

Nesta publicação considera-se que os Processos de Contratualização de Serviços de Saúde no SUS devem estar integrados, no âmbito de cada nível governamental, com os processos de planejamento de necessidades de saúde e de programação dos serviços de saúde, de modo a propiciar a atenção integral, contínua e permanente aos cidadãos.

Assim, o livro apresenta um conjunto de informações, experiências e instrumentos com o objetivo de apoiar os gestores municipais de saúde na implantação, adequação e melhoria dos seus processos e instrumentos de contratualização, não apenas para os serviços privados contratados, mas também para o conjunto de serviços municipais.

Os conteúdos e a forma de apresentação são resultantes, em parte, de um conjunto de ações e discussões realizadas no âmbito da Região de Saúde, da Região Metropolitana de Campinas, no Estado de São Paulo. Sendo assim, os textos apresentados foram avaliados como importantes para apoio aos gestores de saúde.

Contratualização de Serviços de Saúde

Guia prático para Gestores Públicos e Gerentes de Serviços de Saúde do SUS

CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

GUIA PRÁTICO PARA GESTORES PÚBLICOS E GERENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Domenico Feliciello - Organizador
José Carlos Ramos de Oliveira
Juliana Pasti Villalba
Kátia Santos Araújo
Maria Teresa P. M. Porto

Núcleo de Estudos em Políticas Públicas da Unicamp
Agência Metropolitana de Campinas



CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

GUIA PRÁTICO PARA GESTORES PÚBLICOS E
GERENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

Domenico Feliciello - Organizador
José Carlos Ramos de Oliveira
Juliana Pasti Villalba
Kátia Santos Araújo
Maria Teresa P. M. Porto



Coordenação NEPP / UNICAMP

Carmen Cecília de Campos Lavras

Organização Geral

Domenico Feliciello

Equipe de Pesquisadores

José Carlos Ramos de Oliveira

Juliana Pasti Villalba

Kátia Santos Araújo

Maria Teresa P. M. Porto

Bolsista

Ana Carolina Spati

Apoio Administrativo

Regina Célia Gobira Marcondes

Patrícia Fernanda de Andrade Romera

Participação Especial

Representantes Oficiais das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Campinas, indicados pelos Gestores Municipais.

Desenvolvido Originalmente no Âmbito do
Projeto de Apoio à Organização de Ações de Regulação em Saúde da
Região Metropolitana de Campinas

Capa e Editoração: Fabio Luis Basso e Karina Lombardi Fernandes

CIP – Brasil – Catalogação na fonte

Contratualização de serviços de saúde / Organização geral
Domenico Feliciello; colaboradores José Carlos Ramos
de Oliveira.... [et al.]. – Campinas, SP.: UNICAMP / NEPP/
AGEMCAMP, 2016.
229 p.

(Projeto de Apoio a Organização de Ações de Regulação
em Saúde da Região Metropolitana de Campinas)

ISBN 978-85-65275-01-9

1. Contratualização em saúde. 2. Legislação e
contratualização em saúde 3. Atenção primária e contra-
tualização I. Feliciello, Domenico (Org.) II. Oliveira, José Carlos
Ramos de (Colab.) III. Projeto de Apoio a Organização de Ações
de Regulação em Saúde da Região Metropolitana de
Campinas

APRESENTAÇÃO

Esta publicação constitui-se num dos produtos do projeto de Apoio à Organização de Ações de Regulação em Saúde da Região Metropolitana de Campinas (RMC), patrocinado pelo Conselho de Desenvolvimento da RMC, através da Agência Metropolitana de Campinas (AGEMCAMP), realizado pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e iniciado a partir de diagnóstico da área de Regulação em Saúde das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em 2012.

O referido diagnóstico indicou que as ações de Regulação em Saúde estavam organizadas de modo apropriado em poucos municípios da região, com grande heterogeneidade quanto às estruturas, tecnologias, recursos humanos e processos de trabalho, acarretando inúmeras dificuldades para a adequada organização da oferta de serviços de saúde, uma vez que as ações de integração com os processos de planejamento, programação, contratualização, monitoramento, avaliação e oferta das ações médico – sanitárias eram tímidas e frágeis.

Assim, o projeto de apoio foi organizado para ser desenvolvido através de um conjunto de componentes, incluindo: desenvolvimento de instrumentos para o planejamento das necessidades de saúde; organização das Centrais de Regulação de Acesso, com integração ao Portal Central de Regulação de Ofertas e Serviços da Saúde (CROSS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP); desenvolvimento de instrumentos e processos de contratualização; implantação de protocolos de encaminhamento; e, realização de atividades de Educação Permanente (EP) como apoio à melhoria de processos e atividades.

O conteúdo apresentado neste documento refere-se a um conjunto de informações e instrumentos relacionados à contratualização em saúde, especialmente de serviços de saúde públicos, e também dos privados contratados, com a finalidade de contribuir com os gestores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) da RMC na adequação e qualificação das ações de saúde ofertadas.

Apesar de focado na contratualização em saúde a abordagem busca manter a necessária integração com o planejamento, a regulação e a avaliação em saúde, por entender que esses processos devem estar essencialmente relacionados e coordenados.

O trabalho está organizado em capítulos, apresentando inicialmente a evolução do processo de contratualização no Sistema Público de Saúde no Brasil, desde a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) até a construção do SUS e implantação do Pacto pela Saúde e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

No segundo capítulo, estão expostas as principais informações sobre as atuais conceituações, legislação e instrumentos de contratualização em saúde e, nos demais capítulos expõem-se informações, experiências e instrumentos utilizados para a contratualização de serviços de saúde na Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

Ao longo do texto é proposto um conjunto de indicadores que poderão ser utilizados nas contratualizações de diferentes serviços de saúde, com o sentido de colaborar com o monitoramento e a avaliação.

Como a publicação foi elaborada num formato de fácil manipulação e uso buscou-se apresentar o conteúdo de modo claro e sistematizado, para facilitar seu entendimento e aplicação. Além disso, optou-se pela indicação da legislação, portarias e normas mais importantes, visando facilitar o acesso aos conteúdos originais e, sua utilização pelos técnicos.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	07
1. Introdução	09
2. Contratualização no Sistema Público de Saúde no Brasil	13
3. Contratualização em Saúde e a Garantia dos princípios constitucionais	46
3.1. <i>A Universalidade e a Integralidade</i>	46
3.2. <i>Processo de Regionalização</i>	49
4. Relação dos Contratos com os Processos de Gestão no âmbito do SUS	51
5. Orientações para o Processo de Contratualização dos Serviços de Saúde	52
5.1. <i>Questões Conceituais sobre Contratualização em Saúde</i>	52
5.2. <i>Contratualização na Administração Pública Brasileira</i>	54
5.3. <i>O Contrato de Direito Público ou Contrato Administrativo</i>	64
5.4. <i>Outras Modalidades de Instrumentos de Parcerias entre Poder Público e Entidades Públicas ou Privadas</i>	70
6. Legislação Brasileira e a Contratualização de Serviços de Saúde	80
6.1. <i>Legislação Específica do SUS</i>	80
6.2. <i>Legislação Geral da Administração Pública</i>	82
7. Orientações Gerais para o Processo de Contratação no Âmbito do SUS	84
7.1. <i>Atividades a Serem Realizadas para a Contratualização de Serviços de Saúde</i>	84
7.2. <i>Aspectos a serem Observados no Processo de Contratação</i>	86
8. Contratualização na Atenção Primária à Saúde	88
8.1. <i>As Experiências Internacionais de Contratualização na Atenção Primária à Saúde</i>	90
8.2. <i>Proposta de Implantação da Contratualização na APS</i>	103
9. Contratualização na Atenção Especializada	116
9.1. <i>As Redes de Atenção à Saúde e a Contratualização de Hospitais</i>	116
9.2. <i>Características Principais da Contratualização com o Ente Público Através de Contrato de Gestão</i>	118
9.3. <i>Hospitais de Ensino e Filantrópicos</i>	135
10. Os Hospitais na Região Metropolitana de Campinas	154
11. Referências	161
12. Anexos	175
ANEXO 1 - Ação direta de inconstitucionalidade. Terceiro setor. Marco legal das organizações sociais.	176
ANEXO 2 - Metodologia de contratualização da APS de PORTUGAL	205

no período de 2006 a 2010- indicadores, metas e incentivo institucional.

ANEXO 3 - Resumo das características do processo de contratualização descritas nas experiências internacionais - Inglaterra, Espanha, Austrália, Portugal, Canadá, Holanda, Alemanha, França e Estados Unidos da América.

224

ANEXO 4 - Indicadores PMAQ-AB MINISTÉRIO DA SAÚDE

231

ANEXO 4A - Quadro de indicadores de cumprimento da gestão, município RJ. (Variável 1).

ANEXO 4B - Quadro descritivo dos indicadores produção no âmbito da equipe de Saúde da Família, município RJ. (Variável 2)

ANEXO 4C - Quadro dos indicadores incentivo à gestão da clínica, município RJ. (Variável 3) Modelos de Instrumentos de Contratualização na Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AGEMCAMP	Agência Metropolitana de Campinas
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AME	Ambulatórios Médicos de Especialidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CCSS	Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde
CEAC	Centros Estaduais de Análises Clínicas
CEADIS	Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRI	Centro de Referência do Idoso
CROSS	Central de Regulação de Ofertas e Serviços da Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DC	Departamento de Contratualização
DOU	Diário Oficial da União
DRS	Departamento Regional de Saúde
DS	Distritos Sanitários
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
FUNCAMP	Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP
GIH	Guia de Internação Hospitalar
HE	Hospitais de Ensino
HMCP	Hospital e Maternidade Celso Pierro
HUE	Hospitais Universitários e de Ensino
IDQ	Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVD	Índice de Valorização de Desempenho

MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso da Atenção Básica
PAM	Postos de Atendimento Médico
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RMC	Região Metropolitana de Campinas
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SEDI	Serviços de Diagnóstico por Imagem
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SRP	Sistema de Registro de Preços
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidades de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
TERCOM	Termos de Compromissos

1. Introdução

A contratualização de serviços de saúde no Sistema Público de Saúde no Brasil percorreu uma longa trajetória, desde o INAMPS (1964) até a constituição do SUS (1988), a implantação do Pacto pela Saúde (2006) e a criação do COAP (2011). Nesse processo a contratualização foi adquirindo várias configurações, inovações de formatos e aplicações e, novas exigências legais, tornando-se um instrumento que deve estar integrado a várias atividades gestoras.

Estas mudanças sofreram também o impacto de legislações e instrumentos¹ que foram instituídos a partir do projeto de reforma do estado na década de 1990, aumentando o controle e a burocracia dos processos de contratualização. Por outro lado, e apesar das dificuldades, o setor saúde buscou alternativas com o objetivo de garantir o acesso universal dos usuários, a atenção integral e a disponibilidade de ações de saúde adequadas às necessidades de atenção médico - sanitárias.

Nesta perspectiva assistiu-se à diversificação da legislação sobre organizações prestadoras de serviços de saúde, com a emergência de: Organizações Sociais (OS) - Lei No 9.637, de 15 de maio de 1998; e, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) - Lei No 9.790, de 23 de março de 1999, que ao lado de Fundações Públicas - Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, buscavam respostas aos limites impostos pela legislação às áreas sociais.

Por outro lado, como a própria legislação do SUS deixa claro, a municipalização autárquica, implantada através das Normas Operacionais Básicas (NOB) e segundo a qual cada município poderia ofertar todo o conjunto de serviços de saúde mostrou seus limites na prática, dada a incapacidade financeira, técnica e política dos municípios, e dada a tímida atuação complementar dos demais níveis governamentais. Esta situação levou ao esgotamento do processo de descentralização, já no final da década de 1990, apontando para o fortalecimento da regionalização como saída para a implantação das diretrizes e princípios do sistema.

Assim foi elaborada proposta de regionalização cooperativa da saúde, inicialmente através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a partir do início da década de 2000, posteriormente reforçada pelo Pacto pela Saúde em 2006.

¹ Neste caso deve-se considerar especialmente a Lei das Licitações, Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e, a Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que colocam novas exigências e limites para a atuação das instâncias e organizações governamentais, no que se refere a contratualização.

A regionalização cooperativa deveria ocorrer através da atuação conjunta dos entes federativos, o que trouxe novos desafios, na medida em que as três esferas governamentais gozam de igual autonomia, devendo no caso da saúde atuar de modo integrado e complementar, indicando a necessidade de instituir complexos processos de pactuação e gerenciamento intergestores.

Quanto aos processos e instrumentos de contratualização, sob responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, foram mantidos praticamente os mesmos utilizados pelo INAMPS com as NOBs. Mas com o fortalecimento da regionalização precisaram ser repensados, para garantir o atendimento de demandas e fluxos intermunicipais e intergestores.

Assim, ao lado da contratualização de serviços de saúde, foram instituídos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Compromissos de Gestão e de Entes Públicos como forma de estabelecer responsabilidades sobre o cumprimento de objetivos e metas, em âmbito municipal e regional, já que a garantia de acesso, da atenção integral e contínua e, da disponibilização de ações adequadas de saúde, somente poderia ser provida em âmbito regional e, por serviços submetidos à gestão de diferentes entes federados (Estados e Municípios).

Neste sentido a Programação Pactuada e Integrada (PPI) cresce de importância sendo elevada a um importante instrumento de planejamento e gestão, na medida em que devia expressar as necessidades de ações de saúde a serem ofertadas por diferentes gestores, em múltiplos serviços, de variada complexidade e concentração tecnológica.

Além disso, a PPI desdobrada em Planos Operativos, de cada gestor e dos diferentes serviços e, em Contratos de Gestão deveria estar integrada aos processos de contratualização, balizando as novas exigências de cumprimento de metas, indicadores qualitativos e, novos procedimentos de monitoramento e avaliação.

Observa-se, pelo menos no Estado de São Paulo, que esses novos instrumentos de regionalização, bem como as mudanças nos processos e nos procedimentos de contratualização têm sido assumidos pelos municípios nos seus aspectos burocráticos dadas as exigências legais, mas não como uma atividade madura de gestão uma vez que subsiste a baixa capacidade técnica, financeira e política desses gestores e, a fraca presença da ação complementar da SES.

Na realidade, a maioria dos municípios realiza principalmente a contratualização dos serviços privados (filantrópicos ou não), com ausência de planejamento, acompanhamento e avaliação e, praticamente sem integrar os processos de contratualização às demais atividades de gestão do SUS².

² FELICIELLO, Domenico; ARAÚJO, Kátia Santos e TELLA, Carmen. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração

Além disso, ainda são minoria os gestores municipais que utilizam processos de planejamento de necessidades de saúde, contratualização e, pactuação de metas e objetivos com os serviços próprios³, uma vez que apostam que a contratação de profissionais da saúde e sua distribuição pelos serviços é suficiente para que desenvolvam uma gestão adequada, incluindo planejamento e organização da atenção de acordo com as reais necessidades de saúde da população da área de cobertura.

Acreditam ainda que estas equipes de saúde possuem capacidade, adquirida em sua formação, para organizar processos de gestão da clínica, que consigam dar conta da atenção integral e contínua dos usuários, tanto para os portadores de agravos agudos quanto crônicos, o que não se verifica na prática.

Não é por acaso que na análise da produção de consultas e atendimentos realizados nos municípios, salta aos olhos a alta produção na atenção de urgência e emergência, seguida pela atenção especializada, ao lado de uma baixa produção na atenção básica. Ou seja, esta inversão reflete o tipo de atenção predominante, focado no pronto atendimento e na atenção da agudização dos agravos crônicos, e não na atenção integral e contínua⁴.

Considerando essas fragilidades, o Projeto de Apoio à Organização das Ações de Regulação em Saúde na RMC propôs a implantação de um modelo no qual a contratualização deve estar integrada a um conjunto de processos de gestão, incluindo pelo menos:

- Análise de necessidades de saúde da população;
- Elaboração da PPI, a partir das necessidades detectadas em âmbito local e regional, focando:
 - Levantamento da capacidade instalada e da oferta dos serviços públicos;
 - Definição do que deve ser adquirido, complementarmente aos serviços públicos;

e qualificação das centrais de regulação do acesso da Região Metropolitana de Campinas. NEPP/ UNICAMP, 2012.

³ Ibidem.

⁴ Este quadro de inversão na produção da assistência por tipo de serviço pode ser constatado largamente na literatura sobre o assunto e especialmente nos 11 volumes sobre Diagnóstico das Regiões de Saúde dos DRS Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, elaborados pelo NEPP UNICAMP, 2014. In: <<http://www.nepp.unicamp.br/index.php/about-joomla-3-x/cadernos-de-pesquisa-em-saude/download?showall=1> >

- Desdobramento da PPI para cada serviço, público ou a ser contratado;
- Definição do processo de contratualização
- Estabelecimento dos instrumentos a serem firmados, contendo:
 - Detalhamento dos serviços a serem contratados;
 - Metas a serem alcançadas;
 - Indicadores qualitativos a serem cumpridos;
 - Mecanismos de remuneração condicionados ao alcance de metas e indicadores;
 - Acompanhamento e avaliação dos contratos através de comitês gestores;
- Credenciamento e Habilitação dos Serviços de Saúde de acordo com as exigências contratuais;
- Disponibilização da totalidade das vagas nas Centrais de Regulação;
- Definição e pactuação dos fluxos assistenciais;
- Acompanhamento, monitoramento e avaliação da utilização das vagas.

Assim, considerando o modelo indicado, apresentamos a seguir um conjunto de informações, experiências e instrumentos com o objetivo de apoiar os gestores municipais da RMC na implantação, adequação e melhoria dos seus processos e instrumentos de contratualização, não apenas para os serviços privados contratados, mas também para o conjunto de serviços municipais.

2. Contratualização no Sistema Público de Saúde do Brasil

No âmbito do Sistema Público de Saúde no Brasil a contratualização de serviços de saúde tem sua origem histórica no processo de organização do sistema previdenciário, especialmente a partir da criação das Caixas (1923) e Institutos de Aposentadorias e Pensões (1930). Na realidade, a necessidade de ofertar serviços de saúde aos trabalhadores formais, vinculados a estas instituições organizadas segundo empresas e setores econômicos, foi possível pela contratação de serviços privados, uma vez que não havia capacidade pública instalada suficiente neste período.

Posteriormente, com a estatização e centralização desses órgãos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a contratação de serviços de saúde tornou-se uma prática predominante, com a aquisição de procedimentos (consultas, exames, internações e terapias) especialmente de instituições hospitalares privadas ou filantrópicas, que começaram a se expandir, através de incentivos governamentais, a partir da década de 1950, e já constituíam um importante volume de serviços nesta época.

Além da predominância deste modelo, criou-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social, que abarcou o INPS e desmembrou a assistência médica que passou a ser administrada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Com o INAMPS o modelo privatista se expande e torna-se hegemônico em âmbito nacional, demonstrando a articulação dos setores governamentais e a área de atenção médica privada, criando-se o complexo médico hospitalar previdenciário privatista, que perdurou até a sua crise no início da década de 1980.

A partir do INAMPS foi criada uma série de processos, ferramentas e instrumentos de suporte a contratualização dos hospitais privados. O pagamento das internações a esses hospitais contratados era feito através do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) utilizando a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que continha os gastos discriminados item por item tanto dos recursos utilizados, quanto dos serviços prestados durante a internação do paciente, incluindo: Diárias e Taxas Hospitalares, Materiais e Medicamentos, Serviços auxiliares de Diagnose e Terapia e Serviços Profissionais⁵. Este sistema era administrado pelo INAMPS e operado pela Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV).

