistência à saúde, contratadas ou conveniadas com o SUS, devem atender às seguintes condições:

- I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- II - submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
- III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- V - atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- VI - submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;
- VII - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente;
- VIII - garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização (Brasil, 2010b, art.8º).

Para que o gestor possa complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde é imprescindível que, além de restar comprovada a sua real necessidade, que haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde. Essa necessidade deve ser aprovada pelo Conselho de Saúde, e obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, especialmente, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso (Brasil, 2010b).

De acordo com Scheffer e Bahia (2011) cresceu uma rede de interesses privados em torno do setor de saúde, sob a insígnia da complementaridade do privado, abarcando segmentos empresariais de distintas naturezas e competências, e cujo âmbito é atuação não se encontram especificados no texto constitucional. A atuação complementar dessas organizações e empresas de natureza privada no setor saúde no Brasil, não importa se de maneira lucrativa ou filantrópica, vem influenciando a própria definição das políticas e legislações setoriais, mediante elos bastante estreitos com o Poder Executivo.

2.2.2 Princípios e Diretrizes do SUS

O SUS foi criado com princípios doutrinários, que são a base para a operacionalização do sistema. A ideia de sistema, segundo Sueli Dallari e Nunes Junior, “expressa a designação constitucional que predispõem todos os meios de atuação a um arranjo combinado destinado à concretização da atenção integral à saúde” (2010, p.77). As ações e serviços públicos de saúde

constituem um sistema único, desenvolvidas de acordo com diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal.

- 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 (Brasil, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF, obedecendo ainda aos seguintes princípios, previstos na Lei Orgânica da Saúde:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras;
- XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes (Brasil, 1990).

Raphaela Solha (2014) discorre que o conceito de universalidade baseia-se no fato legal de que todos os cidadãos tem direito à saúde, sendo o Estado o provedor dos serviços. Assim, o Estado deve garantir o acesso aos serviços e ações necessárias para a manutenção da saúde, de forma igualitária, sem discriminações de quaisquer origens. As ações são abrangentes, não estando limitadas a um serviço único e tendo como principal porta de entrada os serviços

de Atenção Básica (AB), representados pelas UBS. Um dos atuais desafios do SUS é fazer com que a AB seja resolutiva e funcione como porta de entrada do sistema, e não apenas como encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade.

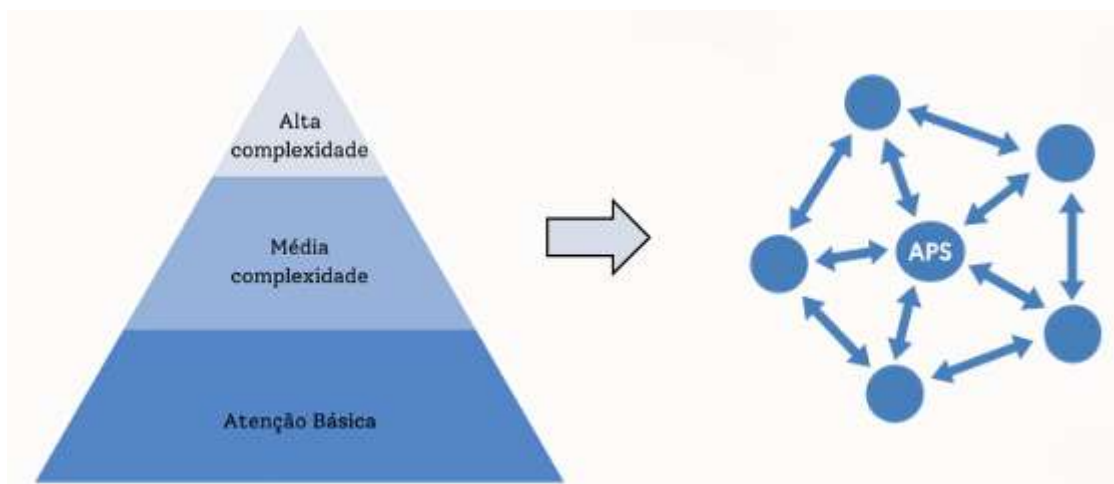
Tanto no texto constitucional, quanto na lei nº 8.080/1990, fica claro que as ações e os serviços de saúde devem ser articulados entre o setor de saúde e os outros setores da sociedade. Este é um dos entendimentos do conceito de integralidade: organizar os serviços e ações de forma mais ampla e complexa, de modo a oferecer cuidados que atendam todas as necessidades de saúde da população (Solha, 2014).

A equidade atua na busca para corrigir as desigualdades existentes, tratando os desiguais na medida de suas desigualdades, distribuindo os recursos e serviços de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo e levando em consideração fatores como localização geográfica, características demográficas e condições de saúde. Se ações e serviços de saúde fossem os mesmos, para todos, provavelmente alguém receberia o que não precisa, enquanto outros não receberiam o necessário. Por isso é importante conhecer a população e suas carências para realizar o planejamento de ações, visando agir com equidade (Barata, 2009).

A possibilidade de trabalhar a realidade local, proporcionando um atendimento mais eficiente e efetivo é possível por meio do processo de regionalização. Visando descentralizar a gestão da saúde, a regionalização organiza os serviços em rede, segmentando por regiões e permitindo uma melhor coordenação entre os níveis de governo e as entidades locais de saúde.

Por sua vez, a hierarquização é uma diretriz organizadora do SUS, que parte da classificação dos serviços, categorizados consoante a densidade tecnológica de cada um deles. A partir da implantação das Redes de Atenção à Saúde, essa diretriz hierárquica integrou-se com a lógica das redes, superando a concepção da conformação geográfica da pirâmide e orientando-se para um modelo circular, com abertura das possibilidades de entrada pelos usuários (Brasil, 2022).

Figura 01 – Mudança do formato piramidal para as redes de atenção à saúde



Fonte: elaborado pela autora, 2024.

Há então o rompimento das relações verticalizadas e formação de redes policêntricas horizontais, que apresentam a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação, direcionando os usuários para os pontos de atenção mais adequados à sua necessidade, cumprindo papéis específicos para necessidades específicas (Brasil, 2022).

2.2.3 O Controle Social no Sistema Único de Saúde

O SUS é resultado de um processo democrático, e produto de uma evolução histórica, com forte participação dos movimentos populares. Sendo assim, a participação popular é um dos seus princípios, garantido por lei. Para elaboração de políticas públicas de saúde ligadas ao SUS, observa-se o planejamento e orçamento ascendente, partindo-se do nível local para o federal, com oitiva dos Conselhos de Saúde e atendimento das orientações emanadas das Conferências de Saúde, sendo ambas, instâncias colegiadas existentes em cada nível da federação, que foram criadas pela lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990).