⁵ SANTOS, Andreia Cristina dos. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009., passim.

Entretanto, o sistema utilizado, de pagamento por unidades de serviços, e seus instrumentos permitiam ampla manipulação de dados pelos usuários levando a um grande volume de distorções e de desvios de recursos⁶, agravando a elevação dos custos da assistência médico previdenciária. Esta situação, aliada aos custos crescentes da atenção médica, à baixa eficiência e eficácia do modelo de atenção hospitalar, associada à inoperância das ações de Saúde Pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), confluíram para a eclosão de grave crise da assistência à saúde no início da década de 1980, tanto financeira, quanto técnica e política. A crise da medicina previdenciária foi considerada muito grave, pois colocava em risco a sobrevivência da própria previdência social⁷.

Na realidade, esta crise já vinha sendo gestada durante a década de 1970, que além dos altos custos provocava importante desassistência à população, originando a busca de alternativas ao modelo médico hospitalar, principalmente pelos gestores municipais, que patrocinaram a implantação de vários serviços de prontos socorros e de projetos de medicina comunitária e atenção primária. Estas ações estimularam ainda o surgimento do movimento municipalista da saúde e da Reforma Sanitária⁸, que congregou grupos, organizações e instituições, que possuíam críticas ao sistema de saúde predominante e, buscavam novas alternativas.

Estes movimentos, além de sua organização social conseguem ocupar espaços no âmbito do governo federal e articular um conjunto de propostas que serão em grande parte implantadas e incorporadas no movimento constitucionalista de 1988, convergindo para a criação do SUS no âmbito da Constituição Brasileira.

Em nível institucional, com a eclosão da crise da saúde previdenciária surge o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) 1982 que propõem um conjunto de modificações buscando suplantar os conflitos e originam os projetos das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, formulando e implantando algumas características do novo sistema nacional de saúde, que seriam incorporadas posteriormente no SUS, quais sejam: a integração entre os níveis de governo; a descentralização de responsabilidades e tomada de decisões para estados

⁶ SANTOS, 2009, *passim*.

⁷ FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Publica*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 62-67. abr./jun. 1992.

⁸ ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

e municípios; a organização de colegiados gestores; e, a disposição dos serviços numa estrutura hierarquizada por níveis de complexidade⁹.

Vale ressaltar que nesse período os Secretários Estaduais de Saúde conseguiram se organizar e criar o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que passa a ter voz ativa nesse novo processo de modificação do sistema público de saúde¹⁰.

Com o Plano CONASP será implantado um novo sistema de faturamento hospitalar, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), cuja fonte de dados era o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), assumindo o pagamento por procedimentos produzidos, que agregavam num pacote o conjunto de serviços necessários para sua realização e com um custo médio calculado¹¹. Buscava-se assim superar parte das deficiências do sistema anterior. Este novo sistema será utilizado, a partir de 1986, na contratualização das entidades filantrópicas e posteriormente, em 1987 dos hospitais universitários.

Nas AIS, que estimulavam a integração programática entre os três níveis de governo e, posteriormente no SUDS, que descentralizava recursos e responsabilidades federais da saúde para as Secretarias Estadual de Saúde, foram largamente utilizados os mesmos princípios do modelo de contratualização do INAMPS, para o cálculo de repasse de recursos, com base na capacidade instalada e volume de procedimentos produzidos pelo conjunto de serviços sob gestão estaduais e municipais¹². O instrumento de repasse de recursos do INAMPS para os Estados era o convênio.

Com o SUDS ocorreu também a transferência das unidades assistenciais do INAMPS, assim como dos seus contratos e convênios, para os Estados, perdurando por muito tempo os mesmos modelos contratuais instituídos pelo INAMPS.

⁹ BERENGER, Mercedes Moreira. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS – SUS. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola Brasileira de Administração Pública, FGV. Rio de Janeiro, 1996.

¹⁰ PUGIN, Simone Rossi e NASCIMENTO, Vania Barbosa. Principais Marcos das Mudanças Institucionais do Setor Saúde (1974-1996). Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - CEDEC Série Didática, nº 1 dezembro 1996. Disponível em: http://www.cecdec.org.br/files_pdf/didati1.pdf. Acesso em: 11/08/2015.

¹¹ SANTOS, 2009, *passim*.

¹² SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

Também foram transferidos serviços federais e estaduais para as SMS, especialmente os Postos de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS e os Centros de Saúde Estaduais.

Observam-se, no período, algumas mudanças no que diz respeito à contratualização dos Hospitais Universitários e de Ensino, que também vinham experimentando grave crise financeira, a partir da publicação da Portaria Interministerial Nº 15, de 22 de maio de 1987¹³, que institui o Índice de Valorização de Desempenho (IVD) estimulando a integração destes hospitais nas AIS, a formação de médicos gerais e a participação em sistemas de alto custo. Ou seja, a contratualização desses hospitais passava a incorporar algumas metas, além da simples produção de procedimentos.

No decorrer da implantação destas novas medidas, o movimento municipalista em saúde ganha força e organização, culminando com a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 1988, que passa a se constituir num ator importante na definição das novas propostas de reformulação do sistema de saúde¹⁴.

Com a criação do SUS, na Constituição de 1988 e, posteriormente com a Lei Orgânica da Saúde de 1990, o INAMPS será incorporado ao Ministério da Saúde e o novo sistema passa a ser concretizado através da Edição de NOBs editadas inicialmente pelo INAMPS, e mantendo uma relação conveniente da esfera federal para repasse de recursos aos estados e municípios, equiparando-os aos prestadores privados.

Vale lembrar que o Art. 199 da Constituição Federal de 1988 define que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, no seu parágrafo primeiro indica as formas de contratualização: “§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”¹⁵.

A incorporação do INAMPS ao MS significou ainda a continuidade de sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Assim, inicia-se a implantação do SUS, com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da

¹³ BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria interministerial nº 15, de 22 de maio de 1987. D.O. 96, de 26/5/87..

¹⁴ PUGIN; NASCIMENTO, 1996.

¹⁵ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.

população. Ou seja, “adotou-se como estratégia para a implantação do SUS a universalização do INAMPS”¹⁶.

Nas primeiras NOBs (1991 e 1992), o cálculo do volume financeiro a ser repassado assentava-se na capacidade instalada e no quantitativo produzido de AIH e de atividades ambulatoriais, levando em consideração a população como forma de estabelecer tetos de recursos a serem recebidos pelos gestores e, como forma de operacionalizar o repasse de recursos fundo a fundo.

Por outro lado, o pagamento dos gestores estaduais e municipais aos prestadores de serviços continuou a ser realizado com base nos antigos contratos do INAMPS, isto é, por volume de procedimentos produzidos.

Ainda em 1993 ocorre um conjunto importante de ações no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde edita a NOB - SUS 01/93¹⁷, criando os colegiados intergestores bipartite (Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB e CIT) como instâncias decisórias compartilhadas do SUS. Neste mesmo ano será editada a Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993 que regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituindo normas para licitações e contratos da Administração Pública.

Em julho de 1993 o INAMPS será extinto e, em outubro o MS publica Portaria com normas para regular as relações entre os órgãos gestores do Sistema Único de Saúde e os prestadores privados de serviços assistenciais¹⁸. O documento propõe cláusulas a serem observadas por Estados e Municípios na contratação de serviços privados, incluindo: especificação da natureza, quantidade de serviços contratados segundo procedimentos e, tipos de serviços contratados; previsão de pagamentos segundo tabela nacional do SUS, podendo haver complementação pelos gestores; institui a contratação de profissional autônomo que atua na entidade, independente do contrato com o hospital; e, publica anexos com modelos de contratos para serviços hospitalares, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e, prestação de serviços profissionais.

¹⁶ SOUZA, 2002.

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 31 out. 2015.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993. D.O. 209, de 3/10/93. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/conv_c/. Acesso em: 31 out. 2015.

Em 1994 será editada portaria conjunta Ministério da Educação (MEC) e MS¹⁹ que estabeleceu os itens que classificavam os Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), para a concessão do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPS) - e respectivos percentuais de adicional sobre suas receitas, de acordo com o cumprimento de algumas exigências incluindo, entre outras: 70% dos leitos dedicados ao SUS; Serviço de Pronto Atendimento com rotina formalmente estabelecida, funcionando nas 24 horas/dia; Programa de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica; legalmente constituir e ativar um conjunto de Comissões²⁰.

Assim, com o FIDEPS deveriam ser detalhados de modo mais sistemático metas qualitativas a serem atingidas pelos HUE, embora permanecendo os quantitativos de procedimentos contratualizados como a principal referência de repasse de recursos, sobre os quais o FIDEPS seria calculado.

Posteriormente, com a NOB - SUS 1996 ocorre um grande impulso à Municipalização do sistema, criando formas diferenciadas de gestão e financiamento e propondo a implantação da PPI²¹ - Programação Pactuada e Integrada, como instrumento intergestores de gestão da assistência.

Com esta NOB modificam-se algumas das formas de repasse de recursos, fundo a fundo, do ente federal para os gestores estaduais e municipais com a criação de parcelas específicas, como o Piso da Atenção Básica (PAB), calculado com base em parâmetros populacionais e o pagamento de incentivos específicos.

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Conjunta N.º 01, de 16 de agosto de 1994. D.O. 157, de 17/8/94.

²⁰ Comissões exigidas: Controle de Infecção Hospitalar, Ética, Revisão de Prontuários, Revisão de Documentação médica e Estatística, Farmácia e Terapêutica, Análise de Óbitos e Biópsias, Suporte Nutricional - Enteral, Parenteral, Serviço de Apropriação de Custos.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 96- "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão". D.O.U.de 6/11/1996, p.18.

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

No entanto, o cálculo do teto de recursos para a atenção de média e alta complexidade, a serem repassados para os entes estaduais e municipais, foi realizado com base em série histórica de produtividade, segundo os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH), que já acumulavam uma série de distorções, principalmente devido à concentração de serviços hospitalares mais complexos e caros nos grandes centros urbanos, o que prejudicava a alocação de recursos para a AB.

Além disso, para o pagamento dos prestadores, pelos gestores estaduais e municipais, continuava-se utilizando os próprios critérios e parâmetros dos antigos contratos do INAMPS, inclusive com a manutenção das minutas, totalmente defasadas, uma vez que Estados e Municípios ainda não haviam se adaptado à legislação das licitações e nem às últimas portarias do MS quanto à contratação de serviços privados.

Portanto, no início da implantação do SUS, apesar da nova legislação significar um grande passo na direção de um sistema equânime e universal, os critérios de financiamento e repasses de recursos entre entes federados e destes para os serviços continuaram sendo realizados com base na série histórica de produção de procedimentos, totalmente descolados das reais necessidades de saúde da população e, não considerando as enormes diferenças loco regionais quanto à capacidade instalada dos serviços. Ou seja, o repasse de recursos continuou a ser orientado pela oferta de serviços e não pelas necessidades de saúde.

Este quadro reflete um conjunto de fragilidades dos gestores do SUS, para o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a regulação em saúde, uma vez que continuavam utilizando modelos de prestação e contratualização de serviços já existentes e desenvolvidos anteriormente pelo INAMPS.

Com o avanço da descentralização do SUS, especialmente com a municipalização, também ocorreu uma menor participação dos gestores estaduais neste processo, configurando uma municipalização autárquica, uma vez que concedeu grande autonomia a este nível de governo, sem a correspondente capacitação técnica e política e, sem o apoio e a complementariedade dos outros dois níveis de gestão.

Neste contexto, algumas experiências de contratualização serão desenvolvidas por municípios e governos estaduais, das quais podemos citar, no Estado de São Paulo, a proposta do Município de Campinas que implantou novos contratos e uma nova sistemática de pagamento dos prestadores privados em 1996, através de contratos globais e não por procedimentos, com índices de valorização de qualidade e metas a serem atingidas e, contando com o acompanhamento por

equipes gestoras, a partir da inclusão do município na gestão semiplena da NOB 1996²².

Este novo modelo de contratação rompia com os parâmetros de pagamento com base numa lista de procedimentos e as quantidades a serem produzidas, uma vez que na realidade tanto os procedimentos quanto o seu volume de produção variavam mês a mês, de acordo com a demanda atendida, não havendo formas de acompanhamento e gestão da adequação do que era ofertado, dado que os sistemas de informação de suporte ainda eram inadequados. Com o novo contrato criava-se a possibilidade de monitoramento através de comissão própria de acompanhamento e avaliação do que era efetivamente realizado pelo contratado.

Além disso, com os índices de valorização de qualidade, um percentual do pagamento devido ficava atrelado ao cumprimento de metas e indicadores de qualidade, que neste período ainda estavam relacionados ao cumprimento de exigências básicas na atenção hospitalar.

Outras experiências surgiram a partir de outubro de 1997, no âmbito da proposta de reforma do Estado, quando foi editada a primeira Medida Provisória (MP) para qualificação de entidades como Organizações Sociais²³. Após várias reedições da MP, em 1998 será editada a Lei de qualificação de entidades como OS (Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998²⁴) para o desenvolvimento de atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

²² FELICIELLO, Domenico; LAVRAS, Carmen Cecília de C. A Implantação do Modelo Semipleno no Município de Campinas, 1996. In: VI Encontro de Pesquisadores da PUC-Campinas, 1997, Campinas - SP. Divulgado no Catálogo do VI Encontro de Pesquisadores da PUC-Campinas. Campinas: PUC-Campinas, 1997.

²³ BRASIL. Medida provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1591.htm. Acesso em: 24 ago. 2015.

²⁴ BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 24 ago. 2015.

A Lei estabelecia, no seu Artigo 5º, o Contrato de Gestão²⁵ como forma de relacionamento entre agência governamental e entidade. O contrato além de observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, deveria especificar programa de trabalho proposto pela organização social, estipular metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho, a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade (Artigo 7º).

A legislação estabelecia ainda que a execução do Contrato de Gestão deveria ser acompanhada e avaliada pela autoridade supervisora, através de comissão composta por especialistas de notória capacidade (Artigo 8º). Qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos a comissão deveria dar ciência ao Tribunal de Contas (Artigo 9º), podendo, segundo a gravidade, levar a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e ao sequestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que tenha enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público (Artigo 10º).

O Governo do Estado de São Paulo a partir das primeiras MP sobre OS publica sua legislação²⁶, em fevereiro de 1998, propondo a qualificação de entidades com atividades dirigidas às áreas de saúde e cultura. A opção do governo pelas OS foi devido principalmente a retomada de várias obras de hospitais paradas pelas duas administrações anteriores e às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal que impossibilitava a contratação de novos profissionais²⁷.

²⁵ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015. Os primeiros contratos de gestão com empresas estatais foram celebrados, na esfera federal, com a Companhia Vale do Rio Doce - CVRD e a Petróleo Brasileiro S.A - PETROBRÁS (ambos com base no Decreto n. 137, de 27/05/1991, que instituiu o Programa de Gestão das Empresas Estatais). Também foi celebrado contrato de gestão com o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, antiga Fundação das Pioneiras Sociais (fundação governamental).

²⁶ SÃO PAULO. Projeto de Lei Complementar nº 3, de 17 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a qualificação de organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo 1998; 19 fev. 1998. Posteriormente aprovado como Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.

²⁷ FERREIRA JR, Walter C. Gerenciamento dos hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev. de Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 243-64 Mar./Abr. 2003.

Segundo FERREIRA (2003), na avaliação da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde (CCSS) da SES – SP indicava-se que: “O sucesso alcançado por essas organizações só é possível graças à maior agilidade e autonomia, que não estão disponíveis nas instituições sob administração direta do Estado”²⁸.

Neste primeiro movimento da SES – SP foram levantadas várias críticas à utilização de contratos de OS, relacionadas a: privatização de serviços de saúde; falta de transparência quanto à escolha de entidade para serem qualificadas como OS; ausência de acompanhamento destas OS; falhas na difusão e no acesso a informações; e, falta de controle social. Neste sentido, vários avanços foram realizados a partir destes movimentos iniciais, como a divulgação de informações através do Portal da Transparência da Saúde da SES – SP e as mudanças nas formas de contratualização com a introdução de cumprimento de metas e indicadores²⁹.

No final da década de 1990 o modelo de descentralização do SUS, de acordo com o resumo acima indicado, já mostrava seus limites devido à heterogeneidade dos municípios e estados do país, onde um grande contingente de pequenos municípios não apresentavam condições para gerir e oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade³⁰, ao lado de algumas dezenas de municípios polos que concentravam capacidade instalada de serviços das diferentes complexidades, e que poderiam atender a um conjunto de municípios.

No entanto, as formas de gestão instituídas pela NOB 96 não possibilitaram a qualificação e a efetividade da atenção básica daqueles municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, e nem asseguraram o papel de referência regional dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal³¹.

Além disso, a alocação de recursos financeiros continuava a ser orientada pela oferta de serviços e não pelas necessidades de saúde, uma vez que estava assentada ainda na série histórica de dados de produção dos sistemas de informação do MS. Neste sentido, reconhecia-se que a implantação da PPI, já formulada pela

²⁸ FERREIRA JR, 2003.

²⁹ Ibidem.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf. Acesso em: 24 ago. 2015.

³¹ BRASI, 2001.

NOB 96, foi efetivada em poucos locais e não era utilizada como instrumento de gestão para alocação de serviços ou para a sua contratação.

Acresce-se a isso a baixa capacidade de planejamento, gestão, regulação, avaliação e controle, principalmente dos entes municipais, levando à predominância dos modelos instituídos pelo MS, em grande parte ainda contaminados pelos processos do antigo INAMPS.

Neste cenário, crescem as preocupações com a questão da regionalização do SUS de modo a garantir a equidade e o acesso da população às ações e serviços de saúde, em todos os níveis, bem como a organização de sistemas funcionais de saúde, com território delimitado e população definida, de forma a atender às necessidades de saúde e não à oferta de serviços. Estas questões passam a ser intensamente discutidas pelo CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde e CIT do MS, originando a NOAS SUS de janeiro de 2001, sendo logo reformulada e reeditada no ano seguinte como NOAS SUS 2002³².

A NOAS pretendeu estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de maior equidade de acesso. Assim, buscou implantar processos e instrumentos de suporte à organização de Regiões de Saúde, bem como propiciar o estabelecimento de compromissos intergestores para garantia de acesso a todos os níveis de serviços.

Para tanto, define como fundamental o papel dos gestores estaduais para instituir o PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado, baseado na definição de prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Além da possibilidade de organizar o Estado em macro e microrregiões de Saúde, propõem a criação de Módulos Assistenciais mínimos, integrados por um conjunto de municípios, a serem definidos conjuntamente entre os gestores estaduais e municipais. Nestes Módulos todos os municípios assumiriam a Gestão Plena da Atenção Básica, devendo haver pelo menos um município sede ou polo, habilitado nas demais formas de gestão e, com capacidade de ofertar um conjunto de serviços de maior complexidade para sua população e para os demais municípios do Módulo.

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 373 Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS 01 / 2002. Estabelece que os municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e Gestão Plena do Sistema Municipal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

Para a organização da assistência, no âmbito da regionalização, retoma a proposta de PPI como instrumento de gestão a ser coordenado pelo MS e pelas SES, nos seus respectivos territórios.

A PPI deveria observar: os objetivos e prioridades da política federal e estadual de saúde e os parâmetros de programação; a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população; a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema; a adoção de mecanismos para regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências; e, a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único.

A NOAS estabelece ainda as responsabilidades dos gestores quanto à garantia de acesso a serviços que não estão disponíveis nos municípios ou nos estados, devendo ser organizados sistemas adequados de referência. Além disso, define as competências dos diversos níveis de gestão do SUS quanto às funções de controle, regulação e avaliação que devem ocorrer nas seguintes dimensões: a) organização do sistema e do modelo de gestão; b) relação com os prestadores de serviços; c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e, d) resultados e impactos sobre a saúde da população.

Além de estabelecer duas formas de habilitação de gestão dos estados e municípios³³, a NOAS define alguns novos instrumentos, incluindo:

- Termo de Compromisso intergestores para garantia de acesso a serviços de saúde; e,
- Termo de Compromisso entre Entes Públicos que indica o papel dos hospitais estaduais no sistema de saúde do município onde atuam, e sobre os quais o gestor municipal passa a exercer o controle, a avaliação e o monitoramento. Neste segundo caso indica ainda a necessidade de cumprimento de Plano Operativo com metas físicas acordadas e assumidas pela SES, relativas ao período de 12 (doze) meses, anualmente revistas e incorporadas, mediante a celebração de Termo Aditivo.

Assim, com a NOAS define-se a necessidade em estabelecer formas de contratualização através de compromissos entre gestores públicos do SUS, para

³³ A NOAS SUS 01/2002 estabelece que os municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e Gestão Plena do Sistema Municipal.

garantia de acesso de demandas vindas de outros territórios e, para a gestão de serviços pertencentes a outro gestor público, com a perspectiva de estabelecer um comando unificado sobre a atenção ofertada.

Em maio de 2002 será publicada portaria definindo a PPI como um processo, no Âmbito do SUS para

*alocação de recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios*³⁴.

Com esta portaria busca-se ainda consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde para a coordenação:

*a) da política estadual de saúde; b) da regulação, controle e avaliação geral do sistema estadual de saúde; c) da macro alocação dos recursos do SUS destinados pelo nível federal e pelo próprio estado, para o financiamento da assistência; d) na construção de critérios e parâmetros estaduais a serem utilizados na programação da assistência à saúde; e) no apoio e assessoria técnica aos municípios; f) na promoção da integração dos sistemas municipais de saúde em sistemas funcionais em cada região, e g) no desenvolvimento do modelo de gestão e de novos mecanismos gerenciais*³⁵.

Além disso, caberia ainda à PPI: consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde; assegurar a memória da pactuação das metas físicas e financeiras, relativas às referências intermunicipais; definir os limites financeiros globais para a assistência de todos os municípios; e, contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde.

Para cumprir estas finalidades a PPI necessita, para sua execução, de parâmetros assistenciais, de metas assistenciais a serem alcançadas e, de processos de monitoramento e avaliação. Isso requer, por sua vez, a definição de: quais ações assistenciais serão ofertadas pelos gestores nos diferentes serviços de saúde; prioridades de saúde a serem enfrentadas em cada contexto e período; bem como, processos e instrumentos adequados de planejamento e acompanhamento.

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 31 de maio de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1020_31_05_2002.html. Acesso em: 24 ago 2015.

³⁵ BRASIL, 2015.

Quanto aos parâmetros assistenciais, o Ministério da Saúde publica portaria em junho de 2002 que estabelece os referidos parâmetros,

*constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras*³⁶.

Assim, no âmbito do SUS, a PPI passa a representar um importante instrumento de gestão, no que se refere à regionalização, bem como de: planejamento de necessidades; definição das responsabilidades de cada gestor na oferta de ações de saúde; e, também para orientar a contratualização de serviços. Nesta perspectiva, em 2002 o Ministério da Saúde publica um caderno de Instrumentos de Gestão em Saúde³⁷ inserindo a PPI ao lado dos principais instrumentos de planejamento do SUS: Agenda de Saúde, PDR, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Pluri Anual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Entretanto, a NOAS encontrou um conjunto de dificuldades para sua implementação, dadas as exigências normativas que, segundo QUEIROZ (2003)

*apesar da relevância do movimento de habilitação dos estados e municípios pela NOAS, até o final de 2003, não houve a qualificação de nenhuma região assistencial nos estados já habilitados, situação que representaria a efetivação da norma sob o aspecto financeiro. Este fato representa um elemento importante para avaliação da proposta e que suscitou inúmeras especulações sobre a manutenção da NOAS enquanto marco normativo do processo de descentralização, pela atual gestão do MS, iniciada em janeiro de 2003*³⁸.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Com esta portaria revogavam-se parâmetros utilizados há mais de vinte anos, principalmente produzidos pelo INAMPS e publicados na Portaria MPAS n.º 3.046, de 20 de julho de 1982. RIO DA SAÚDE. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Com esta portaria revogavam-se parâmetros utilizados há mais de vinte anos, principalmente produzidos pelo INAMPS e publicados na Portaria MPAS n.º 3.046, de 20 de julho de 1982.

³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de Gestão em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

³⁸ QUEIROZ, Lúcia FN. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental, v. 1, n. 1, 2004.

Para MENDES (2002)³⁹ a NOAS propôs uma regionalização cooperativa, dado o modelo federativo nacional e a municipalização autárquica produzida pelas NOBs. Assim os municípios continuavam como responsáveis pela saúde de seus cidadãos, devendo ocorrer a negociação e a pactuação entre os municípios que compõem a região e a Secretaria Estadual de Saúde, para construir uma rede funcional, além de implantar a cooperação gerenciada no âmbito das CIB microrregionais.

Ainda segundo MENDES (2002) esta proposta pouco considerou a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, com predominância de um grande percentual de municípios com menos de 20.000 habitantes (75% em 2000), com baixa capacidade em gerenciar um setor complexo como da saúde pública⁴⁰.

Por outro lado, a PPI também não se firmou como um instrumento de planejamento nas dimensões em que foi concebida, sendo utilizada principalmente para definir os tetos financeiros dos gestores, com base em dados históricos de produção, uma vez que não houve a implantação de instrumentos e processos adequados para sua efetiva execução, especialmente como ferramenta de contratualização. Esta situação pode ser exemplificada pela necessidade do MS publicar portaria específica, após pactuação na CIT em outubro de 2002, estabelecendo novos prazos para a apresentação da PPI, delegando ao gestor estadual a definição dos tetos financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, com base nos dados de produção extraídos dos sistemas SIA e SIH⁴¹.

Segundo SOLLA (2006) com as NOBs e a NOAS ocorreu

*certo esgotamento do processo de descentralização por habilitação (comprovação cartorial de requisitos e capacidades) feita por adesão (vontade política do gestor local) e concordância das outras esferas, tendo a indução financeira, por meio de recursos federais, como seu grande motor*⁴².

³⁹ MENDES, Eugênio Vilaça. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1º Seminário para construção de consensos. Rio de Janeiro, 2002.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1746, de 02 de outubro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1746_02_10_2002.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁴² SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

Na realidade várias críticas se acumularam com respeito à NOAS – SUS, incluindo: a definição rígida, técnica e normativa dos módulos assistenciais dificultando a criação de regiões de saúde; o foco principal na média e alta complexidade em detrimento da Atenção Básica; o enfoque da eficiência econômico-financeira; a região como uma categoria territorial sem expressão política dificultando a pactuação e a efetivação do PDR e da PPI; entre outros⁴³.

Segundo ALBUQUERQUE e IOZZI (2008),

essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela NOAS⁴⁴.

Além disso, desde 2003 o CONASS vinha solicitando a revisão dos processos normativos do SUS, que deveriam contemplar a diversidade do país e os princípios do SUS. Assim, em 2004 o Ministério da Saúde organiza oficina sobre a Agenda do Pacto de Gestão para iniciar a discussão das questões sobre o processo de gestão do SUS, culminando com a proposta do Pacto pela Saúde após dois anos⁴⁵.

Ainda em 2005 o MS irá publicar “Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos”, uma versão preliminar segundo o qual

o Pacto deverá atingir metas sanitárias consensadas e, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade⁴⁶.

⁴³ ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil, 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiairegional/10.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ MACHADO, Rosani Ramos et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev. Eletr. Enfermagem, v.11, n.1, p. 181-7, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília : Editora do

Em termos de contratualização de serviços, apenas em 2006, às vésperas da publicação do Pacto pela Saúde é editada portaria⁴⁷ que institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. No documento define-se que a contratação de serviços privados somente deve ocorrer após utilizar toda a capacidade dos serviços públicos, comprovada e justificada através de Plano Operativo da rede própria.

Estabelece a priorização de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos para a contratação privada, bem como os instrumentos a serem utilizados na contratualização entre diferentes entes e serviços: convênios entre setor público e entidade filantrópica; contrato de gestão com Organizações Sociais; Termo de Cooperação entre entes públicos quando houver cooperação entre órgãos públicos de níveis de governo diferentes.

Define ainda a necessidade de elaborar Plano Operativo nos contratos de gestão, nos convênios e nos termos de cooperação entre entes públicos, devendo estabelecer metas pactuadas e fluxo de serviços. Propõe que o Plano Operativo deverá ser elaborado também no caso das instituições públicas para fins de organização de rede e demonstração de capacidade instalada.

No que se refere à regulação, a portaria indica que os serviços contratados devem estar sob regulação do gestor local e, que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem adotar instrumentos para controle dos contratos e convênios visando garantir o acesso da população aos serviços contratados.

Posteriormente, com a publicação do **Pacto pela Saúde**

*os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS*⁴⁸.

Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf. Acesso em: 24 ago. 2015..

⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 358, de 22 de fevereiro de 2006. Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

O **Pacto pela Vida** prioriza a abordagem dos principais agravos e situações de saúde a serem enfrentados, com ênfase na Promoção da Saúde e na Atenção Básica, que deve “consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS”⁴⁹.

As prioridades do **Pacto em Defesa do SUS** indicam a necessidade de: A) Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; B) Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional e, garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; e, C) Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

Por sua vez, o **Pacto de Gestão** coloca como prioridades: A) Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, superando o atual processo de habilitação; B) Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Com a definição das diferentes prioridades dos três elementos constitutivos do Pacto pela Saúde seria publicada a Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 orientando a implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão e instituindo um conjunto de instrumentos⁵⁰, resumidamente indicados a seguir.

- Termo de Compromisso de Gestão;
- Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal;
- Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos;
- Declaração da CIB de Comando Único pelo Gestor Municipal;
- Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal.

Deste conjunto sobressai o Termo de Compromisso de Gestão que possui como objetivos pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições

⁴⁹ BRASIL, 2006.

⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

inerentes à esfera de gestão na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS, incluindo responsabilidades, metas e indicadores de monitoramento e avaliação. No que se refere à contratualização e regulação destacam-se para o âmbito municipal, as seguintes responsabilidades⁵¹:

- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, no âmbito da PPI da atenção à saúde;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a PPI da atenção à saúde;
- Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- No âmbito da regulação da atenção e regulação assistencial o gestor deve regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;
- Quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, o gestor deve se comprometer com:
 - Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
 - Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
 - Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
 - Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
 - Com relação aos serviços de saúde o gestor deve: a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde, b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados, d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
 - Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a

⁵¹ BRASIL, 2006.

cogestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.

- Executar o controle do acesso do seu munícipe no âmbito do seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação: a) aos leitos disponíveis, b) às consultas, c) às terapias e aos exames especializados;
- Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;
- Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio da análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

Com a instituição do Pacto pela Saúde foi publicado um conjunto de portarias do MS para sua implantação, bem como para definir questões estratégicas relacionadas a: definição de responsabilidades e metas a serem assumidas pelos gestores públicos do SUS; Política Nacional de Atenção Básica; Financiamento do Pacto através de Blocos de Recursos da Esfera Federal; organização de processos para elaboração da PPI e da Regulação em Saúde; entre outros; conforme quadro a seguir.

Principais Portarias do Ministério da Saúde para implantação do Pacto pela Saúde

Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006
Anexo I – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS
Anexo II – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006
Portaria GM/MS 598 de 23 de março de 2006
Anexo – Quadro Demonstrativo do Processo de Descentralização
Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006
Anexo I - As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários da Saúde
Anexo II – da Política Nacional de Atenção Básica
Quadro para projetos de implantação ACS/SF/SB
Anexo III – Política Nacional de Atenção Básica
Portaria GM/MS 649 de 28 de março de 2006
Define valores de financiamento para o ano de 2006, com estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria GM/MS 650 de 28 de março de 2006
Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006
Anexo – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde
Portaria GM/MS 687 de 30 de março de 2006
Anexo – Política Nacional de Promoção da Saúde
Portaria GM/MS 698 de 30 de março de 2006
Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento:
I - Atenção Básica;
II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e
V - Gestão do SUS.
Portaria GM/MS 699 de 30 de março de 2006
Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria nº 822/GM de 17 de abril de 2006.
Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria GM nº 1.097 de 22 de maio de 2006.
Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Anexo I – Termo de Compromisso para Garantia de Acesso
Anexo II – Quadros 1 a 9

Em dezembro de 2006 o MS publica portaria que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde⁵². Define ainda que para fins de organização de rede e justificativa de necessidade de complementaridade, deverá ser elaborado um Plano Operativo para as instituições públicas. Indica ainda o tipo de instrumento jurídico a ser utilizado para a contratualização, bem como da preferência às entidades filantrópicas e não lucrativas.

Em 2007, no primeiro semestre; são editadas duas portarias que se referem a regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais. Na primeira definem-se blocos de financiamento para as ações e os serviços de saúde⁵³.

O bloco referente à Gestão do SUS contempla dois componentes de financiamento: I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Nesse segundo

⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3277_22_12_2006_comp.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 / GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

componente se incluem as ações de Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento. Para o recebimento dos recursos exigia-se adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

Já a Portaria N.º 1.571, além de instituir incentivo financeiro para implantação de Complexos Reguladores comprometia-se a realizar estudos para definir valor de repasse financeiro para custeio desses complexos para estados e municípios. Estabelecia ainda que a distribuição dos recursos estaria a cargo das CIB que deveriam priorizar: I - a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa; II - regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e III - regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado⁵⁴.

Somente no segundo semestre de 2008 o MS institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, através de portaria, “a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”⁵⁵. Entretanto, somente em novembro de 2009 editou portaria para o financiamento e a implantação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do SUS⁵⁶.

No que se refere a este período de implantação do Pacto pela Saúde, vários observadores e pesquisadores, apesar de considerarem que o Pacto iniciava uma nova perspectiva para a regionalização da saúde, apontam que assim como na NOAS, o Pacto não levou a “uma definição clara dos rumos a serem tomados para a construção de uma política regional, que subentende articulação com outros

⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.571, de 29 de junho de 2007. Institui incentivo financeiro para implementação de Complexos Reguladores. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559 de 1º de agosto de 2008. Publica a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2907_23_11_2009.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

setores e um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bem como da situação socioeconômica de uma realidade”⁵⁷.

Além disso, indicavam também que “os instrumentos normativos propostos pela saúde para a construção da regionalização estão estritamente voltados à organização da assistência à saúde com uma baixa articulação com os demais setores do Estado. Ou seja, há um insulamento da proposta de regionalização da saúde”⁵⁸.

Em 2009 o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou auditoria operacional

*que teve por tema a regulação assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (...). As conclusões da fiscalização (...) tratam, respectivamente, dos seguintes assuntos: Programação Pactuada e Integrada (PPI); contratação de prestadores de serviço para o SUS; implantação dos Complexos Reguladores; operacionalização dos Complexos Reguladores; e fluxo de informações da regulação. A auditoria focou as interações hospitalares de média e alta complexidade, no segundo semestre de 2009*⁵⁹.

Neste enfoque o TCU formula um conjunto de conclusões, expostas a seguir.

Conclusões do Tribunal de Contas da União – 2009

- A) a PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação com ausência de atualização e deficiência de seu monitoramento;
- B) existem deficiências no planejamento da contratação dos prestadores de serviços

⁵⁷ GADELHA, Carlos et al. Nota Técnica Final do Estudo da Dimensão Territorial do PPA no Tema da Saúde. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2007. (Mimeografado, 132 p.). apud ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil, 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiafregional/10.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ BRASIL. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS / Tribunal de Contas da União; Ministro Relator: José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327A8CC1A51>. Acesso em: 24 ago. 2015.

- de acompanhamento e fiscalização dos contratos;
- C) ocorre baixa eficácia na implantação dos Complexos Reguladores, com descumprimento das metas assumidas nos Termos de Compromissos de Gestão;
- D) observam-se deficiências na regulação das internações hospitalares, com desconhecimento da capacidade ofertada pelos prestadores dificultando o redirecionamento da clientela;
- E) as centrais dependem das informações dos prestadores que indicam as vagas existentes;
- F) não há instrumentalização plena por protocolos operacionais para padronização de procedimentos que minimizem as interferências de caráter pessoal;
- G) não existe integração entre centrais de regulação das SES e das SMS;
- H) as informações sobre o funcionamento da regulação, tanto para usuários como para profissionais de saúde é deficitária;
- I) a informatização dos complexos reguladores e o uso de sistemas são deficitários;
- J) permanecem fragilidades no projeto de implantação do Cartão SUS.

Diante deste quadro o TCU encaminha uma série de determinações e recomendações ao Ministério da Saúde, entre as quais se destacam⁶⁰:

- 1) determinação para que num prazo de 90 dias encaminhe plano contendo metas e cronograma de implantação do Cartão SUS;
- 2) recomendação para criar mecanismos que fomentem a instalação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional;
- 3) determinação para que defina estratégia, em conjunto com o Departamento de Auditoria do SUS, de fiscalização a formalização de contratos com os prestadores de serviços;
- 4) recomendação para adotar medidas de fomento a elaboração, atualização, monitoramento e publicação da PPI pelos gestores;
- 5) recomendação para expedir orientações técnicas para auxiliar estados e municípios na elaboração de estudo sobre necessidades de serviços para subsidiar a PPI;
- 6) recomendação para fixar o prazo final para aplicação dos recursos destinados à

⁶⁰ BRASIL, 2011.

implantação dos Complexos Reguladores;

7) estabelecer a obrigatoriedade de os estados e seus municípios elaborarem a grade dos estabelecimentos hospitalares, com informações sobre capacidade de atendimento, quantidade de internações de cada estabelecimento e os fluxos de referência.

A implantação do Pacto, em âmbito nacional, ocorreu de modo gradual no período de 2006 a 2010⁶¹. Neste período todos os estados formalizaram seus acordos, bem como 68% dos municípios, sendo implantados 417 Colegiados de Gestão Regional.

Segundo o estudo de LIMA (2012): “a pesquisa realizada sugere a permanência de alguns desafios, sendo as estratégias e instrumentos propostos no âmbito do Pacto insuficientes *per se* para prover os avanços necessários à condução da descentralização e da regionalização da saúde nos estados brasileiros”⁶².

Nesta perspectiva, o estudo indica ainda que o estabelecimento de compromisso e a assunção de responsabilidades formais não significa que a regionalização “seja de fato fortalecida e (...) que esta represente qualquer avanço para a descentralização do sistema”⁶³. Do mesmo modo: “os Colegiados de Gestão Regional, em processo de implantação, apresentam funcionamento irregular e incipiente em muitas regiões e, em geral, não possuem estrutura e recursos suficientes que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos em âmbito estadual”⁶⁴.