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina que a participação popular deve acontecer em fóruns específicos, que são as conferências e os conselhos de saúde. Estes, por sua vez, possuem caráter deliberativo e devem ser compostos de forma paritária por usuários do SUS, trabalhadores do SUS e gestores/gerentes – todos chamados de conselheiros de saúde. Sem essa estrutura mínima, a União não realiza os repasses financeiros para os estados e municípios. Por essa razão, conselhos e conferências são espaços que devem ser controlados

pela cidadania ativa, pela sociedade organizada, para que neles sejam colocadas em pauta as questões que, dizendo respeito à esfera pública, sejam de propriedade estatal ou particular, afetem o interesse público na saúde (Brasil, 1990).

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. No modelo de gestão participativa, em um sistema de cogestão, os colegiados gestores, como um potente dispositivo de democratização, propiciam a construção coletiva e garantem que o poder seja de fato compartilhado. A implantação de colegiados gestores nos serviços de saúde, visando promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, foram incentivados na Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, operado por meio do princípio da transversalidade, que utiliza de ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2009).

Na compreensão de Narvai (2022), a participação social em saúde melhora a qualidade da democracia, possibilitando aprofundá-la, radicalizando-a no que lhe é essencial, como uma forma de governo em que o poder político deve se distribuir entre os cidadãos e não se concentrar em autocratas ou em formas oligárquicas. Ao mesmo tempo, apenas na democracia a participação social se efetiva, consolida, aprofunda e protege a cidadania, reconhecendo e valorizando, como riqueza, o exercício de direitos. Uma e outra são inseparáveis, uma é condição *sine qua non* para a outra, pois democracia sem participação social é mera formalidade, apenas um espetáculo ritualístico cuja finalidade é tão somente encobrir o efetivo exercício do poder por interesses que não são os populares (Narvai, 2022).

Desta forma, a participação deve ser valorizada e incentivada no âmbito do SUS. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco do processo decisório nas instituições em que trabalham. Fato esse, atribuído a percepção de participação difícil ou complexa, seja pelo excesso de burocracia, ou devido uma gestão centralizadora e pouco participativa no sistema de saúde (Brasil, 2009).

2.2.3.1 Os conselhos de saúde

Hodiernamente, existem quatro níveis de conselhos, que vão desde os conselhos locais dos serviços até o Conselho Nacional de Saúde (CNS) conforme detalhado na Figura 2. Em muitos municípios, existem apenas os Conselhos Municipais de Saúde (CMS); em outros, o CMS surgiu antes dos Conselhos locais. Hoje, mais de 98% dos municípios brasileiros possuem conselhos. Como a lei nº 8.142/90 não detalha como eles devem funcionar, os estados e

municípios promulgam outras leis complementares e regulamentos para nortear o seu funcionamento (Solha, 2014).

Figura 02 – Conselhos de saúde e sua composição



Fonte: Elaborado pela autora, 2024. Adaptado do livro Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas (Solha, 2014).

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, com composição colegiada integrada por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, também atuantes na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cuja decisão serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Em razão de terem, em sua formação, representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, são considerados os meios pelos quais a comunidade participa diretamente da formulação de políticas públicas de saúde e de sua administração. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990).

Para assegurar a composição paritária dos Conselhos de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde editou, em 2012, a Resolução de nº 453, a qual disciplinou que o número de vagas existentes nos Conselhos de Saúde ficará a cargo da lei que o criou ou instituiu, mas as cadeiras deverão ser ocupadas nas seguintes proporções:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (Brasil, 2012, II).

Por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, é formado por 48 conselheiros titulares, cada um com dois suplentes, representantes de entidades e instituições dos segmentos governo, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários, e sua composição é paritária a fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos (Brasil, 2008). As entidades com representação no CNS foram definidas no Decreto 1.448, de 6 de abril de 1995, e as atuais atribuições e competências do CNS estão dispostas no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, a Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008.

Criado em 1937, o CNS tem por missão fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de Controle Social na Saúde. O CNS tem por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde (PNS), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Brasil, 2008).

Importante mencionar, que para atender as determinações da Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, houve a inclusão, por meio da Lei nº 12.466/2011, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, e, dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) para representar os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems (Brasil, 2011).

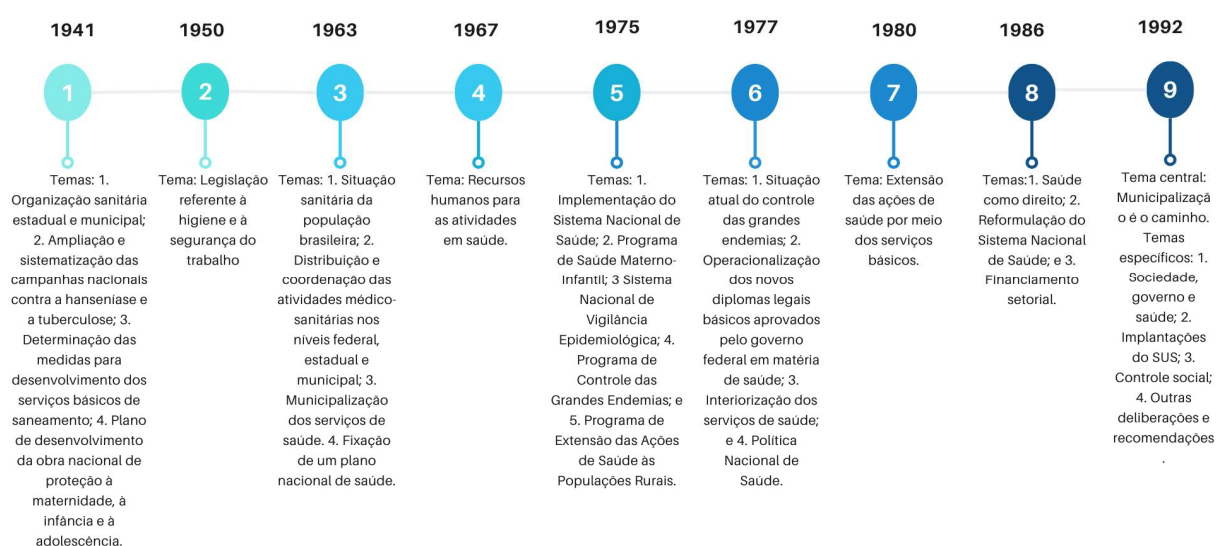
Esse modelo de organização do Sistema Único de Saúde deriva da descentralização do sistema presente na Norma Operacional Básica de nº 01/93. Por intermédio dela, surgiram no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do Ministério da Saúde, do CONASEMS e do CONASS, e no estadual, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), da qual participam tanto os dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde, quanto os representantes do COSEMS (Brasil, 1993b).

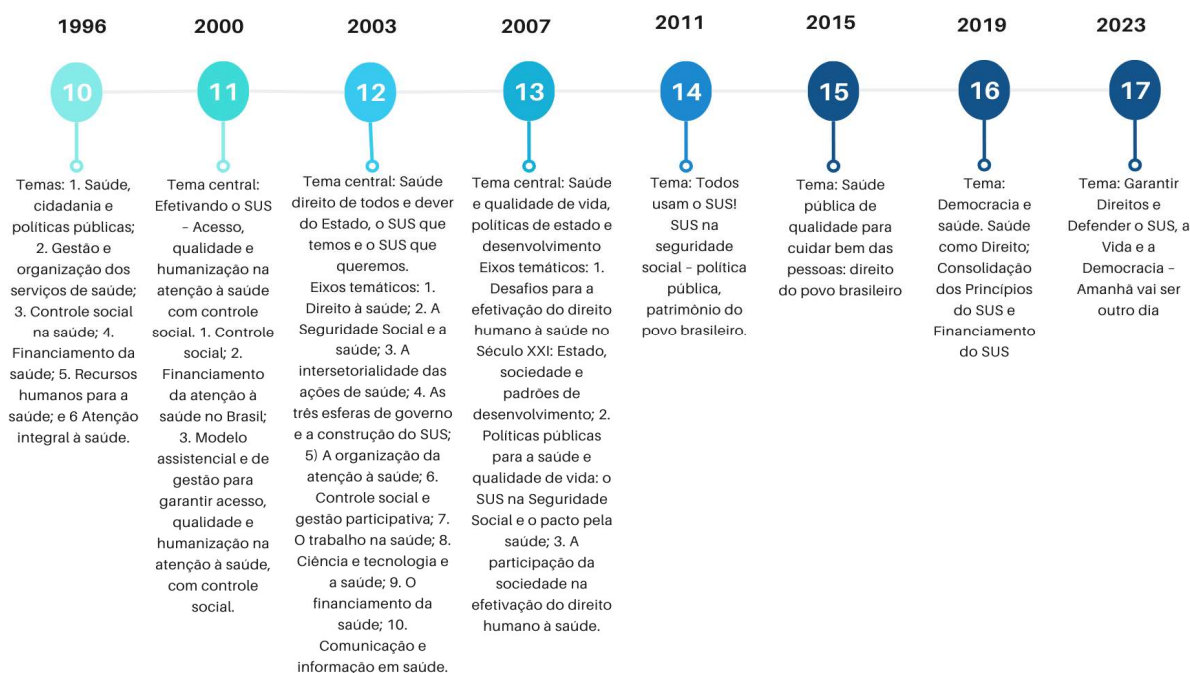
2.2.3.2 As conferências de saúde

As Conferências de Saúde são convocadas ordinariamente a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou extraordinariamente por seus membros ou pelo respectivo Conselho de Saúde, possuindo como atribuição a avaliação da situação da saúde e, a partir do quadro detectado, propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Suas conclusões não vinculam a atuação do Poder Executivo, sendo, pois, órgãos consultivos que funcionam como verdadeiras ouvidorias, auscultando os cidadãos e detectando as reais condições de saúde (Brasil, 1990).

Iniciadas em 1937, as Conferências de Saúde trouxeram mudanças significativas para a gestão da saúde no Brasil. Organizadas para promover debates sobre temas de interesse coletivo, permitem que grupos apresentem propostas em plenárias, cujas decisões são consolidadas em relatórios e votadas pelos participantes. Esses debates podem resultar na formulação de diretrizes, na avaliação da situação da saúde, no acompanhamento da execução de resoluções anteriores e na definição de prioridades. Como a formulação das políticas de saúde começa no plano local, as Conferências Municipais de Saúde precedem as estaduais e distritais, culminando na realização da Conferência Nacional de Saúde (PenseSUS, 2024).

Figura 03 – Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde





Fonte: Elaborado pela autora, 2024. Adaptado do Conselho Nacional de Saúde (s.d.).

2.3 CONTRATUALIZAÇÃO

A partir da década de 1990, o Brasil foi fortemente influenciado por diretrizes internacionais de Reforma de Estado. Investindo no aprimoramento de instrumentos de gestão e na maior capacidade de governança, a "contratualização de resultados" foi introduzida na administração pública pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) para promover mudanças na estrutura do aparelho do Estado. Essas mudanças incluíram novos preceitos organizacionais denominadas “agências executivas” e “organizações sociais”, favorecendo a responsabilização por resultados e um novo tipo de relação entre ministérios e entidades vinculadas (Abrucio; Pó, 2002).

A contratualização envolve habilidades como negociação, competências gerenciais, a exemplo do planejamento estratégico, sistemas de informações gerenciais e comunicação interna, identificação de obstáculos sistêmicos à melhoria do desempenho organizacional e adoção de relações hierárquicas mais horizontalizadas. Busca-se, assim, equilibrar a autonomia da gestão, o controle social por meio da participação e o controle de resultados (Pacheco, 2004).

Salgado (2010) pontua que o termo “contratualização” é um neologismo, pois não se encontra registrado nos dicionários da língua portuguesa. O termo está relacionado ao ato de

celebrar acordos de desempenho internos à Administração Pública ou entre um órgão ou entidade pública e uma entidade privada sem fins lucrativos, com o objetivo de estimular o desempenho em direção ao alcance de objetivos e metas de interesse público (Salgado, 2024). Esse mecanismo tem sido utilizado por órgãos governamentais para gerir resultados em seus próprios departamentos e instituições, como uma maneira de atingir metas previamente estabelecidas junto ao núcleo estratégico de governo (Di Pietro, 1996).

O termo contratualização tem sido amplamente empregado em diversas áreas e, apesar de possuir práticas semelhantes, não se confunde com o termo “contratação”. Enquanto contratar sugere a aquisição de determinado serviço ou bem junto a terceiros, mediante pagamento baseado em preço, instituído em ambiente de mercado competitivo e tendo o lucro como resultado final, contratualizar, por sua vez, pressupõe cooperação, parceria e colaboração mútua. Essa colaboração é realizada por meio de metas quali-quantitativas para o alcance de objetivos comuns (Salgado, 2018).

No caso brasileiro, é possível identificar que ainda não existe uma tendência consolidada de financiamento e gestão dos sistemas de saúde que permita demonstrar a superioridade de modelos baseados exclusivamente nas regras de mercado ou, ao contrário, na intervenção estatal plena. Em termos gerais, o núcleo das reformas está ligado a modificações, em níveis macro e micro, das formas de financiamento dos sistemas, bem como das suas formas de organização, gestão e regulação (Silva, 2003).