Além disso, em oficina realizada entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, em novembro de 2011, reconheciam-se “as fragilidades do pacto no que se refere a gestão do trabalho, a PPI sem recursos novos, ao complexo regulatório com um conjunto de dificuldades e sistemas de informação insuficientes”⁶⁵.

⁶¹ LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁶² Ibidem, p. 1912.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ LIMA et al, 2012.

⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE-CONASS-CONASEMS. Oficina Nacional: Implantação do Decreto 7508 e aprimoramento do Pacto pela Saúde.

Em 2015 o CONASS emitiu Nota Técnica⁶⁶ que expunha a situação de cumprimento de Acórdão aprovado pelo TCU e o Plenário do CONASS em 2010 após a auditoria de 2009. Em avaliações realizadas em 2011 e 2013, concluíram que das

*quatro determinações e quatorze recomendações direcionadas às Secretarias do Ministério da Saúde, no intuito de tratar as irregularidades detectadas pela auditoria (...) as deliberações promovidas no Acórdão (...) não implementadas, em implementação ou parcialmente cumpridas, representam 75% do total de comandos. Ou seja, apenas 25% dos comandos foram atendidos integralmente, o que não pode ser considerado um percentual razoável, principalmente se levarmos em consideração que o citado acórdão é de 2010*⁶⁷.

Portanto, o Pacto pela Saúde também enfrentava várias dificuldades para sua implantação, apesar de estabelecer novos processos e instrumentos, uma vez que ainda se confrontava com as fragilidades das equipes gestoras dos três níveis governamentais.

Em termos de contratualização de serviços, a partir de 2010 são editadas várias portarias dispondo sobre a participação complementar de serviços privados no SUS, cujos resumos dos principais conteúdos estão indicados adiante, ressaltando especialmente as responsabilidades do âmbito municipal.

PORTARIA Nº 1.034, DE 5 DE MAIO DE 2010

Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para fins de organização da rede de serviços e justificativa da necessidade de complementaridade, deverá ser elaborado um Plano Operativo para os serviços públicos de saúde, nos termos do art. 7º da Portaria.

Brasília, 22 e 23 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/acervo/arquivos/cit/2011/documento-decreto-apresentado-cit-24nov11>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁶⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 02 / 2015. Fiscalização de Orientação Centralizada na Regulação Assistencial do SUS – Tribunal de Contas da União Acórdão 1.189/2010 e Acórdão 182/2015. Brasília, 02 de março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-02-2015.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

⁶⁷ Ibidem.

Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:

I - convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

II - contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

O Estado ou o Município deverá, ao recorrer às instituições privadas, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos observado o disposto na legislação vigente.

O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas.

Os Estados, os Municípios e o Distrito Federal adaptarão seus contratos e convênios ao disposto nesta Portaria, no prazo máximo de 1 (um ano), a contar da data de sua publicação, não mais se admitindo, transcorrido esse prazo, ajustes sem os respectivos termos de contrato ou convênio.

PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As disposições desta Portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

DOS EIXOS ESTRUTURANTES

São eixos estruturantes da PNHOSP:

I - Assistência Hospitalar;

II - Gestão Hospitalar;

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;

IV - Financiamento;

V - Contratualização; e

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal:

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR;

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;

IV - co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência;

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade;

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação;

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

As disposições desta Portaria se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS:

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais

Institui que os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização.

PORTARIA Nº 142, DE 27 DE JANEIRO DE 2014

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013.

O IGH tem como objetivos:

I - aprimorar a qualidade da atenção hospitalar;

II - apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais;

III - induzir a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar; e

IV - ampliar o financiamento da atenção hospitalar.

O IGH substituirá o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

O IGH fará parte do componente pré-fixado da contratualização dos estabelecimentos hospitalares em caso de orçamentação parcial ou do conjunto de recursos pré-fixados que comporão a orçamentação global, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 2013.

As fragilidades indicadas na implantação do Pacto pela Saúde persistem até o momento, pelo menos no Estado de São Paulo uma vez que os processos de planejamento, programação, contratualização, regulação, avaliação e controle não se encontram organizados de forma adequada e integrados no âmbito dos gestores municipais e estadual e, portanto, no espaço regional.

Atualmente não se detectam estratégias e propostas da SES – SP no que se refere ao acompanhamento e avaliação da PPI, nem de apoio às Regiões de Saúde quanto à organização de processos de programação, regulação e contratualização, uma vez que o gestor estadual tem concentrado suas preocupações nos serviços próprios de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.

Deve-se acentuar, contudo que o Portal CROSS, ferramenta de apoio a regulação de acesso aos serviços próprios estaduais, tem sido considerado com grande potencial para a organização dos complexos reguladores regionais, contanto que se consiga efetivamente integrar os sistemas municipais ao portal.

Quanto aos municípios da RMC é possível detectar alguns avanços de contratualização, principalmente de experiências com Organizações Sociais de Saúde, aplicadas em diferentes contextos e com grandes dificuldades de operacionalização e regulação. Por outro lado, a contratualização de serviços próprios municipais é muito incipiente e, a contratualização de serviços privados em grande parte inadequada, exceto na SMS de Campinas.

Na RMC, a implantação de projeto da SES – SP junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) também tem sido considerado com potencial para suplantiar parte das fragilidades detectadas, na medida em que objetiva: “contribuir para a melhoria das condições de saúde da população do Estado de São Paulo. Espera-se alcançar este objetivo por meio da estruturação de serviços segundo o modelo de redes regionais de saúde para ampliar o acesso, a qualidade e a integralidade dos serviços”⁶⁸.

⁶⁸ BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID). Programa de Fortalecimento da Gestão da Saúde no Estado de São Paulo. Regulamento Operacional do Programa (BR-L1376). Dezembro de 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/documentos/rop_revisao_2014.pdf. Acesso em: 14/03/2016.

O projeto inclui ainda, entre os resultados esperados, aumentar a cobertura dos serviços, com capacidade resolutive e integração da rede de saúde e, melhorar o desempenho da gestão do sistema tanto do gestor estadual quanto municipais.

Finalmente cabe indicar a publicação do Decreto 7.508 de 28/06/2011⁶⁹ que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), aprovado após discussões e reuniões com o CONASS e CONASEMS, detalhando conceitos já publicados em outras portarias e instituindo algumas inovações, como o COAP, que pretende se constituir em “acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde”⁷⁰.

O COAP foi criado considerando as dificuldades no estabelecimento e cumprimento de compromissos, intergestores, propostos pelo Pacto pela Saúde, buscando constituir-se em instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada Região de Saúde (incluindo a PPI), retratando a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e, expressando a programação geral de ações e serviços de saúde para a região, além de definir a alocação de recursos das três esferas de Governo. Ou seja, busca conferir um fundamento jurídico legal aos compromissos assumidos que possam ser efetivamente cobrados pelos gestores do SUS, no âmbito da regionalização.

Deve ser elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde e deve expressar os consensos desses entes na CIT, CIB e Comissão Intergestores Regional (CIR), devendo se constituir como o resultado da integração dos planos de saúde dos entes signatários, em consonância com o planejamento regional integrado.

Entretanto, até o momento apenas três estados da federação elaboraram seus COAP, segundo informações do site do próprio Ministério da Saúde (Ceará,

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, 28 de junho de 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 14/03/2016.

⁷⁰ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 03/2015. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP. Brasília, 02 de março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-03-2015-COAP.pdf>. Acesso em: 14/03/2016.

Alagoas e Mato Grosso), até fevereiro de 2014⁷¹, o que indica a persistência das dificuldades dos gestores estaduais e municipais no planejamento regional e na implantação de novos instrumentos e responsabilidades, aliadas a fragilidade de cooperação dos níveis estaduais e federal na sua realização.

⁷¹ ABDALLAH Paloma. Articulação Interfederativa: Processo de implantação do COAP em três Estados é apresentado em seminário. Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. Data de Cadastro: 04/02/2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/expogep/noticias-expogep/9357-processo-de-implantacao-do-coap-em-tres-estados-e-apresentado-em-seminario>. Acesso em 14/03/2016.

3. Contratualização em Saúde e a Garantia dos Princípios do SUS

3.1. Universalidade e Integralidade

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde. Para cumprir esse princípio constitucional, foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais para complementar a oferta de ações e serviços de saúde necessários à população.

Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”⁷². Assim, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde e evidenciando a necessidade de planejamento.

Sobre a participação complementar, não sobejam dúvidas quanto a sua possibilidade, haja vista expressa disposição constitucional (Art.199), assim como a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90⁷³:

Art. 24 – Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único – A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25 – Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Havendo necessidade de complementação dos serviços de saúde por insuficiência de rede própria, o município poderá recorrer à iniciativa privada com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Com as entidades privadas, a destinação de recursos públicos a tais instituições tem sido compreendida no contexto da função pública de fomento às atividades de interesse público. Assim sendo, é imprescindível que a Administração Pública celebre, com estes hospitais, instrumentos regulados pela Lei nº 8.666, de

⁷² BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.

⁷³ BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.

1993⁷⁴, que “institui normas para licitações e contratos da Administração Pública” e /ou legislações específicas voltadas para algumas figuras jurídicas. Neste caso as entidades privadas, para se enquadrarem a esta intitulação, dependem do preenchimento de rígidos requisitos e oferecem ao Poder Público amplos poderes de fiscalização.

A adoção de modelos de direito privado, qualquer que seja a motivação, não pode prescindir da adoção de um rigoroso procedimento de direito público, que assegure o respeito ao princípio da impessoalidade e da transferência da destinação dos recursos. Essa precaução faz-se extremamente necessária tendo em vista os montantes crescentes que têm sido alocados a entidades da sociedade civil.

Não se pode jamais perder de vista que toda transferência de recursos públicos, independentemente de sua finalidade, está subordinada aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme dispõe o art. 37 da Constituição Federal.

A necessidade de contrato ou convênio nada mais é que o procedimento legal que operacionaliza aqueles princípios, permitindo que quaisquer interessados possam tomar conhecimento do teor da pactuação entre o gestor público (contratante) e o serviço (contratado).

Neste tocante, a exigência de contrato/convênio devidamente celebrado e atualizado é imprescindível para que seja respeitada a publicidade do ato, além de proporcionar aos órgãos de fiscalização a possibilidade de se garantir a observância dos princípios constitucionais, além de impedir que os recursos públicos sejam redistribuídos a amigos, parentes ou correligionários políticos, induzindo, com isso, à redução nos custos dos programas governamentais.

Assim sendo, a transferência de recursos públicos para pessoas jurídicas de direito privado, com ou sem fins lucrativos, deve ser tratada com o mesmo rigor exigido para a celebração de contratos administrativos em geral.

A este teor, não se pode perder de vista que a Portaria nº 1.034, de 5 de Maio de 2010⁷⁵, ao dispor sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, determina que:

⁷⁴ BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acesso em 25/11/2015.

⁷⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1034 de 5 de Maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

Art. 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio, celebrado entre o ente público e a instituição privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:

I - convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

II - contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

As regulamentações do Sistema, principalmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde - trouxeram avanços significativos para a regulação da participação privada no SUS. Essa participação deve ocorrer somente depois de esgotada a capacidade de toda a rede pública de saúde, federal, estadual e municipal.

No artigo 18º, inciso X, da Lei 8.080/90⁷⁶, está prevista a competência do Município para celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde bem como controlar e avaliar sua execução. Já o artigo 16º, inciso XV, prevê a competência da União para promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, demandando normas de descentralização, que foram feitas através de um conjunto de Portarias Ministeriais.

Essas Portarias normatizam a contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS e indicam a necessidade de cláusulas que devam constar nos contratos. Infelizmente nem todos os gestores implementaram esses processos e, particularmente com uma avaliação das necessidades da população e da disponibilidade dos recursos financeiros.

Um dos grandes desafios que se impõe ao SUS é o cumprimento das exigências legais no que se refere a contratação de ações e serviços de saúde e na dificuldade existente por parte dos gestores em saúde nesse quesito, bem como para que se inverta a lógica de predominância da demanda da oferta pelos prestadores sobre o estabelecimento das parcerias.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep_comp.html
Acesso em: 24 ago. 2015.

⁷⁶ BRASIL, 1990.

3.2. O Processo de Regionalização

Um desafio permanente da gestão do SUS, para a efetiva implantação de uma das suas diretrizes organizativas, a regionalização, é o fortalecimento dos vínculos interfederativos. As Comissões Intergestores, instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, integrados em redes de atenção à saúde, constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos, em cada nível da organização do SUS.

Além da NOAS/SUS e do Pacto pela Saúde (2006), que focaram a regionalização como uma importante estratégia de organização do SUS, e de implantação de seus princípios e diretrizes, o Decreto 7507/11⁷⁷ dispõe sobre novas regras visando a organização de Redes de Atenção à Saúde como estratégia para o avanço do Sistema.

O COAP, também instituído pelo Decreto 7508/11, traduz os acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, em cada região, apresentando-se como um instrumento da gestão que se propõe a contribuir com a transparência na gestão pública. A negociação contratual é o grande elemento de equilíbrio e de alcance da equidade regional. Para garantir que o COAP seja o resultado de uma gestão participativa, é necessário que se estabeleçam estratégias que incorporem a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e que se dê publicidade aos direitos e deveres do usuário, em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabe aos entes federativos, nas Comissões Intergestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

⁷⁷ BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília 2011.

O fluxo de elaboração do COAP deve observar os seguintes passos, segundo a Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012⁷⁸ que trata das Normas Gerais e Fluxos do COAP:

- Análise e aprovação no âmbito de cada ente signatário;
- Pactuação na CIR;
- Homologação pela CIB;
- Assinatura, a ser providenciada pela CIR;
- Publicação no Diário Oficial da União (DOU), por extrato; e
- Encaminhamento à CIT, para ciência.

Além da publicação no DOU, o COAP poderá ser publicado em outros instrumentos oficiais no âmbito do Estado e dos Municípios integrantes da Região de Saúde, garantindo a Publicização do contrato.

Nos casos em que houver dissenso a respeito da elaboração do COAP, a mediação, a análise e a decisão dos recursos dos Estados e Municípios caberão à CIB e à CIT.

⁷⁸ BRASIL. Resolução nº 3, de 30 de Janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acesso em: 25/11/2015.

4. Relação dos Contratos com os Processos de Gestão no Âmbito do SUS

Como já indicado, a contratualização hoje é considerada como um conjunto de atividades integradas aos processos de gestão do SUS, especialmente no que se refere ao planejamento, oferta e avaliação das ações de saúde disponibilizadas à população. Assim, indica-se a seguir, de forma resumida, como os contratos se articulam com diferentes processos gerenciais.

- Planejamento de Necessidades de Saúde e Programação Pactuada e Integrada - O contrato será firmado com base nas necessidades locais e naquelas decorrentes da PPI, que visam o atendimento das populações de outros municípios.
- Cadastramento de Serviços de Saúde – O cadastro permite verificar a capacidade potencial dos serviços, demonstrando os serviços possíveis de serem realizados pelo estabelecimento de saúde, considerando-se a capacidade de recursos humanos e a estrutura física por serviço/procedimento, bem como a capacidade que já está comprometida com outros contratos/convênios, instrumentalizando, assim, a contratação e a programação das metas físicas e orçamentárias a serem praticadas mensalmente para o SUS.
- Regulação – O contrato representa o acordo de compromissos estabelecidos entre as partes, informando os procedimentos que serão ofertados à população, o que se constitui em elementos importantes para a definição de fluxos de acesso e de monitoramento do que é efetivamente realizado.
- Controle e Avaliação– O contrato instrumentaliza o processo de controle e avaliação a ser desenvolvido, na medida em que indica o que foi pactuado e efetivamente realizado, bem como o alcance de indicadores e metas estabelecidas.

No contrato deve estar explícito que o elenco de procedimentos será de acordo com a capacidade instalada dos serviços que constam do cadastro, que as metas estabelecidas são firmadas com base nas necessidades da população e que os procedimentos terão seu acesso regulado por meio do complexo regulador do município.

5. Orientações para o Processo de Contratualização dos Serviços de Saúde

5.1. Questões Conceituais sobre Contratualização em Saúde

5.1.1 Processo de Contratualização

Em termos gerais, a contratualização é um processo que consiste no procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre duas partes, seja entre o Poder Público e seus órgãos (contratualização interna), ou entre Poder Público com entidades de direito público, privado e entidades da sociedade civil (contratualização externa). Nestes relacionamentos, há em linhas gerais, o processo de negociação e o estabelecimento de metas de desempenho.

Conforme já assinalado, esse processo pode ser externo ou interno. Como o próprio nome diz, o processo de contratualização externa reflete um processo ou conjunto de atos que resultam na contratação de serviços envolvendo: a detecção das necessidades pelo Poder Público; a definição de instrumentos; as metas a serem atingidas; as formas de acompanhamento e avaliação; e, os processos de contratação desses serviços que culminam com a formalização do instrumento jurídico adequado.

Dessa forma, trata-se de um processo pelo qual as partes, o representante legal do prestador e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde, formalizado por meio de um instrumento jurídico formal, usualmente denominado de contrato.

No caso de um processo que envolva a contratualização interna, ou seja, para dentro dos serviços, não há que se falar necessariamente em um instrumento jurídico tradicional, mas sim na necessidade do estabelecimento de um processo contínuo de pactuação, que se traduza em um acordo de vontades com a definição de metas e responsabilidades das partes. Este acordo deverá ser firmado entre a gerência do serviço e/ou equipe gestora do Poder Público e os profissionais que ali atuam. Deve ter por base o perfil demográfico e epidemiológico que expresse a necessidade da população, as diretrizes da política de saúde e as possibilidades do serviço no que se refere a recursos e insumos. Esse processo só se efetivará através de conjunto de ações com caráter de monitoramento e avaliação, e com mecanismos de incentivos e estímulos para uma atuação constante, balizada pelas metas quantitativas e qualitativas pré-estabelecidas.

Essa contratualização, dentro do próprio Poder Público, visa ampliar a capacidade interna do governo de implantar políticas públicas setoriais, de forma

coordenada e sinérgica, envolvendo e corresponsabilizando todos os agentes envolvidos.

No caso da contratualização externa, ou seja, entre o Poder Público e terceiros, tem-se ainda o objetivo de estabelecer uma relação de fomento e parceria entre Estado e sociedade civil, para a execução de atividades que, por sua relevância para a coletividade, possam ser realizadas de forma compartilhada, observada sempre a eficácia, a eficiência e a efetividade da ação pública.

5.1.2 Contratação

Podemos definir a contratação como o processo de negociação para o estabelecimento de um instrumento contratual (contrato, convênio, contrato de gestão, contrato organizativo de ação pública, etc.) ou de pactuação para a prestação de serviços com a finalidade de disponibilizar ações, procedimentos e insumos. A ideia é que o controle do Estado deixa de ser exercido apenas da maneira burocrática tradicional, pelo cumprimento de normas e procedimentos, e passa a orientar-se prioritariamente à avaliação de resultados definidos no âmbito do instrumento.

5.1.3 Contratos

Conceito Geral

É o acordo voluntário entre duas ou mais entidades no qual elas se comprometem a assumir ou renunciar, ou a fazer ou não determinadas coisas⁷⁹. É a formalização de acordos e interesses comuns. Trata-se de um acordo de vontades, formalizado através de um instrumento, gerando direitos e obrigações recíprocas.