2.3.1 Contratualização no Sistema Único de Saúde

A introdução do processo de contratualização no contexto hospitalar ocorreu em 1991, ano em que foi assinado o primeiro contrato de gestão no Brasil, fiscalizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), entre a União Federal e a Associação das Pioneiras Sociais (APS) – Rede SARA, composta por hospitais especializados em assistência médica e reabilitação nas áreas neurológicas e ortopédicas (Sarah, 2024).

Segundo Liberatti *et al.* (2020), a contratualização constitui um amplo instrumento de gestão aplicável a todos os níveis federativos, envolvendo gestores e instituições, sendo utilizado para a prestação de diversos serviços na área da saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, define contratualização como um processo pelo qual as partes – o gestor municipal ou estadual do SUS e o representante legal do

hospital – estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual (Brasil, 2013).

O termo "contratualização" é um neologismo criado no âmbito do SUS e não está registrado nos dicionários formais da língua portuguesa. Ele compreende toda e qualquer forma de pactuação que vise, entre outras finalidades, estabelecer mecanismos de subordinação do processo de execução às diretrizes das políticas de saúde no SUS (Salgado, 2018; Brasil, 2011). A contratualização no Sistema Único de Saúde pode ser classificada como interna, quando realizada com entidades vinculadas à Secretaria de Saúde, ou externa, quando envolve o gestor de saúde e entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (Salgado, 2018).

É importante destacar que, respeitadas as competências dos entes federativos, foi implantada a Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde, abrangendo as três esferas de governo. A PNR-SUS organiza-se em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. No contexto da contratualização de serviços de saúde, conforme normas e políticas específicas do Ministério da Saúde, a responsabilidade recai sobre a Regulação da Atenção à Saúde. Esta abrange a contratação de serviços de saúde, o controle e a avaliação dos serviços e da produção assistencial, a regulação do acesso à assistência e a auditoria assistencial (Brasil, 2008).

Conforme Raphaela Solha (2014), a regulação em saúde, trata-se da forma como o Estado intervém em alguns setores sociais e da economia, visando equilibrar as relações entre as necessidades da população, prestadores de serviço e Estado, ordenando o sistema por meio da normatização, para que ele funcione de acordo com os objetivos do SUS.

Na busca por uma gestão eficiente, eficaz e qualificada, são fixados, na contratualização, critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

- I - Melhorar o nível de saúde da população;
- II - Responder com efetividade às necessidades em saúde;
- III - Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;
- IV - Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;
- V - Coordenar as atividades das partes envolvidas;
- VI - Assegurar a produção de um excedente cooperativo;
- VII - Distribuir os frutos da cooperação;
- VIII - Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e
- IX - Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão (Brasil, 2010b).

Pontua Salgado (2024) que, ao celebrar um convênio, contrato de gestão, termo de parceria, termo de colaboração ou outro ajuste semelhante com uma entidade civil sem fins lucrativos, a Secretaria de Saúde não está contratando a prestação de serviços. Trata-se de uma parceria, fundamentada no reconhecimento de que a entidade civil possui finalidades estatutárias convergentes com as políticas públicas de saúde. Dessa forma, a entidade pode atuar como parceira na execução de ações ou serviços de saúde previstos no Plano Estadual ou Municipal de Saúde. Para a contratualização, o gestor local deverá considerar os seguintes critérios de priorização:

- I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais;
- II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS;
- III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS;
- IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e
- V - hospitais privados com fins lucrativos (Brasil, 2013b, art.31).

A contratualização busca garantir a universalidade, equidade e integralidade de acesso à população na atenção hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o acesso e a qualidade da assistência ao usuário por meio de encaminhamento regulado de forma regionalizada. Essa abordagem assegura a continuidade dos cuidados, articulando o hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo é proporcionar um cuidado centrado no usuário, considerando suas necessidades multidimensionais, com acesso a atendimento multiprofissional e interdisciplinar, de forma humanizada (Brasil, 2013).

2.3.2 Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Atenção Hospitalar

Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Atenção Hospitalar desempenham um papel central no enfrentamento dos desafios impostos pela diversidade regional do Brasil. O país apresenta marcantes diferenças socioeconômicas e distintas necessidades de saúde entre as regiões, agravadas pelo peso significativo da oferta privada e seus interesses no mercado de saúde. Esses fatores aumentam a complexidade de lidar com questões como acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, demonstrando os desafios de constituir um sistema unificado e integrado no país (Brasil, 2010).

Todo o planejamento do SUS deve ser realizado de acordo com a realidade local, levando em consideração os recursos humanos, financeiros, a estrutura dos serviços e o perfil epidemiológico da região. Esse planejamento deve prever a execução, o monitoramento, o

acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de saúde, garantindo sua eficácia e adequação às necessidades locais. Nesse sentido, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) emerge como uma ferramenta essencial para organizar e viabilizar essas ações (Solha, 2014).

Conforme destaca Raphaela Solha (2014), é por meio da PPI que se definem as ações a serem realizadas em cada território, além da alocação de recursos financeiros para a saúde. Essa definição ocorre com base em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, assegurando a execução e a garantia de ações essenciais para atender às necessidades de saúde da população.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Dessa forma, as Redes de Atenção à Saúde apresentam-se como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (Brasil, 2010).

A Portaria GM/MS nº 4279/2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e define a RAS como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, objetificando promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010b).

Um dos pontos cruciais da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PHNOSP) é a definição da necessidade de regulação do acesso. Esclarece, Raphaela Solha (2014), que nos casos de urgência/emergência os usuários devem dar entrada nos hospitais, sendo classificados de acordo com seu quadro clínico, ou serem referenciados por outro ponto da RAS, como unidades básicas e ambulatórios de especialidade/policlínicas, de forma a serem atendidos de acordo com a sua necessidade, otimizando o uso das vagas, racionalizando os custos e aumentando a eficiência e a eficácia do sistema hospitalar.

Estabelecendo as diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, a PNHOSP, foi promulgada pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de

2013, e é voltada para todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. São diretrizes da PNHOSP:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e
- XIV - monitoramento e avaliação (Brasil, 2013, art.6º).

Dentre os sete eixos estruturantes da PNHOSP, destaca-se o eixo da contratualização. É por meio da contratualização que se define, em consonância com o desenho da RAS a gestão da atenção hospitalar no SUS. Cabe aos hospitais desenvolverem estratégias para o monitoramento e a avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização, bem como da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS. Esses resultados devem ser utilizados para subsidiar o processo de planejamento e gestão, além de viabilizar ações e serviços de saúde às centrais de regulação, conforme o estabelecido no instrumento formal de contratualização (Brasil, 2013).

Nesse contexto, as responsabilidades dos hospitais no âmbito da contratualização estão divididas nos eixos de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação. Compete a essas instituições avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos previamente estabelecidos, monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. Ainda no âmbito da contratualização, mais especificamente no eixo da gestão, compete aos hospitais:

- I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
- II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
- IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
- VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (Brasil, 2013b, art.8º)

Compete ainda aos hospitais desenvolver estratégias para o monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização, bem como da qualidade das ações e serviços, de forma sistemática e integrada às instâncias gestoras do SUS, utilizando os resultados obtidos para subsidiar o processo de planejamento e gestão (Brasil, 2013). Além disso, a assistência hospitalar no SUS é estruturada de acordo com as necessidades da população, com vistas a garantir o atendimento aos usuários com base na atuação de equipes multiprofissionais, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso (Dallari; Nunes Junior, 2010).

Ressalta-se que as disposições da PNHOSP, só se aplicam aos hospitais integrantes do SUS, sob a gestão de qualquer ente federativo, que enquanto público e privado com fins lucrativos, tenha no mínimo cinquenta leitos operacionais, e, caso privado sem fins lucrativos, mínimo de trinta leitos operacionais, sendo pelo menos, vinte e cinco, destinados ao SUS (Brasil, 2013b). Ademais, os gestores das três esferas devem assinar contratos de responsabilização por resultados e cumprir objetivos relacionados a gestão, assistência e processo de avaliação. Nos hospitais de ensino, acrescenta-se o ensino/pesquisa, apresentando um plano operacional contendo metas e estratégias para alcançá-las (Solha, 2014).

2.3.3 Formalização da Contratualização Hospitalar

É por meio dos instrumentos formais de contratualização (Quadro 1), independentemente de sua natureza jurídica, da esfera administrativa ou da gestão, que os gestores de saúde formalizam a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS. A contratualização tem como finalidade regularizar a relação entre gestores públicos de saúde

e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e das atividades de ensino e pesquisa (Brasil, 2013b).

Quadro 01 – Instrumentos utilizados para celebração da contratualização

INSTRUMENTO	APLICABILIDADE
Convênio	Firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos e com Empresas e Fundações Públicas.
Contrato Administrativo	Firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde.
Contrato de Gestão	Firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS).
Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)	Instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.
Termo de Parceria	Instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).
Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão	Firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024. Adaptado da Portaria nº 3.410/2013 (Brasil, 2013b).

Este instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, possui a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar, e, é composto por duas partes indissociáveis, o termo do instrumento formal de contratualização e o documento descritivo. O instrumento formal de contratualização deverá conter:

- I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;
- II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios;
- III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada;
- IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica;
- V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização;
- VI - o Documento Descritivo, contendo as metas quali-quantitativas e indicadores de monitoramento (Brasil, 2013c, art.23).

Por sua vez, o Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. Com validade máxima de 24 meses, deve ser renovado após vencimento, e oficialmente publicado, conforme normativa de cada esfera de Governo. O Documento Descritivo deve conter, no mínimo:

- I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas;
- III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
- IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e
- VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização (Brasil, 2013c, art.26).

O contrato pode ser alterado utilizando-se de instrumentos como Termo Aditivo, Apostilamento ou outros meios previstos. Esse último é aplicado, quando não há modificação das cláusulas contratuais. Conforme estabelece o art. 136 da Lei de Licitações e Contratos Administrativos, os casos incluem:

- I - variação do valor contratual para fazer face ao reajuste ou à repactuação de preços previstos no próprio contrato;
- II- atualizações, compensações ou penalizações financeiras decorrentes das condições de pagamento previstas no contrato;
- III - alterações na razão ou na denominação social do contratado;
- IV - empenho de dotações orçamentárias (Brasil, 2021).

Assim como os contratos, o aditamento contratual também deve ser formalizado por documento redigido e anexado ao processo que deu origem à contratação. Esses documentos são divulgados e mantidos acessíveis ao público por meio de sítio eletrônico oficial, ressalvados os casos em que o sigilo seja imprescindível para a segurança da sociedade e do Estado, nos termos da legislação que regula o acesso à informação (Brasil, 2021a). As informações relacionadas às contratualizações, conforme disposto no art. 174 da Lei nº 14.133/2021, bem como os respectivos contratos e termos aditivos, são publicadas no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), criado em 2021 para garantir a publicidade centralizada e obrigatória dos atos previstos na lei (Brasil, 2021a).

Para garantir a formalização adequada da contratualização no SUS, é imprescindível que os instrumentos e documentos utilizados sigam rigorosamente as normativas legais. A

formalização ou aditamentos de contratos deve ser precedida de verificação da regularidade fiscal e emissão das certidões pertinentes, inidoneidade, de impedimento e de débitos trabalhistas, sendo juntadas ao respectivo processo (Brasil, 2021a).

Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação dos fiscais e gestores nos processos de contratualização do Sistema Único de Saúde, que contam com o apoio indispensável dos órgãos de assessoramento jurídico e controle interno para o desempenho eficaz de suas funções (Brasil, 2021a). Embora distintos, os institutos de gestão e fiscalização contratual são complementares, sendo fundamentais para a execução eficiente e transparente dos contratos públicos. A regulamentação da atuação dos fiscais e gestores nos contratos da administração pública encontra respaldo no Decreto nº 11.246/2022. Esse decreto estabelece diretrizes claras para as atividades de gestão e fiscalização contratual, conferindo maior segurança jurídica e operacional às práticas administrativas. De acordo com o referido normativo, consideram-se para essas atividades:

- I - gestão de contrato - a coordenação das atividades relacionadas à fiscalização técnica, administrativa e setorial e dos atos preparatórios à instrução processual e ao encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos relativos à prorrogação, à alteração, ao reequilíbrio, ao pagamento, à eventual aplicação de sanções e à extinção dos contratos, entre outros;
- II - fiscalização técnica - o acompanhamento do contrato com o objetivo de avaliar a execução do objeto nos moldes contratados e, se for o caso, aferir se a quantidade, a qualidade, o tempo e o modo da prestação ou da execução do objeto estão compatíveis com os indicadores estabelecidos no edital, para fins de pagamento, conforme o resultado pretendido pela administração, com o eventual auxílio da fiscalização administrativa;
- III - fiscalização administrativa - o acompanhamento dos aspectos administrativos contratuais quanto às obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas e quanto ao controle do contrato administrativo no que se refere a revisões, a reajustes, a repactuações e a providências tempestivas nas hipóteses de inadimplemento; e
- IV - fiscalização setorial - o acompanhamento da execução do contrato nos aspectos técnicos ou administrativos quando a prestação do objeto ocorrer concomitantemente em setores distintos ou em unidades desconcentradas de um órgão ou uma entidade (Brasil, 2022a).

No processo de contratualização do SUS, a formalização e a fiscalização se complementam para garantir a eficiência e a transparência na prestação de serviços. Além da atuação dos fiscais e gestores, destaca-se a relevância da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), cuja estrutura compreende, no mínimo, um representante do ente federativo e um representante do hospital contratualizado, sendo formalmente constituída e objeto de publicação oficial. Sua principal função é monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo:

- I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras;
- II - avaliar a capacidade instalada;
- III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias (Brasil, 2013c, art.32, §1º).