O instrumento contratual deve estabelecer direitos e deveres de ambas as partes, dando legitimidade ao repasse financeiro. Os contratos são instrumentos relevantes na gestão pública de qualidade. Além de objetivarem solidez jurídica por meio da pactuação de direitos e obrigações recíprocos entre as partes, são importantes mecanismos de gestão, controle e acompanhamento dos serviços contratados.

⁷⁹ MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Oficina VII: Contrato de Gestão. Disponível em: www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/.../Os_contratos_de_gestao.ppt. Acesso em 25/11/2015.

Somando-se a isso, consolidam a parceria entre o Estado e os Municípios e/ou instituições prestadoras de serviços. Assim podemos destacar que os benefícios do Contrato são basicamente a responsabilização das partes; a segurança jurídica; a garantia de atendimento ao usuário e, a gestão e o controle.

Princípios Gerais dos Contratos

A validade do contrato exige acordo de vontades, agente capaz, objeto lícito, possível, determinado ou determinável e forma prescrita ou não defesa em lei. Incidem sobre os contratos três princípios básicos:

- a) Autonomia da vontade: significa a liberdade das partes de contratar, de escolher o tipo e o objeto do contrato e de dispor o conteúdo contratual de acordo com os interesses a serem autorregulados.
- b) Supremacia da ordem pública: significa que a autonomia da vontade é relativa, sujeita à lei e aos princípios da moral e da ordem pública.
- c) Obrigatoriedade do contrato: significa que o contrato faz lei entre as partes. Os contratos devem ser cumpridos. Ninguém é obrigado a tratar, mas se o faz, é obrigado a cumprir.

Vale ressaltar aqui que o conceito de contrato não é específico do direito privado, devendo ser dado pela Teoria Geral do Direito. Ele existe também no âmbito do direito público, compondo a espécie Contrato de Direito Público.

5.2. Contratualização na Administração Pública Brasileira

Sempre que a Administração Pública pretender realizar obras, contratar serviços, efetuar compras, promover alienações de bens móveis ou imóveis, empreender concessões, permissões ou locações de bens públicos, deve, obrigatoriamente, fazê-lo por meio do procedimento licitatório próprio, podendo deixar de adotá-los somente nos casos especificados na Lei que rege as licitações e contratos da Administração Pública (Lei federal nº 8.666/93)⁸⁰.

A obrigação de licitar é determinada por força do art. 37, inciso XXI da Constituição Federal. Vejamos:

⁸⁰ BRASIL, 1993.

Art. 37 - A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica, indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

Reforça-se, ainda, no art. 175, a necessidade de realização de procedimento licitatório pelo Poder Público, quando da prestação de serviços públicos através dos regimes de concessão ou permissão, assim dispondo: “Art. 175. *Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos*”.

A licitação é o procedimento administrativo formal através do qual a Administração Pública convoca, mediante condições estabelecidas em ato próprio (edital ou convite), empresas interessadas na apresentação de propostas para o oferecimento de bens e prestação de serviços.

Tal procedimento objetiva garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração, de maneira a assegurar oportunidade igual a todos os interessados e possibilitar o comparecimento ao certame do maior número possível de concorrentes.

A Lei nº 8.666, de 1993⁸¹, ao regulamentar o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, estabeleceu normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Reforçou o Estatuto Licitatório, no art. 2º a necessidade de realização de procedimento licitatório.

Art. 2º - As obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações, concessões, permissões e locações da Administração Pública, quando contratadas com terceiros, serão necessariamente precedidas de licitação, ressalvadas as hipóteses previstas nesta Lei.

⁸¹ BRASIL, 1993.

A igualdade entre os licitantes é pressuposto de validade da licitação, sendo que o seu principal objetivo é garantir a proposta mais vantajosa para a Administração, em observância aos princípios constitucionais da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes forem correlatos, conforme preceitua o art. 3º do Estatuto Licitatório.

Estão sujeitos à regra de licitar todos os órgãos da administração direta, fundos especiais, autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (parag. Único, art. 1º da Lei nº 8.666/93)⁸².

As regras das licitações públicas devem ser interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que informadas no edital e não comprometam o interesse da administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

Devem ser licitadas a execução de obras, a prestação de serviços, o fornecimento de bens, as alienações de bens da Administração Pública, as concessões, permissões e locações de bens pela Administração, exceto os casos previstos na Lei nº 8.666/93.

Assim sendo a licitação na Administração Pública tem como finalidade:

- a) Garantir o princípio constitucional de isonomia e impessoalidade;
- b) Selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração.
- c) Atuar como fator de moralidade e eficiência nos negócios administrativos;

Cumprе ressalvar aqui o disposto no § 1º do art. 173 da CF/88 que enseja a possibilidade de flexibilização do regramento licitatório, desde que observados os princípios da administração pública pelas empresas públicas e sociedades de economia mista, que explorem atividade econômica. Vejamos:

Art. 173. Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei.

§ 1º. A lei estabelecerá o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista de suas subsidiárias que explorem atividade econômica de produção ou comercialização de bens ou de prestação de serviços, dispondo sobre:

I – (...);

⁸² BRASIL, 1993.

II – (...);

III – *licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações, observados os princípios da administração pública;*

IV – (...);

V – (...).

O procedimento de licitação objetiva permitir que a administração contrate aqueles que reúnam as condições necessárias para o atendimento do interesse público, levando em consideração aspectos relacionados à capacidade técnica e econômico-financeira do licitante, à qualidade do produto e ao valor do objeto.

5.2.1 Princípios da Administração Pública a serem observados no processo de contratação

I. Legalidade

O conceito mais moderno do princípio da legalidade não envolve mais a máxima de que à Administração só cabe fazer o que a lei permite. Ao administrador cabe fazer o que a lei e os princípios regentes do Direito permitem, sempre em busca do interesse público.

O ato realizado pelo agente público, dentro de suas competências discricionárias⁸³, para ser válido, deve ser o mais adequado dentre os possíveis. Não pode ser apenas um ato respaldado pela lei específica, por uma regra de conduta. Deve se coadunar a todo o ordenamento jurídico, de acordo com os princípios constitucionais que arrimam o Estado de Direito, com intenção de satisfazer a finalidade normativa, o interesse público.

A atividade discricionária deve estar inter-relacionada não apenas à lei que a legitima, mas a todo o ordenamento normativo. Em última análise, todo ato administrativo deve visar o interesse público para ser válido, seja vinculado, seja discricionário. Toda atividade discricionária, em verdade, está vinculada ao interesse público, devendo ser adequada, necessária e razoável.

Assim, o princípio da legalidade administrativa não envolve somente a obediência às leis, mas, especialmente, aos princípios gerais de direito, devendo, em caso de conflito, ser avaliada a razoabilidade e proporcionalidade do caminho a ser seguido.

⁸³ Poder Discricionário é aquele que o direito concede à Administração Pública para a prática de atos administrativos com liberdade na escolha de sua conveniência, oportunidade e conteúdo. Distingue-se do Poder Vinculado pela maior liberdade de ação que é conferida ao administrador.

II. Razoabilidade

A razoabilidade age como um limite ao poder discricionário do administrador público, devendo se caracterizar uma pertinência entre oportunidade e conveniência, de um lado, e finalidade, de outro.

III. Proporcionalidade

É a adequação entre meios e fins.

IV. Isonomia

Assegurar iguais oportunidades a todos que estejam em mesmas condições, como por exemplo, promover a igualdade de tratamento entre os licitantes.

V. Impessoalidade

Impede que os atos sejam praticados visando a interesses do agente ou de terceiros. Deve ser observado tanto em relação aos administrados (devendo a finalidade pública nortear toda atividade administrativa, não podendo se atuar com vistas a beneficiar ou prejudicar pessoas determinadas) quanto à própria Administração (“os atos e provimentos administrativos são imputáveis não ao funcionário que os pratica, mas ao órgão ou entidade administrativa da Administração Pública, de sorte que ele é autor institucional do ato.”). São vedadas perseguições ou favorecimentos, discriminações benéficas ou prejudiciais aos licitantes, por exemplo. A Administração em todo o procedimento licitatório deverá tratar os participantes com absoluta neutralidade, constituindo-se, aqui, o princípio, como verdadeiro corolário da igualdade.

VI. Moralidade Administrativa

A moralidade administrativa, segundo DI PIETRO (2013)⁸⁴, “está intimamente ligada ao desvio de poder. A imoralidade, de acordo com a nobre jurista, encontra-se na intenção do agente”.

O inciso IV do parágrafo único da Lei federal nº 9.784/99⁸⁵, que trata da regulamentação dos procedimentos administrativos na esfera federal, exige do administrador público “atuação segundo padrões éticos de probidade, decoro e boafé”.

⁸⁴ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 26ª ed. São Paulo: Atlas, 2013, p.78.

⁸⁵BRASIL. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9784.htm. Acesso em 25/11/2015.

Assim, pode se entender que a moralidade administrativa consiste na atuação ética dos agentes da Administração, devendo-se observar uma conduta honesta e honrada, não se desviando dos poderes que lhe foram investidos, buscando-se sempre atingir os fins desejados ao interesse público.

VII. Supremacia do Interesse Público

Os interesses públicos têm supremacia sobre os individuais. As normas de direito público têm o objetivo primordial de atender à coletividade, almejando o bem-estar coletivo. Esse princípio serve tanto ao legislador, no momento de elaboração das leis, quanto ao administrador, vinculando-o em sua atividade, no momento da execução das leis.

VIII. Publicidade

Este princípio exige ampla divulgação dos atos praticados pela Administração Pública. Especialmente o procedimento licitatório deve ser pautado pela publicidade, não podendo ter atos sigilosos, sendo acessíveis ao público, salvo quanto ao conteúdo das propostas, até a data da respectiva abertura.

IX. Julgamento objetivo das propostas na licitação

É o que se baseia nos critérios definidos no ato convocatório e nos termos específicos das propostas. No julgamento das propostas, a Comissão levará em consideração os critérios objetivos definidos no edital ou convite, os quais não devem contrariar as normas e princípios estabelecidos pela Lei de Licitações.

X. Vinculação ao instrumento convocatório ao edital

A Administração não pode descumprir as normas e condições do edital, ao qual se acha estritamente vinculada. Após iniciado o procedimento licitatório, estará impedida a criação de critérios diferenciados daqueles estabelecidos em edital, a não ser que seja dada publicidade às modificações pretendidas e, quando alterarem fundamentalmente as propostas, seja concedido novo prazo para apresentação de propostas.

5.2.2 Modalidades de Licitação

A modalidade de licitação é definida com base nas características do objeto a ser contratado e no valor estimado para a contratação, em função dos seguintes limites:

Obras e Serviços de Engenharia

Artigo	Inciso	Alínea	Valor R\$	Modalidade de licitação
23	I	A	150.000,00	Convite
	I	B	1.500.000,00	Tomada de Preço
	I	C	Acima de 1.500.000,00	Concorrência

Compras e outros serviços

Artigo	Inciso	Alínea	Valor R\$	Modalidade de licitação
23	II	A	80.000,00	Convite
	II	B	650.000,00	Tomada de preço
	II	C	Acima de 650,000,00	Concorrência

Dispensa de licitação

Artigo	Inciso	Alínea	Valor R\$	Modalidade de licitação
24	I		15.000,00	Obras/serviços de Engenharia
	II		8.000,00	Compras/outras serviços

**Sociedade de economia mista, empresas públicas, autarquias e fundações
qualificadas como agência executiva.**

Artigo	Inciso	Alínea	Valor R\$	Modalidade de licitação
24	I		15.000,00	Obras/serviços de Engenharia
	II		8.000,00	Compras/outros serviços

Devemos destacar ainda o Pregão como modalidade de licitação, regulamentado pela Lei federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002⁸⁶, que deve ter seus procedimentos regulamentados por Decretos pelos estados e municípios.

O Pregão pode ser utilizado para qualquer valor de compra ou serviços, destinando-se à aquisição de bens e serviços comuns, assim entendidos aqueles cujos padrões de desempenho e qualidades possam ser objetivamente definidos pelo edital, através de especificações usuais no mercado (art. 1º, parágrafo único da Lei nº. 10.520, de 17 de julho de 2002⁸⁷). Assim, não se leva em consideração o vulto do contrato, mas sim as características dos bens ou serviços, que devem ser comuns, ou seja, rotineiros, ordinários.

O que difere essa modalidade das outras é a inversão que ocorre na sequência das fases do procedimento (habilitação e proposta técnica), tornando-o mais célere.

Esse procedimento licitatório pode utilizar os meios de comunicação à distância, comumente chamados de pregão eletrônico. Contudo, inúmeros atos e formalidades serão praticados segundo as regras comuns, aplicáveis a toda e qualquer licitação. A peculiaridade do pregão eletrônico reside na ausência física do pregoeiro, de sua equipe de apoio e dos representantes dos licitantes num mesmo local determinado.

⁸⁶ BRASIL. Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm. Acesso em: 25/11/2015.

⁸⁷ Ibidem

As manifestações de vontade dos interessados são transmitidas por via eletrônica, sendo o procedimento conduzido pelo pregoeiro (a esse respeito ver Lei nº. 10.520, de 17 de julho de 2002 e eventuais Decretos municipais)

5.2.3. Tipo de Licitação

É importante destacar que o tipo de licitação não se confunde com a modalidade de licitação. Modalidade é o procedimento, ou seja, o rito específico que o certame deverá observar. São elas: concorrência, tomada de preços, convite, concurso, leilão e pregão (art. 22 da Lei nº 8.666/93⁸⁸ e Lei 10.520/02⁸⁹).

Já os tipos relacionam-se com o critério de julgamento para a seleção da proposta mais vantajosa, quais sejam: menor preço, melhor técnica, técnica e preço, maior lance ou oferta (art. 45, Lei nº 8.666/93).

A Lei de Concessão e Permissão de Serviços Públicos (Lei federal nº 8.987/95⁹⁰) estabelece alguns outros tipos de licitações, arrolados no art. 15, os quais podem ser aplicados somente às licitações que envolvem tais objetos.

Sistema de Registro de Preços – SRP

O Sistema de Registro de Preços (SRP) representa um conjunto de procedimentos para registro formal de preços, precedido de licitação realizada nas modalidades concorrência ou pregão, onde são selecionadas propostas de preços unitários a serem utilizadas em contratações futuras de bens ou serviços, de consumo e uso frequentes.

Deve-se salientar que o registro de preços é adequado àqueles objetos mais simples, que podem ser individualizados através de uma descrição simplificada e sucinta.

O SRP é um procedimento especial de licitação onde a Administração não está vinculada a adquirir toda a quantidade estimada. Em face disso, as contratações podem ser realizadas na medida da necessidade do Poder Público. Por isso é

⁸⁸ BRASIL, 1993.

⁸⁹ BRASIL, 2002.

⁹⁰ BRASIL. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm. Acesso em: 25/11/2015.

indicado exatamente para aquelas aquisições ou prestações de serviços que não se podem precisar o quantitativo a ser utilizado.

O procedimento culmina com a elaboração de uma Ata a ser assinada pelas partes indicando os preços que ficarão registrados pelo período de 12 (doze) meses, sendo que a Administração poderá adquirir ou não referidos itens. Em optando por adquiri-los tem a garantia de que o preço será o registrado.

Ata de registro de preços não é contrato. O contrato é instrumento que se firmará caso seja feita a opção por se adquirir o produto ou serviço registrado em ata. Cada solicitação deverá ter seu próprio contrato caso se faça necessário, Nota de Empenho, Ordem de Serviço (conforme art. 62, Lei nº 8.666/93⁹¹).

5.2.4 Exceções à obrigatoriedade de licitar

Como já citado acima, o inciso XXI do art. 37 da Constituição Federal estabelece como regra para contratação pela Administração de obras, serviços, compras e alienações, o procedimento licitatório, ressalvados os casos especificados na legislação, em que se incluem os artigos 17, 24 e 25 da Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 8.666/93⁹²).

Nesse sentido, o Estatuto Licitatório cuidou de regulamentar os casos de licitação dispensada (art. 17), dispensável (art. 24) e inexigível (art. 25).

A licitação dispensável ocorre quando o Administrador puder realizá-la, mas, estando autorizado pela norma, não o faz, optando pela contratação direta. A principal distinção entre licitação dispensada e dispensável repousa no sujeito ativo que promove a alienação, figurando nos casos do art. 17 a Administração no interesse de alienar ou prestar os serviços e, nos casos do art. 24, como compradora ou tomadora dos serviços.

No tocante às hipóteses de inexigibilidade de licitação, estas tratam de questão diversa. A licitação é inexigível por não haver possibilidade de realização do certame. Ainda que o administrador queira fazê-lo, a lei não o permite posto haver uma impossibilidade jurídica de instaurar-se a competição. Portanto, como se pode verificar, enquanto a dispensa trata de situações em que é possível o procedimento licitatório, a inexigibilidade refere-se a situações em que não há nenhuma possibilidade de realização do certame por ser inviável a competição.

A diferença essencial entre dispensa, seja licitação dispensada ou dispensável (art. 17 e art. 24, respectivamente), e inexigibilidade (art. 25), reside no fato de que,

⁹¹ BRASIL, 1993.

⁹² Ibidem

na dispensa há possibilidade de competição, mas a licitação não é obrigatória porque a Lei faculta à Administração a possibilidade de contratar diretamente, tendo em vista algum valor jurídico relevante. As hipóteses legais previstas são taxativas.

No caso da inexigibilidade não há possibilidade de competição, ou porque só existe um objeto capaz de atender às necessidades da Administração; ou porque tal objeto é exclusivo de um único fornecedor; ou ainda porque as características específicas do produto ou do serviço necessário são bastante singulares, não existindo, portanto, condições objetivas de instaurar competição entre os possíveis fornecedores, tornando a licitação inviável.

O art. 26 da Lei nº 8.666/93⁹³ exige fundamentação pormenorizada para todos os casos de inexigibilidade e para a maioria dos casos de dispensa. Estabelece, ainda, a obrigação de comunicar à autoridade superior para ratificação e publicação do ato na Imprensa Oficial.

O parágrafo único desse artigo determina em especial que o processo de dispensa e inexigibilidade seja instruído, na maioria dos casos, com justificativa do preço e razão da escolha do fornecedor ou executante.

NOTA: Em resumo, a regra geral é a de que se instaure licitação para quaisquer contratações. Contudo, a lei autoriza que esse procedimento seja afastado em alguns casos, tais como a licitação dispensada (art. 17, I e II da Lei nº 8.666/93) licitação dispensável (art. 24 da Lei nº 8.666/93) e licitação inexigível (art. 25 da Lei nº 8.666/93).

5.3. O Contrato de Direito Público ou Contrato Administrativo

Contrato administrativo é o contrato celebrado pela Administração Pública, com o propósito de satisfazer as necessidades de interesse público e é todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas. De acordo com GOMES (2012)⁹⁴:

Contrato administrativo é um acordo de vontades celebrado entre a Administração Pública e o particular ou outro ente administrativo (órgão ou pessoa jurídica de direito público ou

⁹³ BRASIL, 1993.

⁹⁴ GOMES, Fábio Bellote. Elementos de Direito Administrativo. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

privado) para a realização de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria objetivos Administração Pública, sendo disciplinado preferencialmente pela Lei de Licitações.

Ou ainda segundo MEIRELLES (2003) apud BRASIL (2007, p.13)⁹⁵:

"Ajuste que a Administração Pública firma com particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração".

Diferentemente do direito privado em que prevalece os atos jurídicos bilaterais, na Administração Pública utiliza-se essencialmente os atos administrativos unilaterais, com características exorbitantes do direito comum, tais como as prerrogativas e sujeições que constituem o Direito Administrativo. Todavia o fato da Administração Pública estabelecer unilateralmente as condições de ajuste não lhe retira a natureza contratual.

Enquanto não se produz acordo de vontades, nenhum efeito resultará do ato unilateral da administração. Isso quer dizer que cada uma das partes adquire, em relação à outra, o direito as obrigações relacionadas. É por isso que os contratos administrativos enquadram-se no conceito geral dos contratos como um acordo de vontades gerador de direitos e obrigações recíprocas⁹⁶.

Vale registrar que o contrato administrativo é regido pela Lei Federal nº 8.666/93⁹⁷, a qual se trata de norma geral e abstrata, e de competência da União. Também se subordinam ao regime do contrato administrativo imposto por esta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas, direta ou indiretamente, pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 1º, parágrafo único).

Os contratos devem estabelecer com clareza e precisão as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e

⁹⁵ MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. Atualizado por Eurico de Andrade Azevedo, Décio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2003. Apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de orientações para contratação de serviços do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.p. 13.

⁹⁶ DI PIETRO, Maria Sylvia Zenella. Direito Administrativo. 28 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2015. p. 297.

⁹⁷ BRASIL, 1993.

responsabilidades das partes, em conformidade com os termos da licitação e da proposta a que se vinculam.

5.3.1. Principais Características

Um contrato administrativo tem como características básicas: a consensualidade, pois consubstancia à vontade entre as partes; a formalidade, pois deve ser realizado por escrito; onerosidade, pois é remunerado na forma convencionada entre as partes; comutatividade, pois gerará obrigações recíprocas e equivalentes para as partes e *intuitu personae* (em razão da pessoa), ou seja, o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado. O contrato administrativo possui uma característica que lhe é específica: a exigência de uma licitação prévia, que só será dispensável ou inexigível nos casos expressamente previstos em lei.

Resumindo os contratos administrativos devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos da licitação e da proposta a que se vinculam. Sendo assim, conforme o disposto no artigo 55 da Lei nº 8.666/93⁹⁸, são consideradas cláusulas necessárias em todo contrato administrativo:

Art. 55 São cláusulas necessárias em todo contrato as que estabeleçam:

I- o objeto e seus elementos característicos;

II- o regime de execução ou a forma de fornecimento;

III- o preço e as condições de pagamento, os critérios, data-base e periodicidade do reajustamento de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;

IV- os prazos de início de etapas de execução, de conclusão, de entrega, de observação e de recebimento definitivo, conforme o caso;

V- o crédito pelo qual correrá a despesa, com a indicação da classificação funcional programática e da categoria econômica;

VI- as garantias oferecidas para assegurar sua plena execução, quando exigidas;

VII- os direitos e as responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores das multas;

VIII- os casos de rescisão;

IX- o reconhecimento dos direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 desta Lei;

X- as condições de importação, a data e a taxa de câmbio para conversão, quando for o caso;

⁹⁸ BRASIL, 1993.

- XI- a vinculação ao edital de licitação ou ao termo que a dispenson ou a inexigiu, ao convite e à proposta do licitante vencedor;
- XII- a legislação aplicável à execução do contrato e especialmente aos casos omissos;
- XIII- a obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

Além das cláusulas necessárias, os contratos administrativos possuem determinadas características especiais que os diferenciam dos contratos submetidos a outros regimes jurídicos. Conforme indicado a seguir.

5.3.2. Formalidade (obediência às formas prescritas em Lei)

A formalidade caracteriza, em regra, os contratos administrativos. Assim, é nulo e de nenhum efeito o contrato verbal com a Administração Pública, exceto o que tenha por objeto as pequenas compras de pronto pagamento (previsto no artigo 6º parágrafo único da Lei 8666 /93⁹⁹). Todo contrato administrativo deve trazer o nome das partes e os de seus representantes, a finalidade, o ato que autoriza a sua lavratura, o número do processo de licitação, da dispensa ou da inexigibilidade, a sujeição dos contratantes às normas previstas na Lei de Licitações e às cláusulas contratuais.

5.3.3. Licitação Prévia

Ressalvadas as hipóteses legais de dispensa e inexigibilidade de licitação, a celebração dos contratos administrativos deve ser precedida de licitação, sob pena de nulidade, devendo ainda a minuta de o futuro contrato administrativo constar do edital ou do ato convocatório da licitação.

5.3.4. Cláusulas Exorbitantes

O que distingue o contrato administrativo do privado é a supremacia do interesse público sobre o particular, que permite ao Estado certos benefícios sobre o particular que não existe no contrato privado. Estes benefícios ou peculiaridades são denominados pela doutrina de cláusulas exorbitantes e são previstas nos contratos administrativos de forma explícita ou implícita. Assim sendo, são cláusulas existentes apenas nos contratos administrativos e que conferem determinadas

⁹⁹ BRASIL, 1993.

prerrogativas à Administração Pública, colocando-a em posição de superioridade em relação aos contratados. Estão previstas no artigo 58 da Lei de Licitações.

5.3.5. Prazo Determinado

Como regra, os contratos administrativos devem ter início e término predeterminados, sendo vedados os contratos administrativos com prazo indeterminado.

5.3.6. Prestação de Garantias

À critério da autoridade competente, em cada caso, e desde que prevista no instrumento convocatório, poderá ser exigida prestação de garantia nas contratações de obras, serviços e compras, não excedendo 5% do valor do contrato, podendo o contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia: seguro-garantia, fiança bancária ou caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública, devendo estes ter sido emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados pelos seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Fazenda.

Ressalta-se que, para obras, serviços e fornecimentos de grande vulto, envolvendo alta complexidade técnica e riscos financeiros consideráveis, demonstrados por meio de parecer tecnicamente aprovado pela autoridade competente, o limite de garantia de 5% poderá ser elevado para até 10% do valor do contrato.

A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato, e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente.

5.3.7. Contrato de Adesão

Como já dito todas as cláusulas dos contratos administrativos são fixadas unilateralmente pela administração. Segundo DI PIETRO (2015)¹⁰⁰ costuma-se dizer que pelo instrumento convocatório de licitação, o poder público faz uma oferta a todos os interessados, fixando as condições em que pretende contratar, a apresentação de propostas pelos licitantes equivale à aceitação da oferta feita pela administração

¹⁰⁰ DI PIETRO, 2015.

Mesmo quando o contrato não é precedido de licitação, e a administração que estabelece, previamente as cláusulas contratuais, vinculada que está às leis, regulamentos e ao princípio da indisponibilidade do interesse público.

5.3.8. Publicidade

Depois de celebrado o contrato, este é publicado na imprensa oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, como condição de sua eficácia, uma vez que a Lei de Licitações define a imprensa oficial como o veículo oficial de divulgação da Administração Pública, sendo para a União o Diário Oficial da União e, para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, o que for definido nas respectivas leis.

5.3.9. Hipóteses de Alteração dos Contratos Administrativos - Alteração Unilateral

Os contratos administrativos podem ser alterados, desde que haja motivação legal, de forma unilateral pela Administração Pública ou por acordo entre as partes.

5.3.10. Hipóteses de Extinção dos Contratos Administrativos - Rescisão Unilateral

Os contratos administrativos podem ser extintos pela conclusão do objeto, pelo término do prazo ou por rescisão contratual.

5.3.11. Responsabilidade Contratual

O contratado é responsável pelos danos causados diretamente à Administração Pública ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, sendo de sua responsabilidade, ainda, os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato. A inadimplência de sua parte com relação a tais obrigações não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do contrato ou restringir a regularização e o uso das obras e edificações, inclusive perante o registro de imóveis.

5.4. Outras Modalidades de Instrumentos de Parcerias entre Poder Público e Entidades Públicas ou Privadas

5.4.1. Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)

O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. Entende-se gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS.

O PCEP deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação, assim como um Plano Operativo Anual (POA) contendo:

- I. definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contra referências;
- II. definição das metas de qualidade; e,
- III. descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão.

Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no POA, e não por produção de serviços. A transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, relativa ao valor do PCEP, deverá ser feita preferencialmente para o Fundo de Saúde do ente que gerencia a unidade pública de saúde.

5.4.2. Convênio

Segundo DI PIETRO (2015)¹⁰¹, convênio pode ser definido como forma de ajuste entre Poder Público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, todos os partícipes querem a mesma coisa. Para MEIRELLES (2003)¹⁰² é acordo onde os partícipes que

¹⁰¹ DI PIETRO, 2015.

¹⁰² MEIRELLES, 2003.

têm interesses comuns e coincidentes. Assim é usado para regular a relação com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Por essa razão, no convênio, a posição jurídica dos signatários é uma só, idêntica para todos, podendo haver apenas diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades para a consecução do objetivo comum, desejado por todos. Assim, a realização de um convênio confere às entidades conveniadas a condição de parceira do Poder Público.

Principais diferenças entre contrato e convênio¹⁰³:

- a) no contrato os interesses são opostos e contraditórios, no convênio eles são recíprocos;*
- b) os entes conveniados têm objetivos institucionais comuns e, se reúnem para alcançá-los;*
- c) No convênio as partes buscam um resultado comum, no contrato as vontades “são antagônicas, se compõe, mas não se adicionam”;*
- d) para a efetivação de um contrato é imprescindível o processo licitatório, já no convenio a licitação é inexigível, pois não há viabilidade de competição;*
- e) no convênio há uma mútua colaboração que pode ocorrer de diversas formas: repasse de recursos na forma de incentivo, cessão de uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis, não se menciona preço, que é uma característica dos contratos;*
- f) no contrato, o valor pago a título de remuneração integra o patrimônio da entidade que o recebeu; no convenio a entidade conveniada deve utilizar o valor recebido para a execução de determinada atividade que foi ajustada. Dessa forma, o valor repassado não perde o caráter público só podendo ser utilizado para os fins explicitados no convenio, por esse motivo, a entidade conveniada fica obrigada a prestar contas sobre a utilização do recurso público aos órgãos de controle interno e externo.*

O convênio pode ser utilizado para regular a relação com entidades privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas e, também, com entidades públicas quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Em razão do disposto no art. 199, §11 da Constituição Federal, entidades privadas sem fins lucrativos e entidades filantrópicas têm prioridade na participação complementar na rede pública de saúde.

O que o gestor sempre deve ter em mente é que o instrumento legal utilizado será definido a partir do objeto do ajuste com o setor privado e não em razão da natureza jurídica da instituição ou empresa a ser contratada. Assim, quando o objeto do ajuste for o desenvolvimento de um objetivo e/ou atividades comuns o instrumento legal a ser utilizado será o convênio e sempre que o objeto do ajuste for única e exclusivamente a compra de serviços o instrumento legal utilizado será o contrato administrativo.

¹⁰³ DI PIETRO, op.Cit.

Segue abaixo quadro-síntese com as principais diferenças assinaladas entre Contratos e Convênios.

Contratos	Convênios
Interesses Opostos	Interesses Comuns
Contra prestações	Compromissos Convergentes
Posições Jurídicas antagônicas	Mesma posição Jurídica
Sinalagma (acordo de vontades) e reciprocidade	Ausência de Sinalagma (acordo de vontades) e Reciprocidade
Lei de licitações e Contratos Administrativos (LEI Nº 8.666 / 93)	Art.116 da Lei e Art. 48 Decretos Nº 93.872 / 86

5.4.3. Organizações Sociais e os Contratos de Gestão

É a forma de relacionamento prevista na Lei nº 9.637/98 quando o objetivo do contrato for a transferência de operacionalização de uma instituição pública para a Organização Social. Previsto na Constituição Federal (art. 37, § 8º)¹⁰⁴ como meio de ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da Administração direta e indireta.

O Contrato de Gestão, segundo MEIRELLES (2003) apud BRASIL (2007)¹⁰⁵, não é na sua essência um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios e é mais bem conceituado como um acordo de Direito Público. O contrato de gestão é estabelecido por tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação do cumprimento das metas estabelecidas¹⁰⁶. Sua finalidade básica é possibilitar a administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada, ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados.

O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da Administração Indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém quando celebrado com organizações sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998.

¹⁰⁵ MEIRELLES, 2003 apud BRASIL, 2007.

¹⁰⁶ DI PIETRO, 2015.

¹⁰⁷ DI PIETRO, OP.Cit.

5.4.4. OSCIP e Termo de Parceria

Tipo de contrato definido pela Lei 9790/99¹⁰⁸, é o instrumento que pode ser firmado entre o Poder Público e as OSCIP com o objetivo de formar vínculo de cooperação entre as partes, visando apoiar e executar atividades de interesse público; permite a negociação de objetivos e metas e o monitoramento e avaliação de projetos baseado nos princípios constitucionais da administração pública.

Com relação às finalidades, de acordo com a Lei em seu artigo 4º as organizações devem atender aos seguintes objetivos sociais¹⁰⁹:

- I-promoção da assistência social;*
- II-promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;*
- III-promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;*
- IV-promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;*
- V -promoção da segurança alimentar e nutricional;*
- VI-defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;*
- VII - promoção do voluntariado;*
- VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;*
- IX-experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;*
- X -promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;*
- XI -promoção da ética, da paz da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;*
- XII-estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.*

Conforme o artigo 23 do Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999¹¹⁰, que regulamenta a Lei 9790/99:

¹⁰⁸ BRASIL. Lei no 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm. Acesso em: 25/11/2015.

¹⁰⁹ BRASIL, 1999.

... A escolha da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, para a celebração do Termo de Parceria, deverá ser feita por meio de publicação de edital de concursos de projetos pelo órgão estatal parceiro para obtenção de bens e serviços e para a realização de atividades, eventos, consultoria, cooperação técnica e assessoria.

Em meados de 2014 foi publicada a Lei nº 13.019/2014¹¹¹, denominada “Novo Marco Regulatório das Transferências Voluntárias”, com início de vigência postergado para 2016. Essa norma objetiva regulamentar a realização de parcerias voluntárias, com ou sem a transferência de recursos financeiros, para a realização de projetos, de interesse público, que envolvam a União, os Estados, o Distrito Federal, Municípios e as respectivas autarquias, as fundações, as empresas públicas e as sociedades de economia mista, prestadoras de serviços públicos, e suas subsidiárias, com as Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Com efeito, OSC é toda entidade sem fins lucrativos que não distribua qualquer forma de resultado entre seus associados e apliquem todos os seus recursos em sua finalidade social. A nova lei regulamenta as parcerias entre o Poder Público e essas entidades. Nos termos da legislação, entende-se por parceria qualquer modalidade de ajuste prevista nesta Lei, que envolva ou não transferências voluntárias de recursos financeiros, entre administração pública e organizações da sociedade civil para ações de interesse recíproco em regime de mútua cooperação.

Inclui no sistema jurídico duas novas espécies de ajustes entre o Poder Público e as OSC, as quais foram denominadas de “termo de colaboração” e “termo de fomento”. O termo de colaboração deve ser adotado em caso de transferências voluntárias de recursos para a consecução de planos de trabalho propostos pela

¹¹⁰ BRASIL. Decreto no 3.100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei no 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3100.htm. Acesso em: 25/11/2015.

¹¹¹ BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 25/11/2015.

Administração Pública em regime de mútua colaboração com organizações da sociedade civil, conforme o art. 16, da Lei nº 13.019/14¹¹². Já o “termo de fomento” deve ser adotado em caso de transferências voluntárias de recursos para a consecução de planos de trabalho propostos pelas organizações em regime de mútua colaboração com a Administração Pública, conforme o art. 17, da mesma lei.

Os ajustes previstos na Lei, seja na modalidade de colaboração ou fomento, serão realizados mediante processo de chamamento público, definido no art. 2º, inc. XII, como:

procedimento destinado a selecionar organização da sociedade civil para firmar parceria por meio de termo de colaboração ou de fomento, no qual se garanta a observância dos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos.

Todavia, a existência da criação desses instrumentos de mútua colaboração não retira do mundo jurídico outras formas de parceria, conforme prevê o art. 2º, VII, da novel legislação. Assim, a relação entre a administração pública e as OSCIP possui instrumento próprio e poderá ocorrer por intermédio de Termos de Parcerias, conforme legislação específica, descrito no art. 9º da Lei nº 9.790/99¹¹³.

As OSCIP, entidades pertencentes ao terceiro setor, o marco regulatório somente é aplicável naquilo em que couber e que não afronte diretamente a Lei nº 9.790/99 e ao Decreto nº 3.100/99. É isso que dispõe o art. 4º da Lei nº 13.019/14¹¹⁴:

aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às relações da administração pública com entidades qualificadas como organizações da sociedade civil de interesse público, de que trata a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, regidas por termos de parceria.

Numa análise sintética, considerando que o termo de parceria é o instrumento hábil para a vinculação entre o poder público e a administração pública, não existe a necessidade de que seja instituído um novo modelo de ajuste. Principalmente porque o art. 4º não revogou o Termo de Parceria, e em tese, possuem a mesma finalidade. Tal entendimento é complementado pela parte final

¹¹² BRASIL, 2014.

¹¹³ BRASIL, 1999.

¹¹⁴ BRASIL, 2014.

do art. 2º inc. VII e VIII, na Lei nº 13.019/14¹¹⁵, que deixa claro que os termos de colaboração e fomento serão utilizados desde que “ (...) sem prejuízo das definições atinentes ao contrato de gestão e ao termo de parceria, respectivamente, conforme as Leis nº 9.637/98 e art. 9.790/99. ” Portanto, inegável que a inovação trazida não retira do mundo jurídicos os termos de parceria, que continuam sendo a ferramenta para celebração de ajustes com OSCIP.

5.4.5. Consórcios Públicos e Contrato de Rateio

Previstos na Lei nº 11.107/2005 que regulamentou o art. 241 da Constituição Federal. A Lei estabelece normas gerais de contratação dos consórcios públicos e são aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

A leitura do dispositivo permite concluir pela possibilidade de Estados, Municípios e Distrito Federal editarem leis específicas em relação aos consórcios públicos. Tais objetivos comuns só podem ser aqueles acordados pelos consorciados que, no entanto, não terão liberdade total quanto da sua criação, consoante o art. 2º da Lei 11.107/2005¹¹⁶.

Para tanto a lei ainda atribui uma série de prerrogativas a esses consórcios, incluindo:

- I- firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgão do governo;*
- II- nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e*
- III- ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.*

Os consórcios configuram pessoas jurídicas as quais poderão assumir personalidades variadas, tanto uma personalidade de direito público, quando constituirão uma associação pública integrante da administração indireta, ou

¹¹⁵ BRASIL, 2014.

¹¹⁶ BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm. Acesso em: 25/11/2015.

privado, quando deverão atender às exigências da norma de direito público e também os requisitos da legislação civil¹¹⁷.

Art. 6º O consórcio público adquirirá personalidade jurídica:

I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções

II – de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

§ 1º O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

§ 2º No caso de se revestir de personalidade jurídica de direito privado, o consórcio público observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Art. 7º Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público.

Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

§ 2º É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas, inclusive transferências ou operações de crédito.

§ 3º Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio.

§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 5º Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.