2.4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação de procedimentos formais de contratualização entre reguladores e prestadores de serviços tornou-se essencial para assegurar qualidade e eficiência na melhoria da saúde da população, bem como para promover a articulação e integração no método de funcionamento da RAS (Brasil, 2010). Conforme destacam Escoval, Ribeiro e Matos (2010), trata-se de um instrumento necessário para o alcance de “maior eficiência, acesso mais amplo aos serviços de saúde, prestação de cuidados com maior qualidade, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde”.

Os regimes de contratualização e remuneração de serviços são fundamentais na sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países (Mcintyre & Kutzin, 2011). No Brasil, o financiamento da assistência hospitalar é realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, através de recursos provenientes do orçamento da seguridade social dos entes federativos (Brasil, 2007). Destaca-se que a seguridade social é financiada por toda a sociedade, direta e indiretamente e das seguintes contribuições sociais:

- I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro;
- II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social;
- III - sobre a receita de concursos de prognósticos.
- IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (Brasil, 1988, art.195).

Os recursos financeiros para cobertura das ações e serviços de saúde devem ser repassados de forma regular e automática aos entes, e destina-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, desde que, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal tenham:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (Brasil, 1990, art.4º).

Os recursos disponibilizados devem ser transferidos ao Fundo de Saúde, cujos responsáveis são os Secretários de Saúde. O balanço do uso desses recursos deve ser acompanhado pelos Conselhos de Saúde, garantindo a transparência e a fiscalização. Os recursos da União são repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, sendo transferidos por meio de blocos de financiamento (Brasil, 2020). À União cabe prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, visando à modernização dos Fundos de Saúde e à implementação do disposto no art. 20:

As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiarem ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (Brasil, 2012b).

Destaca-se, que além do repasse fundo a fundo, os municípios podem se habilitar para desenvolver programas específicos, recebendo financiamento em separado para essas ações, assim como, as chamadas “verbas de bancada”, direcionadas por vereadores, deputados e senadores para a realização de ações específicas, como a construção/reforma de Hospitais.

Consoante a LC nº141, a União deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, corrigido com o percentual de variação nominal do PIB. Os Municípios e o Distrito Federal, no mínimo, 15% de sua receita com impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Os Estados e o Distrito Federal, 12%, no mínimo, do montante de impostos recolhidos (Brasil, 2012).

Para direcionar os gestores públicos quanto ao uso correto das verbas, o Conselho Nacional de Saúde, em 2003, emitiu a Resolução nº 322 de 8 de maio de 2003, que explicita quais são as despesas com ações e serviços públicos de saúde. De acordo com a Resolução, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;

- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
- XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
- XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores (Brasil, 2003, Sexta Diretriz).

A Resolução nº 322/03 também estabelece o acompanhamento do repasse e da utilização dos recursos, por meio do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), gerido pelo Ministério da Saúde - MS. O sistema mantém o registro de receitas totais e despesas públicas em saúde de todos os entes federativos, funcionando como referência para a fiscalização e monitoramento de órgãos de controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o MPF e MPE, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal (SF), a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais, inclusive pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Brasil, 2003).

2.4.1 Repasse dos recursos nas contratualizações

Ao adotar políticas de reestruturação dos hospitais, de ensino e filantrópicos, o Ministério da Saúde implantou um novo modelo de financiamento baseado no repasse de incentivos financeiros, calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento e destinados ao custeio de um hospital (Brasil, 2021b). Esses incentivos financeiros são repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas e previsão contratual, podendo ocorrer a variação ou suspensão dos valores, respeitado os percentuais previstos (Brasil, 2013).

Para fins de contratualização com o Sistema Único de Saúde, é inicialmente necessário apresentar a definição de alguns conceitos relativos ao processo de financiamento dos hospitais:

- I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios;

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente;

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado;

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado (Brasil, 2013c, art.15).

Ressalta-se que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos devem ser financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o seu perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. Quando a contratualização é celebrada no modelo de orçamentação global, ou seja, o repasse dos recursos condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente, é importante levar em consideração os seguintes critérios:

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços);

II - o perfil assistencial;

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e

IV - o custo regional de materiais e serviços (Brasil, 2013c, art.20).

Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital, bem como a identificação das respectivas fontes, os critérios norteadores para o cumprimento de metas qualitativas e quantitativas, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais, além das subvenções de qualquer natureza, devem ser informados no instrumento formal de contratualização (Brasil, 2013a), utilizando-se como referência a Tabela de Procedimentos SUS para remunerar os serviços contratados (Brasil, 2010a).

Despesas de custeio correspondem as “dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis”, enquanto as transferências são classificadas como “as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, bem como para os programas especiais

de trabalho, aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro” (Brasil, 1964).

Conforme normativa de diretrizes da contratualização hospitalar "o gestor público de saúde do ente federativo contratante, pode ainda, definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenha capacidade de financiamento com fonte própria.” A parte pós-fixada é composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante, enquanto o valor pré-fixado é composto:

- I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e
 - II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas.
- § 1º Integram o componente pré-fixado dos instrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros:
- I - Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC);
 - II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde;
 - III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI);
 - IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF);
 - V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005;
 - VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus);
 - VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e
 - VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos (Brasil, 2013c, art.17).

O valor dos recursos pré-fixado é repassado mensalmente, sendo 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas, e 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. Relevante mencionar que os percentuais podem ser alterados, desde que acordados entre o ente da federação contratante e o hospital e respeitado o mínimo de 40% para uma das metas. O não cumprimento pelo hospital das metas qualiquantitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implica na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local (Brasil, 2013c).

Caso o hospital, não atinja, no mínimo, 50% das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, também terá o instrumento de contratualização e documento descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local (Brasil, 2013c). Em seguimento, consonante a Portaria nº 3.410, o hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% por 12 meses

consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária (Brasil, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo possui natureza qualitativa, com caráter exploratório, “no sentido de buscar conhecimento para uma questão sobre a qual as informações disponíveis são, ainda, insuficientes”, conforme a definição de Vieira (2009, p.5).

Os métodos qualitativos objetivam compreender os detalhes das relações, tendo o próprio pesquisador como instrumento. Apesar de não possibilitarem resultados generalizáveis, eles fornecem informações ricas e detalhadas sobre um pequeno número de pessoas e casos, permitindo uma compreensão do mundo de acordo com a perspectiva dos respondentes, proporcionando profundidade, detalhe e significado individual (Patton, 2002).

A pesquisa foi realizada na Seção de Controle de Contratos e Convênios com o SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG, centrando-se na análise dos processos de formalização de contratualizações entre os hospitais do município e a Prefeitura.

3.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foram identificados e caracterizados os instrumentos formais de contratualização vigentes celebrados entre os hospitais do município de Uberaba e a Prefeitura Municipal de Uberaba, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde. A análise incluiu os respectivos documentos descritivos, termos aditivos e termos de apostilamento, quando aplicáveis.

A coleta de dados foi realizada, no período de julho a novembro de 2024, por meio de consultas aos documentos disponibilizados no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Uberaba e àqueles em formato físico, disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde. Essas análises abrangeram informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e outros registros relevantes relacionados à contratualização no âmbito do SUS.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa, idealizou-se um protocolo (Quadro 2) baseado no planejamento e metodologia de estudo de caso do cientista social Robert K. Yin, que permite uma investigação preservando as características dos eventos da vida real (Yin, 2001). A partir disso, este trabalho teve como estratégia o projeto de caso único incorporado, isto é, com subunidades de análise, que, conforme Yin (2001, p.64) “podem frequentemente acrescentar oportunidades significativas a uma análise extensiva, realçando o valor das impressões em um caso único”.

Dessa forma, para conferir maior confiabilidade ao estudo de caso foram detalhados, no Quadro 02, as unidades de análise, procedimentos, fontes de evidência, plano de análise, relatórios e análises cruzadas, além de incluir os procedimentos e regras a serem seguidos ao utilizar o roteiro de pesquisa.

Quadro 02 - Protocolo para estudo de caso sobre a condução da análise das contratualizações hospitalares do SUS vigente no município de Uberaba.

Unidades de análise	Procedimentos	Fontes de evidência	Plano de análise e Relatórios	Análises cruzadas
Processo de formalização da contratualização do SUS entre os hospitais do município de Uberaba.	Análise documental e dados secundários	Termo do instrumento contratual; Aditivos; Documento descritivo	Sínteses documentais; identificação e análise descritiva.	Elaboração de Relatório Técnico Conclusivo contendo os resultados encontrados sobre setores de contratualização, os instrumentos formais e os respectivos graus de conformidade**.
Subunidades de análise				
Setores de Contratualização				
A) Identificação dos setores envolvidos da Secretaria Municipal de Saúde.	Leitura profunda dos documentos de interesse orientada por busca de termos correlatos ao processo de contratualização o por pares independentes.	Plano Municipal de Saúde (2022-2025); Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Uberaba; Decreto de atribuições da Secretaria Municipal de Saúde; Portarias internas relacionadas.	Elaboração de um quadro qualitativo descritivo contendo os setores identificados, suas atribuições e a fonte de registro.	-

<i>Instrumentos formais (contrato e descritivo)</i>				
B) Caracterização das contratualizações vigentes e dos instrumentos formais (termo e descritivo).	Busca ativa dos processos físicos, seguida por leitura orientada conforme roteiro guia SUS.	Expedientes administrativos físicos da Secretaria Municipal de Saúde; Documentos de contratualização o hospitalar em sítio eletrônico do município e CNES.	Planilha Microsoft Excel®, tabelas e gráficos descritivos conforme o conteúdo analisado.	Planilha resultante do item b) será material analítico para a calibragem proposta no item c).
C) Comparação (calibragem) entre o identificado nos instrumentos formais e o proposto pelas disposições legais aplicáveis.	Parametrização entre a coleta dos itens da planilha Microsoft Excel® com o proposto pela normativas aplicáveis ao SUS organizado por matriz .	Planilha Microsoft Excel® da etapa anterior. Diretrizes para a contratualização o de hospitais no âmbito do SUS, e Lei de Licitação e Contratos Administrativos.	Verificação dos itens conforme o roteiro estruturado.	
D) Aferição do grau de concordância dos instrumentos formais de contratualização.	Quantificação do grau de concordância aplicando-se uma escala com três variáveis.	Planilha Microsoft Excel® da etapa anterior.	Planilha Microsoft Excel®, e gráficos descritivos conforme o grau de concordância dos instrumentos formais de cada hospital.	Planilha resultante do item c) será material analítico para a quantificação proposta no item d).

**A descrição dos resultados considerou as subunidades de análise e apresenta-se como estratégia de transferência de evidências e compartilhamento de experiência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024. Adaptado do livro Estudo de Caso: Planejamento e Método (Yin, 2001).

3.4 ANÁLISE DE DADOS E O PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar o primeiro objetivo, de identificar as contratualizações vigentes celebradas entre hospitais do SUS e o município de Uberaba, foi realizada uma busca pelo nome dos hospitais locais no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na seção "Consulta Estabelecimento – Identificação". Essa consulta foi realizada

preenchendo os campos correspondentes ao estado "Minas Gerais" e ao município "Uberaba". A página utilizada está disponível no seguinte endereço eletrônico: <https://cnes.datasus.gov.br>.

Figura 04 - Interface da página "Consulta de Estabelecimentos de Saúde" do CNES, ilustrando o preenchimento dos filtros utilizados para a busca.

Fonte: CNES, 2024.

Na consulta, é possível aplicar filtros por Estado, Município, se o estabelecimento atende pelo SUS, sua natureza jurídica (como administração pública, entidades empresariais, entidades sem fins lucrativos, organizações internacionais/outras, ou pessoas físicas), gestão (dupla, estadual, municipal) e ainda pelo nome fantasia, razão social, CNES, CNPJ ou CPF. Com base nesses filtros, foram identificados todos os hospitais que prestam serviços pelo SUS no município de Uberaba.

Após a identificação dos estabelecimentos, procedeu-se à verificação das contratualizações vigentes. Utilizando o nome de cada hospital, foi realizada uma pesquisa no Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Uberaba, na seção específica “Contratos, Convênios e Parcerias”, para acessar e analisar as contratualizações vigentes.

Figura 05 – Consulta de Contratos, Convênios e Parcerias no Portal da Transparência da Prefeitura de Uberaba.

Transparência / Contratos, Convênios e Parcerias / Consulta de Contratos

As informações deste formulário estão em tempo real.

Consulta de Contratos

Ano

Modelo

Modalidade

Contratado

Objeto

Período de vigência à (Opcional)

Exibir no máximo resultados

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2024.

Na consulta, os termos de contratos são separados dos termos de convênio. Portanto, foi necessário efetuar as pesquisas nas duas telas distintas. É possível pesquisar os contratos através do ano, modelo, modalidade, contratado, objeto e período de vigência. Os convênios podem ser pesquisados por ano, recebedor, modelo de convênio, modelo de contrato, objeto e período de vigência.

Figura 06 - Formulário de Consulta de Convênios no Portal da Transparência da Prefeitura de Uberaba.

Transparência / Contratos, Convênios e Parcerias / Convênios

As informações deste formulário estão em tempo real.