Portanto, a disposição acima trouxe como consequência, a necessidade de modificação no art. 41 do CC que passou a ter a seguinte redação¹¹⁸:

¹¹⁷ BRASIL, 2005.

¹¹⁸ BRASIL, 2005.

São pessoas jurídicas de direito público interno:

I – a União;

II – os Estados, o Distrito Federal e os Territórios;

III – os Municípios;

IV – as autarquias, inclusive as associações públicas;

V – as demais entidades de caráter público criadas por lei.

Parágrafo único: Salvo disposição em contrário, as pessoas jurídicas de direito público, a que se tenha dado estrutura de direito privado, regem-se, no que couber, quanto ao seu funcionamento, pelas normas deste Código.

Tal relevante aspecto referente à personalidade jurídico dos consórcios deverá estar esclarecido por ocasião da subscrição de protocolo de intenções pelos entes consorciados (art. 3º), além de outros relacionados, cujas cláusulas obrigatórias estão fixadas no art. 4º.

Uma vez subscrito o protocolo de intenções, que deverá ser publicado na imprensa oficial, abrindo-se ensejo para celebração do contrato de consórcio público, só passará a gerar efeitos depois de ratificação daquele por meio de lei (art. 5º). É relevante, outrossim, a transferência de recursos financeiros aos consórcios públicos pelos seus integrantes, o que só poderá ocorrer mediante o contrato de rateio formalizado a cada exercício financeiro (art. 8º).

O legislador condicionou a aplicação de tais recursos para projetos ou programas específicos, proibindo atendimento de despesas genéricas, o que sem dúvida nenhuma dará maior transparência às atividades consorciais.

Também a previsão legal do art. 8º, segundo parágrafo, irá facilitar o cumprimento dessas obrigações pelos próprios consorciados, pelo próprio consórcio (art. 8º, terceiro parágrafo) e, também, pelos Tribunais de Contas competentes (art. 9º, parágrafo único).

Por outro lado, cumpre fazer referência aos denominados “contratos de programa”, que serão responsáveis pela instituição das obrigações de um ente federativo para com outro ou para com o consórcio público, nos termos estabelecidos no art. 13.

O contrato de rateio deve ser celebrado com prévia e suficiente dotação orçamentária e com observância as formalidades destacadas pelo referido diploma legal, do contrário caracterizará ato de improbidade administrativa que é causador de graves prejuízos ao Erário conforme prevê o art. 18.

A inadimplência, inexecução ou descumprimento das cláusulas contratuais seja integral ou parcialmente decorrente de ação ou omissão, culposa ou sem culpa, de qualquer das partes, caracterizando o retardamento ou o não cumprimento do ajustado, enseja responsabilidade para o inadimplente e, ainda, a rescisão contratual.

Pela inexecução poderá responder o inadimplente em caráter civil (com a obrigação de reparar) e administrativo (com aplicação de sanções, suspensão provisória para licitar e contratar com a administração e a declaração de idoneidade para contratar com a administração, por prazo de dois anos, devendo ser requerida a reabilitação).

5.4.6. Plano Operativo

O Plano operativo é o instrumento que deverá integrar todos os tipos de contrato entre o poder público e o setor privado e deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição da oferta e dos fluxos de serviços e as metas pactuadas entre o gestor e o prestador.

O Plano operativo deverá ser elaborado por todas as unidades de saúde que prestem serviços ao SUS, sejam elas públicas ou privadas. É um instrumento de suma importância, não só por apresentar as ações e atividades a serem desenvolvidas pelo prestador, mas também por possibilitar a utilização de mecanismos mais eficazes de controle e avaliação. Ele deverá conter os seguintes elementos:

- Identificação da unidade e de seus responsáveis
- Capacidade instalada e estrutura tecnológica;
- Definição do perfil assistencial em função das necessidades de saúde da população;
- Definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com seus quantitativos;
- Definição das metas de qualidade;
- Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento das metas da gestão hospitalar, em especial daqueles referentes à atenção humanizada;
- Garantia do acesso mediante complexo regulador, trabalho da equipe multidisciplinar, funcionamento das comissões hospitalares obrigatórias e implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referências mediante protocolos de encaminhamento;
- Definição de parâmetros e indicadores para avaliação do cumprimento das metas.

6. Legislação Brasileira e a Contratualização de Serviços De Saúde

Neste item se dispõe as principais normas relacionadas aos aspectos dos processos de contratualização existentes no ordenamento jurídico brasileiro. Ordenamento jurídico é como se chama à disposição hierárquica das normas jurídicas dentro de um sistema normativo.

Por este sistema, pode-se compreender que cada dispositivo normativo possui uma norma da qual deriva e à qual está subordinada, cumprindo o papel de superioridade previsto na Constituição Federal, ao qual todas as demais leis devem ser compatíveis material e formalmente.

6.1. Legislação Específica do SUS

A seguir está indicada a legislação do SUS disponível em: www.planalto.gov.br e em www.saude.gov.br, ou diretamente nos links abaixo.

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Secção II - Da Saúde Art. 199, § 1º da CF/88: de forma complementar, mediante contrato, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Lei Federal nº 8.080/1990 (artigos 4º, 24 e 25), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Lei Complementar 141/2012, que regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

- Portaria nº 1.034/GM, de 05.5.2010, p. DOU, Seção 1, de 06.5.2010, rep. DOU, Seção 1, de 19.5.2010, pág. 34 – Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos no SUS.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html
- Portaria nº 1.606/GM, de 11.9.2001 – diretrizes para os Estados, DF e Municípios adotarem tabela diferenciada para remuneração dos serviços assistenciais de saúde (complementação financeira com recursos próprios estaduais e/ou municipais) EM ANEXO
- Portaria nº 3.114/GM, 07.10.2010, p. DOU, Seção 1, de 11.10.2010, pág. 79: dá nova redação ao art. 8º da Portaria nº 1.034/GM de 05.5.2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS;
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3114_07_10_2010.html
- Portaria nº 2.617/GM, de 1º.11.2013, p. DOU, Seção 1, de 04.11.2013, pág. 70: estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2617_01_11_2013.html
- Portaria GM/MS nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a Contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html

- Portaria GM/MS nº 142/2014, que institui no âmbito do SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html

6.2. *Legislação Geral que envolve a Administração Pública*

A seguir indica-se a legislação mais geral que também deve ser observada nos processos de contratualização em saúde, disponível em www.planalto.gov.br.

- Lei Federal nº 8.666/1993, que regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm
- Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm
- ADI/STF nº 1923: Lei nº 9637, de 15.5.1998 - Organizações Sociais – OS (mérito já julgado); afasta a inconstitucionalidade das OS. www.stf.jus.br/arquivo/cms/.../anexo/voto_adc_29adc_30adi_4578.pdf (texto integral em ANEXO)
- Lei 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9790.htm.
- Lei Federal nº 11.107/2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm
- Decreto Federal nº 6.017/2007, que regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm

- Lei Federal 13019/2013, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015); http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm.

7 - Orientações Gerais para o Processo de Contratação no Âmbito do SUS

7.1 Atividades a serem realizadas para a Contratualização de Serviços de Saúde

A seguir estão indicadas as atividades a serem realizadas para a contratualização de serviços de saúde, tanto próprios quanto privados. Pode-se observar que as atividades são complexas, requerendo a colaboração de equipes de técnicos de saúde e demais áreas.

- Realizar estudo das necessidades de saúde da população no território de abrangência do gestor público de saúde - PPI;
- Analisar a disponibilidade de oferta de serviços, incluindo sua distribuição geográfica e o acesso da população;
- Avaliar as evidências e o custo efetividade das tecnologias disponíveis;
- Especificar os padrões de qualidade dos serviços a serem prestados;
- Avaliar as condições estruturais dos prestadores existentes, verificando se possuem condições para ofertar quais serviços;
- Estabelecer que ações da PPI serão ofertadas pelos serviços próprios e quais serão contratualizadas – desdobramento da PPI por serviços
- Definir e Pactuar as responsabilidades mútuas, com cada serviço próprio ou contratado;
- Estabelecer os prazos e formas de prestação de serviços;
- Pactuar indicadores e metas, quantitativos e qualitativos com cada serviço de saúde, próprios ou contratados;
- Levantar a disponibilidade financeira existente para custear os serviços necessários;
- Delimitar os serviços que serão prestados a uma determinada população, a partir da disponibilidade financeira e de serviços;
- Estabelecer as condições de acesso aos serviços, através de fluxos de acesso e protocolos;
- Definir critérios para o monitoramento e avaliação do desempenho do prestador, público e privado;
- Disponibilizar sistemas de informação aos entes contratados que deverão, obrigatoriamente, alimentar com as informações pactuadas.

No quadro a seguir indica-se também o passo a passo para contratação de serviços de saúde, especificando as ações mais técnicas a serem realizadas, conforme as atuais orientações.

Quadro - Passo a Passo para contratação dos serviços de saúde

- A. O gestor consulta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verifica a capacidade instalada no seu território;
- B. De acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais, indicando as ações e serviços que devem ser disponibilizados na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- C. O próximo passo é a elaboração do plano operativo de cada unidade pública sob sua gerência, com a finalidade de identificar o que eles ofertam e levantar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede – devendo conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas;
- D. Após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender às necessidades populacionais, não é preciso contratar os prestadores da iniciativa privada;
- E. Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, e que há necessidade de complementação: em primeiro lugar verificar se em sua rede existem instituições públicas de outra esfera de governo, com as quais deverá formalizar um acordo para compra de serviços destas, por meio do protocolo de cooperação entre entes públicos;
- F. Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei n. 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
- G. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:
- G.1 convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;
- G.2 contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.
- H. A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo;
- I. A legislação prevê dispensa de licitação nos §§ 2º e 4º do art. 17 e nos incisos III a XXIV do art. 24 – as situações de inexigibilidade referidas no art. 25,

necessariamente justificadas, deverão ser comunicadas dentro de três dias à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia dos atos;

J. Quando existir impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores, haverá inexigibilidade de licitação e, nesses casos, poderá fazer uso do chamamento público;

K. Em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

7.2 Aspectos a serem observados no Processo de Contratação

7.2.1. Processo Licitatório

Como já indicado anteriormente no item 5.2, a licitação é uma exigência constitucional obrigatória para toda a administração, prevista no artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal de 1998 e estabelecida pela Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta a contratação de bens e serviços pela administração pública.

É um procedimento administrativo mediante o qual a administração pública tem a possibilidade de escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse, seja no que diz respeito ao melhor preço ou em relação às diferentes técnicas empregadas.

Desenvolve-se por meio de uma sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos. Os contratos firmados entre gestores e prestadores devem ter como referência a tabela nacional do SUS para o estabelecimento de preços.

7.2.2. Inexigibilidade

O processo licitatório para contratação é inexigível quando há inviabilidade ou impossibilidade de competição entre os prestadores, segundo o artigo 25 da Lei n. 8.666/1993. Em muitos casos, essa é a situação da prestação de serviços de saúde, seja pelo fato de haver em um determinado território apenas um prestador habilitado para fornecer o objeto a ser contratado, seja pelo fato de a técnica e o preço do serviço a ser contratado terem sido definidos de antemão pelo gestor.

Nesses casos, sugere-se a utilização do mecanismo de chamamento público dos prestadores de saúde.

7.2.3. Chamamento público

Em caso de inexigibilidade, o gestor deverá realizar um processo público para contratação dos serviços de saúde, ou seja, a chamada pública. É o procedimento mediante o qual o gestor público, por meio de edital, informa a todos os prestadores localizados em sua base territorial o seu interesse de contratar serviços de saúde com base nas necessidades complementares de sua rede, pelos valores definidos na tabela SUS.

Os procedimentos para a Chamada Pública incluem:

- Formar o processo de inexigibilidade de licitação justificando devidamente os aspectos que comprovem a impossibilidade de competição entre os prestadores;
- Fixar os preços utilizando a tabela nacional como valor de referência a ser praticado.
 - Considerar as definições contidas na portaria GM/MS n. 1.606, de 11 de setembro de 2001¹¹⁹, que estabelece em seu artigo 1º que é vedada a utilização de recursos federais para o pagamento complementar das diferenças de valores. Assim, o gestor que adotar preços superiores aos da tabela nacional deverá utilizar recursos próprios para o pagamento da diferença do valor da tabela do SUS.
 - A adoção de valores diferentes da tabela nacional deverá ser submetida à apreciação e aprovação do conselho estadual de saúde, publicada em diário oficial do estado e anexada ao edital.
 - Deverá ser lembrado ao gestor que não é permitido praticar valores diferentes para os mesmos procedimentos;
- Elaborar e publicar edital de chamada pública.

¹¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1606, de 11 de setembro de 2001 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1606_11_09_2001.html. Acesso em: 14/03/2016.

8. Contratualização na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos níveis individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, de maneira a proporcionar uma atenção integral que atue efetivamente nos determinantes e condicionantes de saúde da população.

Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Precisa ser operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde.

A AB deve se constituir também numa das portas de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde e deve ser orientada por princípios e diretrizes, que incluem: Territorialização e Responsabilização Sanitária; Adscrição dos Usuários e Vínculo; Acessibilidade e Acolhimento; Ordenação da Rede de Atenção à Saúde; Coordenação e Gestão do Cuidado Integral em Rede; e, Trabalho em Equipe Multiprofissional.

Para a obtenção 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 é imprescindível que haja um processo de contratualização em toda APS. Em que pese algumas experiências nesse processo, ainda há falhas, tais como, a falta de orientações claras e adequadas por parte do governo, a dificuldade em conciliar metas predefinidas ao orçamento da saúde, a desarticulação entre orçamento e execução financeira, a falta de um programa de reestruturação organizacional e a capacitação insuficiente dos profissionais envolvidos.

Na realidade, o uso de processos de contratualização na AB podem cumprir várias finalidades como:

- Definir funções e responsabilidades dos vários atores, buscando melhorar a coordenação e o desempenho dos profissionais, para a ampliação do acesso e qualificação do cuidado;
- Induzir a construção de parâmetros de comparação entre as equipes, considerando as diferentes realidades de saúde das áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde (UBS);

- Obter um padrão de qualidade comparável no nível local e municipal, fortalecendo os processos de auto avaliação, monitoramento de indicadores e metas;
- Possibilitar processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e a criação de mecanismos que assegurem a comparação das ações de saúde, ofertadas pelos diversificados serviços de Atenção Básica, respeitando os diferentes contextos.
- Buscar convergência de interesses através do planejamento compartilhado, da articulação e, de estabelecimento de acordos negociados;

Dentre os objetivos específicos dos processos de contratualização, pode-se destacar ainda:

- A ampliação do impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários;
- O fornecimento de padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- A promoção de maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando e fortalecendo os processos de auto avaliação;
- A institucionalização de uma cultura de avaliação e monitoramento da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados.

Na perspectiva de avaliar como estes objetivos vinculados aos processos de contratualização têm sido atingidos, foram levantadas e estudadas diversas experiências da Atenção Básica, em países como Portugal, Inglaterra, Espanha, Reino Unido, Canadá e também experiências no Brasil, em cidades como Curitiba, Rio de Janeiro e Uberaba, assim como a atual política de avaliação do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O estudo dessas experiências de contratualização na AB levou em conta o sistema de saúde local e o seu momento atual, destacando os principais instrumentos, processos e indicadores utilizados, e considerando ainda os sistemas de informação existentes.

Assim apresentam-se a seguir as experiências internacionais de modo resumido, buscando pontuar suas contribuições e elementos que podem servir de

modelo e, posteriormente, serão expostos os projetos nacionais com as mesmas finalidades.

8.1. As Experiências de Contratualização na Atenção Primária à Saúde

Na última década, um número crescente de países optou pela contratualização na atenção primária como forma de melhorar o desempenho nesse nível de atenção, sendo cada vez mais utilizada como ferramenta para gerir as relações entre os diferentes fatores intervenientes, bem como melhorar a prestação dos cuidados de saúde primários ^{120, 121, 122, 123, 124}.

Com o objetivo de obter subsídios que possam contribuir para uma reflexão sobre os modelos implementados ou sustentar a adoção de novas abordagens para este nível de cuidados na RMC, buscou-se conhecer a trajetória de implantação, analisar o contexto geral e as ferramentas utilizadas em **experiências internacionais** (Inglaterra, Espanha, Austrália, Portugal, Canadá, Holanda, Alemanha, França e Estados Unidos da América) e **brasileiras de contratualização**, desenvolvidas e/ou em curso.

Observou-se, que alguns elementos são comuns ao sucesso dos vários processos de contratualização desenvolvidos em diversos países, dentre eles: a criação de equipes multidisciplinares; o envolvimento e a motivação dos profissionais; a descentralização dos processos decisórios; o entendimento da necessidade de articulação entre níveis de cuidados, que proporcionando um

¹²⁰ COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, ago. 2014.

¹²¹ ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 9, p. 41-57, 2010.

¹²² NEY, Márcia Silveira. Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde. 2014. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2014

¹²³ OLIVEIRA, Hélio Domingos Custódio de. Contratualização em Cuidados de Saúde Primários. 2010. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2010

¹²⁴ NUNES, Eunice. Principais Sistemas de Saúde no Mundo. Blog. Disponível em: <http://auditsaude.com.br/blog.html>. Acesso em 09/09/2015.

acompanhamento do doente ao longo do ciclo de doença, através de esquemas de cuidados integrados e programas de gestão de doença, devidamente sustentados por modelos de incentivos financeiros (**ANEXO 1**).

8.1.1. *Processo de Contratualização na Atenção Primária a Saúde de Portugal nos Anos de 2006 a 2010*^{125, 126}

No ano de 2005, em Portugal foi reiniciado o processo de contratualização em saúde abandonado desde o ano de 2000, lançando como objetivos:

- Planejar a relação oferta/procura dos cuidados de saúde;
- Criar uma base de dados nacional e regional, garantindo informação sobre os contratos-programa;
- Acompanhar o orçamento constante do plano de desempenho;
- Monitorar os objetivos a atingir no curto prazo;
- Avaliar a eficiência, a produtividade e a qualidade das atividades desenvolvidas;
- Fomentar a orçamentação por programas, inseridos na estratégia do plano nacional de saúde.

Paralelamente ao processo de contratualização foi desenvolvido um sistema de informação capaz de gerir convenientemente todos os *inputs* decorrentes da atividade.

Apresentamos o processo ocorrido em Portugal nas suas diferentes etapas e, os indicadores contratualizados, bem como aqueles utilizados pelo monitoramento e avaliação estão indicados no **ANEXO 2**.

Primeira etapa da contratualização

Negociação direta com um grupo de prestadores de cuidados de saúde sem autonomia financeira e administrativa - enquanto não eram constituídos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)¹²⁷, a contratualização

¹²⁵ OLIVEIRA, 2010.

¹²⁶ AFONSO, Pedro Beja. **Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 9 (volume temático):59-64, 2010.