Convênios

Ano

Recebedor

Modelo de convênio

Modelo de contrato

Objeto

Período de vigência até (Opcional)

Exibir no máximo resultados

Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2024.

Por conseguinte, para atender ao segundo objetivo de descrever os setores envolvidos no processo de formalização da contratualização do SUS, realizou-se uma análise detalhada do decreto de atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, o Decreto nº 3385, de 22 de março de 2019, da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde (organograma e funcionograma) e do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), disponíveis no site da Prefeitura de Uberaba (Institucional > Saúde).

Para que fosse possível a caracterização das contratualizações e dos instrumentos formais de contratualização, foi construído um roteiro (Quadro 3) para a condução da coleta de dados, embasado na legislação pertinente (Brasil, 2013; Brasil, 2021; Brasil, 2022a).

Quadro 03 - Roteiro para coleta de dados das contratualizações hospitalares do SUS e instrumentos formais vigentes em Uberaba.

Itens para verificação		
Termo Formal	I - Tipo de estabelecimento	Classificação do estabelecimento
	II - Natureza jurídica	Organização e estrutura jurídica do hospital
	III - Modelo de atuação	Modelo de atuação da instituição (OS, OSS, OSCIP, OSC)
	IV - Instrumento contratual	Termo formal da contratualização (contrato, convênio e congêneres)
	V - Orçamentação	Tipo de orçamentação (global, parcial)
	VI - Forma de repasse	Verbas pré-fixadas e pós-fixadas
	VII - Fonte de recursos	Recursos provenientes da União, Estado e Município
	VIII - Gestor	Indicação do gestor do instrumento
	IX - Fiscal	Responsável pela fiscalização do instrumento
	X - Vigência termo	Vigência do termo formal
	XI - Responsabilidades do Hospital	Responsabilidades nos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa
	XII - Responsabilidades dos entes	Detalhamento das responsabilidades do Município
	XIII - Recursos Financeiros	Recursos provenientes da União, Estado e Município
	XIV - Sanções e Penalidades	Descrição das sanções e penalidades cabíveis, conforme legislação específica
	XV - CAC	Constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
Documento Descritivo	XVI - Vigência Descritivo	Data de vigência do descritivo atual
	XVII - Ações e serviços	Descrição de todas as ações e serviços de saúde
	XVIII - Metas qualiquantitativas	Metas qualitativas e quantitativas previstas.
	XIX - Monitoramento de metas	Definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho
	XX - Estrutura do Hospital	Estrutura física, tecnológica e recursos humanos
	XXI - Recursos Financeiros	Detalhamento recursos financeiros e suas fontes

Fonte: Elaborado pela autora, 2024. Adaptado da Portaria nº 3.410 (Brasil, 2013b)

A estrutura do roteiro foi dividida de forma a evidenciar os itens que necessariamente deveriam constar nos instrumentos formais (termo formal e documento descritivo). Também foi realizada a descrição detalhada de cada item, possibilitando o efetivo entendimento do que seria coletado.

Para a caracterização das contratualizações dos hospitais, verificaram-se o tipo de estabelecimento, a natureza jurídica, o modelo de atuação, o instrumento contratual, a orçamentação, a forma de repasse, a fonte de recursos, o fiscal e o gestor. Para o Termo Formal, os itens analisados foram: vigência, responsabilidades (município e hospital), recursos financeiros, sanções e penalidades e CAC. Já para o Documento Descritivo, as variáveis incluíram: vigência, ações e serviços de saúde, metas quali-quantitativas, monitoramento de metas, estrutura do hospital e recursos financeiros.

Inicialmente, para a caracterização, foram utilizados os dados do Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Uberaba, referentes aos instrumentos formais de contratualização dos hospitais (termo formal e documento descritivo) e aditivos disponíveis. No entanto, observou-se que, apesar de as informações referentes às contratualizações constarem no Portal da Transparência, os instrumentos formais e aditivos não estavam disponíveis na íntegra.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), em 17 de outubro de 2024 (CAAE: 81575424.5.0000.5154). Assim, a coleta de dados prosseguiu na Secretaria Municipal de Saúde, sendo realizada nos documentos físicos disponíveis na Seção de Controle de Contratos e Convênios com o SUS – Diretoria de Regulação. Foram examinados os contratos em vigor celebrados entre a Prefeitura de Uberaba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e os hospitais que integram o SUS. Os dados foram coletados por meio de uma leitura minuciosa do termo contratual, do documento descritivo e de eventuais aditivos, caso houvesse alterações no instrumento formal de contratualização.

Além disso, para a caracterização das contratualizações, foram realizadas consultas nos sítios eletrônicos do CNES e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Após a análise, os resultados numéricos foram organizados em gráficos descritivos, de acordo com o conteúdo analisado, e os nomes dos hospitais foram identificados por códigos alfanuméricos (H1, H2). A pesquisa também incluiu a análise de portarias e decretos municipais, além da consulta a comissões relacionadas ao processo de contratualização hospitalar.

Para atingir o quarto objetivo, que consiste em comparar os instrumentos formais vigentes com as disposições legais aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, realizou-se uma análise baseada em evidências. Essa análise foi conduzida com base em uma matriz (Quadro 4) contendo a legislação e a descrição das exigências da portaria que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Brasil, 2013; Brasil, 2021).

Salienta-se que, para fins de análise comparativa do item “vigência”, utilizou-se tanto a Lei nº 8.666/1993 quanto a Lei nº 14.133/2021, devido à fase de transição entre as legislações.

Quadro 04 - Matriz para análise comparativa dos dados coletados nos instrumentos formais e as disposições legais aplicáveis

INSTRUMENTO	ITENS PARA VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	DISPOSIÇÃO LEGAL
Termo Formal	X -Vigência	II - à prestação de serviços a serem executados de forma contínua, que deverão ter a sua duração dimensionada com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a duração a sessenta meses. § 4º Em caráter excepcional, devidamente justificado e mediante autorização da autoridade superior, o prazo de que trata o inciso II do caput deste artigo poderá ser prorrogado por até doze meses. Art. 106. A Administração poderá celebrar contratos com prazo de até 5 (cinco) anos nas hipóteses de serviços e fornecimentos contínuos. Art. 107. Os contratos de serviços e fornecimentos contínuos poderão ser prorrogados sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que haja previsão em edital e que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes.	Lei nº 8.666/1993, Art. 57 Lei nº 14.133/2021, Art.106 e 107
	XI - Responsabilidades dos hospitais	I - As responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa.	Portaria nº 3410/2013, Art. 23
	XII- Responsabilidades dos entes	II - As responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (esferas de gestão).	Portaria nº 3410/2013, Art. 23
	XIII - Recursos Financeiros	Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal.	Portaria nº 3410/2013, Art. 14