¹²⁷ Os **Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)**, são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou

foi desenvolvida entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS)¹²⁸ e as Unidades de Saúde da Família (USF)¹²⁹, através de várias fases:

1. Implementação e funcionamento das USF

2. Primeira fase de contratualização da primeira etapa

- a. Desenvolvimento de um documento matriz de indicadores a serem contratualizados para 02 anos - 49 indicadores distribuídos em 4 classes: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico;
- b. Escolha de 10 indicadores: 3 de acessibilidade, 5 de desempenho assistencial e 2 de desempenho econômico;
- c. Definição das metas a serem atingidas;
- d. Definição de período para avaliação de cumprimento das metas trimestralmente;
- e. Avaliação dos resultados finais - incentivo institucional (pacote financeiro para aplicar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infraestruturas);

- A escolha dos indicadores demonstrou essencialmente os aspectos relacionados com os grupos vulneráveis ou de risco;
- Preocupação com o acesso e com a personalização dos cuidados (papel do médico de família);
- O componente econômico também estava presente, focando-se na preocupação com os custos nos medicamentos e nos meios

mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

¹²⁸ As **Administrações Regionais de Saúde (ARS)** são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e diretivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

¹²⁹ As **Unidades de Saúde Familiar (USF)** são unidades operativas dos centros de saúde com autonomia funcional e técnica que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

complementares de diagnóstico e terapia, incentivando assim a aplicação e monitorização de protocolos terapêuticos;

- Destaca-se ainda o fato de existirem escalas para avaliar o cumprimento dos indicadores e de estarem definidos os critérios para atribuição de um prêmio de desempenho (incentivo institucional).

3. Segunda fase de contratualização da primeira etapa

- A. Contratualização de 20 indicadores (15 comuns a todas as USF - Carteira Básica de Serviços e 5 selecionados pelas USF dentre os indicadores disponibilizados para o desempenho assistencial - Carteira Adicional de Serviços);
- B. Aplicação de inquéritos para avaliação da satisfação dos usuários;
- C. Processo de auto avaliação de cada USF com vistas a acreditação- Plano de Acompanhamento Interno;
- D. Homologação do “Regulamento para cálculo das remunerações dos profissionais que integram as USF do modelo B”;
- E. Nova seleção dos indicadores- em vez de 20, as USF passaram a contratualizar 15 indicadores (13 comuns a todas as USF e 2 selecionados para cada USF) distribuídos em 4 áreas: acesso, desempenho assistencial, satisfação dos usuários (anteriormente denominada qualidade percebida) e desempenho econômico.

Segunda etapa do processo de contratualização

Instalação de ACES - Uma vez constituídos os ACES e passada a fase de instalação destas novas estruturas, as ARS passaram a contratualizar diretamente com os ACES e estes, por sua vez, contratualizar internamente com as USF, bem como as restantes unidades funcionais que agregam.

- 1- Instalação de Unidades Locais de Saúde com um contrato-programa com o Ministério da Saúde;
- 2- Publicação do documento “Cálculo de indicadores de desempenho- critérios a observar na sua implantação”. A definição das metas dependeria da negociação entre USF e Departamento de Contratualização (DC).

- As metas devem ser exigentes, mas viáveis, a fim de garantir que as USF tragam melhores resultados em saúde, sem com isso colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional da equipe.
- A contratualização de metas impraticáveis só contribui para desmotivação da equipe e para o descrédito do processo de contratualização.

- 3- Criação de grupo de trabalho com as seguintes responsabilidades:
 - a. Coordenar e monitorar a implementação do processo de contratualização com os prestadores de cuidados de saúde primários (CSP);
 - b. Estudar a implementação de diferentes modalidades de pagamento aplicadas aos CSP;
 - c. Coordenar a produção de normativos no âmbito da implementação do processo de contratualização, nomeadamente do contrato-programa das ARS com os ACES;
 - d. Promover a participação de todos os intervenientes no processo de contratualização.

Terceira etapa da contratualização

Finalização da negociação direta com as USF e início de um ciclo de contratualização interna e externa, em que o apoio dos DC aos ACES, para a consolidação da sua autonomia de gestão, seria fundamental para a necessária adaptação das suas unidades de gestão a uma cultura de excelência através da governança clínica e da prestação de contas.

- 1- **1º momento** - ocorreu o processo de contratualização interna no qual os ACES negociaram as várias metas com as unidades funcionais;
- 2- **2º momento** - processo de contratualização externa na qual os DC contratualizaram com os ACES, que culminou com a assinatura do contrato-programa;
- 3- Foram utilizados dois instrumentos:
 - a. “Plano de desempenho”: consiste num documento estratégico negociado **anualmente** com o ACES e as unidades funcionais,

caracterizado através de indicadores populacionais de caráter sócio demográfico, socioeconômicos e resultados em saúde;

- b. “Contrato-programa”: estabelecido entre o ACES e a ARS (DC), concretiza o compromisso em termos de objetivos e metas assistenciais em concordância com o Plano de Desempenho.

A análise do modelo de APS de Portugal revelou pontos importantes, que servem de análise para o programa instituído no PSF no Brasil. A APS, no Brasil, avançou muito positivamente em vários aspectos, entretanto, claramente, será necessário maior empenho do governo federal, dos estados e municípios no que se refere a:

- Avançar na discussão sobre o processo de descentralização/regionalização;
- Garantir maior autonomia aos gestores e unidades de saúde da família;
- Rediscutir o financiamento da atenção primária e o incremento e a autonomia de utilização de recursos financeiros em âmbito local;
- Avançar nas discussões sobre os recursos humanos em saúde, com estratégias para formação e qualificação, estimular a atração e a fixação de profissionais, já que a APS ainda apresenta alta rotatividade de profissionais;
- Investir na formação de agentes comunitários de saúde, que, em muitas ocasiões, são subaproveitados. Em certas localidades, poderiam trazer ganhos à saúde da população, se bem treinados;
- Implementação da governança local e fortalecimento dos conselhos gestores.

8.1.2. O Processo de Contratualização na Atenção Primária a Saúde nas Experiências Internacionais

Considerando o grande volume de informações sobre as características do processo de descentralização nas experiências internacionais abrangendo: Inglaterra, Espanha, Austrália, Portugal, Canadá, Holanda, Alemanha, França e Estados Unidos da América, optou-se por apresentá-las de forma resumida e sistematizada, sendo inseridas no **Anexo 3** do presente trabalho.

8.1.3. O Processo de Contratualização na Atenção Primária a Saúde nas Experiências Nacionais

No Brasil, identificam-se quatro dispositivos de contratualização: a) o contrato interno estabelecido entre uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), unidades de saúde e equipes pertencentes à administração direta, com destaque ao município de Curitiba (PR), que o instituiu de forma inovadora em 2002; b) o contrato de gestão entre a Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf-SUS) na Bahia¹³⁰, vinculado à administração indireta e os municípios deste estado a ela associados; c) o contrato de gestão estabelecido entre Secretarias de Saúde e Organizações Sociais, como aqueles implantados no estado de São Paulo e do Rio de Janeiro; e, d) o contrato interno entre municípios e governo federal na esfera do PMAQ-AB instituído em 2011.

Em todas as situações discriminadas, o processo de contratualização tem por objetivo propiciar melhorias na saúde da população, atendendo de forma efetiva as suas necessidades; obter um controle sobre as despesas de origem pública com a saúde, alcançando maior eficiência na gestão dos recursos; coordenar as ações das partes envolvidas, assegurando que os compromissos sejam cumpridos; além de disponibilizar informação aos cidadãos.

Nesta perspectiva, a seguir, serão descritas três principais experiências de contratualização da AB existentes no Brasil, incluindo:

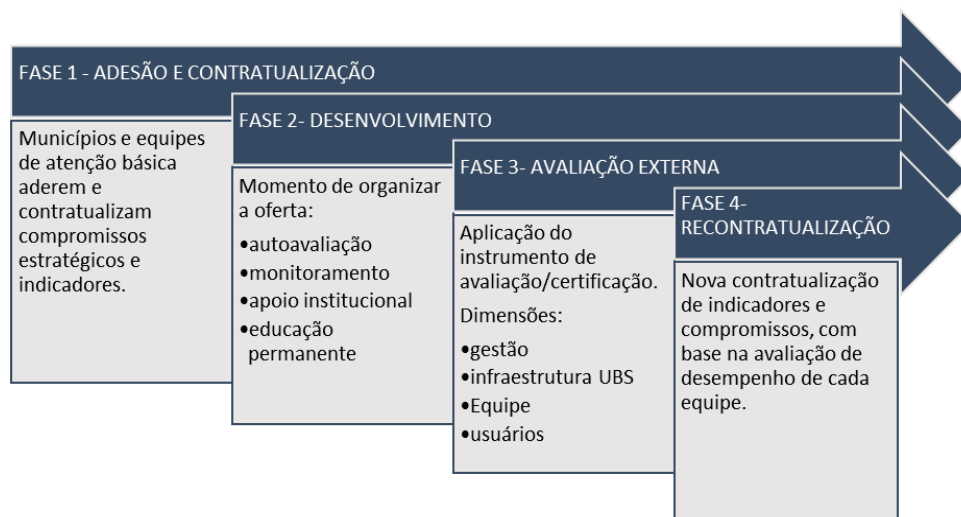
- Proposta do Ministério da Saúde voltada para municípios e equipes de AB por meio do **PMAQ-AB**;
- Experiência entre uma Secretaria Municipal de Saúde – SMS e, unidades de saúde e equipes pertencentes à administração direta, a exemplo do **município de Curitiba**;
- Contrato de Gestão entre uma SMS e o setor privado não lucrativo, denominado Organização Social de Saúde – OSS, como a experiência do município do **Rio de Janeiro**.

¹³⁰ CAVALCANTE FILHO, João Batista; FRANCO, Túlio Batista. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 63-86, mar. 2016.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹³¹

O PMAQ – AB, lançado em 2011, tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade através de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho dessas equipes. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo, segundo ilustrado a seguir.



¹³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

Utiliza 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, relacionados a sete áreas estratégicas: saúde da mulher; saúde da criança; controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral; tuberculose e hanseníase; e saúde mental (**ANEXO 4**)

A auto avaliação é um instrumento que engloba tanto a gestão quanto as equipes, em várias dimensões e subdimensões para uma ponderação global do processo de avaliação.

Embora seja uma iniciativa nova no SUS, de adesão voluntária, e com exigências pré-estabelecidas (Termo de compromisso do gestor, cadastro no Sistema de Gestão de programas do DAB - SGDAB), o PMAQ tem alcançado números expressivos.

Porém, ressaltam-se alguns fatores que necessitam ser analisados como pontos de fragilidades que envolvem tanto a escolha dos indicadores de monitoramento selecionados pelas equipes, quanto aos critérios de adesão das equipes, resumidos a seguir.

- Quanto aos indicadores selecionados, estes podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população, e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser representativo de melhoria de qualidade.
- Outro aspecto refere-se ao processo de seleção e adesão das equipes, podendo ocorrer um viés pelos gestores que passam a privilegiar as equipes com melhores condições de bons resultados para recebimento de incentivos em detrimento de outras para certificação, não condizendo com a realidade global.
- Outra fragilidade refere-se à regulação, ainda muito “falha” no país, já que não adianta implantar um programa de grande extensão, dispendendo recursos federais, sem controle e auditoria permanente sobre o que realmente vem sendo realizado.
- Não existe autonomia funcional das equipes para utilização dos incentivos financeiros repassados aos municípios, que podem não ser investidos como deveriam em prol de melhorias para equipes e da qualidade da atenção à saúde da população.
- Em paralelo, destaca-se a ausência de uma “cultura de avaliação” e negociação entre profissionais e gestores. Muitos profissionais sentem-se amedrontados com processos avaliativos, por não seguir uma normatização, ou pelo fato dos processos de negociação na maioria das vezes privilegiarem o poder da gestão política em detrimento da gestão técnica.

- Outro fato que pode comprometer os processos gerenciais refere-se à alta rotatividade ainda existente, tanto de gestores como de profissionais, representando uma ameaça para credibilidade de sistemas de avaliação onde muitos programas são descontinuados com mudanças de governo.

A experiência do Município de Curitiba^{132,133 134}

Curitiba possui uma trajetória de sucesso no processo histórico de construção do modelo de organização da APS. No ano de 2002, a SMS estabeleceu os primeiros contratos de gestão com os Distritos Sanitários (DS) e Unidades de Saúde (US), denominados Termos de Compromissos (TERCOM), pelos quais são realizadas as pactuações de metas de indicadores de cobertura da atenção básica, a serem alcançadas com gestões distritais e cada Unidade de Atenção Básica e PSF.

Baseado na negociação, considerando a capacidade instalada e as peculiaridades do território, os termos são operacionalizados através dos Planos Operativos Anuais (POA), ferramenta importante de gestão para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, permitindo o monitoramento e a avaliação dos resultados pelos profissionais.

Os contratos estão baseados em quatro variáveis: os objetivos dos serviços de saúde contidos nos planos de saúde; as evidências e custo efetividade das tecnologias de saúde; a disponibilidade e capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde às necessidades; e, demandas e expectativas dos cidadãos.

O cumprimento do TERCOM é composto por mecanismos de monitoramento, avaliação e um sistema de incentivos chamado Incentivo ao Desenvolvimento de Qualidade (IDQ). Esse incentivo abrange o preenchimento de 4 planilhas de avaliações com diferentes pesos, incluindo:

¹³² NEY, 2014.

¹³³ MARTY, Inês Kultech. Primeiras Experiências de Contratos De Gestão Em Curitiba: Secretaria Municipal Da Saúde. IN: GIACOMINI, Carlos Homero (Org.) Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009.p.43-55.

¹³⁴ DITTERICH, Rafael Gomes. et al . A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 207-220, Dec. 2015 .

- Avaliação individual do trabalhador (peso=45%) - o superior imediato faz uma avaliação prévia e, em seguida, novamente no final do trimestre. Critérios utilizados: conhecimento, atitude profissional, habilidades interpessoais, qualidade do trabalho e conformidade com as normas administrativas. Oferece um *feedback* para os trabalhadores sobre o seu desempenho e indica ações específicas para melhorar a qualidade do processo de trabalho. O mínimo de 80 pontos é necessário para ser elegível para o bônus financeiro;
- Auto avaliação (peso=5%) - No final do trimestre, cada funcionário avalia seu próprio desempenho, comportamento e produtividade em relação aos resultados esperados (mesmos critérios da avaliação individual do trabalhador);
- Avaliação da unidade de saúde (peso=35%) - No final de cada trimestre é avaliado se o desempenho e alcance de metas contratadas com a Unidade de Saúde foram atingidos. Os itens analisados constam na planilha de indicadores do contrato de gestão firmado institucionalmente entre chefias e equipes;
- Avaliação da comunidade (peso=15%) - realiza-se por meio de contratação de instituto independente de pesquisas, consultas telefônicas trimestrais com amostras representativas de usuários da US para perguntar sobre a qualidade do atendimento e serviços prestados. As US com pontuação acima de 70% (excelente e bom são elegíveis para participar do programa de IDQ).

O sistema de avaliação implementado possibilitou mudanças de postura dos profissionais (passaram de passivos para ativos, em uma gestão orientada por resultados), houve melhoria de desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços e dos indicadores de saúde com a descentralização da gestão e maior responsabilidade dos gestores locais.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba vem trabalhando para implementar um novo modelo de atenção através das seguintes diretrizes:

- Expansão das ESF para toda a rede de serviços,
- Vinculação dos usuários através de lista de pacientes e não por área de abrangência,
- Ampliação da carteira de serviços,
- Qualificação profissional e
- Atenção centrada na pessoa

Vem sendo discutida uma nova proposta de remuneração variável podendo representar um incremento de até 17 % ao salário do profissional e contemplaria 4 critérios de avaliação com pesos diferenciados:

- Organização dos processos focados nos usuários (40% - avaliação da equipe),
- Usuário como centro do processo (30% - avaliação da equipe),
- Vínculo, competência, habilidade e atitude (20%- avaliação individual) e;
- Ambiência e organização da unidade de saúde (10%- avaliação da unidade de saúde).

A Experiência do Município do Rio de Janeiro^{135,136}

A Reforma da APS no município do Rio de Janeiro, iniciada em 2009, baseou-se no modelo da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) implementado em Portugal, definindo a ESF como centro de mudança. Em 2008 o município tinha apenas 3,5% da população coberta com ESF, e em 2009 a situação permanecia em menos de 5%, coexistindo com uma rede centrada em unidades básicas tradicionais, policlínicas de especialidades e postos e centros de saúde de diversas composições.

O município tinha um dos maiores gastos per capita em saúde do país, com os piores indicadores de saúde e o menor financiamento público municipal entre as capitais no Brasil.

Em 2009 foram criadas as clínicas de família, e até dezembro de 2012, o RJ registrou a implantação de mais de 800 equipes de saúde, garantindo cobertura para aproximadamente 40 % da população. A reforma contemplou os seguintes eixos:

- A expansão das unidades de saúde,
- A melhoria da infraestrutura das UBS,

¹³⁵ NEY, 2014

¹³⁶ MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Anexo técnico B do Contrato de Gestão: acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde - área de planejamento. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Pagamento_por_desempenho_novas_metas_2013.pdf. Acesso em: 09/09/2015.

- O fornecimento de uma carteira básica de serviços,
- A ampliação do número de equipes básicas e equipes matriciais,
- A regulamentação de um sistema de regulação para os serviços de referência (SISREG do MS),
- A implantação de unidades de pronto atendimento (upa) de suporte à APS,
- O investimento na criação de um laboratório em rede, como observatório de informação, tecnologias e comunicação em saúde (OITCS),
- Formação e qualificação profissional através de estratégias de educação permanente, com incentivo à realização de cursos de especialização, como o mestrado profissional e a residência em saúde da família em parceria com instituições renomadas (ENSP/FIOCRUZ) para os profissionais das unidades municipais.

Também trouxe como proposta inovadora a alteração do sistema de remuneração dos profissionais da APS, implementando “o pagamento por desempenho” para as equipes de saúde da família que contempla três variáveis, sendo estabelecidos os seguintes critérios:

- Variável 1 - indicadores de cumprimento da gestão (**ANEXO 5A**) - relacionados à infraestrutura, reposição de insumos, materiais, equipamentos, acompanhamento e monitoramento dos indicadores, alimentação dos bancos dos sistemas de informação municipais e nacionais, entre outros de responsabilidade da gestão.
- Variável 2 - contempla os indicadores de produção no âmbito da equipe de saúde da família. Com uma matriz de 18 indicadores agrupados pelas seguintes orientações: acesso (4), desempenho assistencial (8), satisfação dos usuários (1) e custo-efetividade (5) (**ANEXO 5B**).
- Variável 3 - Corresponde a variável que contempla um incremento salarial aos profissionais (10% salário base a cada mês). Os profissionais são avaliados trimestralmente em grupo para cada equipe de SF, levando-se em consideração as especificidades locais e o perfil epidemiológico de cada região (**ANEXO 5C**).

A Experiência de Minas Gerais¹³⁷

O Estado de Minas Gerais implementou em 2003 uma política de governo denominada “choque de gestão”. O plano estabeleceu metas até 2023, incluindo novos modelos de gestão e a modernização do aparato institucional, diante de um cenário caótico de déficit fiscal, ausência de legitimidade de governo perante a sociedade e a própria máquina administrativa.

O plano estratégico foi dividido em duas fases: a primeira ocorrida entre 2003 e 2006 e a segunda entre 2007 e 2010, ambas direcionadas a práticas gerenciais focadas para a gestão por resultados.

Ressalta-se: a introdução de “melhorias processuais voltadas para os resultados” de aspecto inovador, uma vez que, a metodologia modificou sistematicamente a rotina de trabalho dos servidores que tiveram que agregar à sua atividade habitual, o cumprimento de metas diante de um monitoramento rigoroso, incluindo:

- Contrato de gestão baseado na pactuação de indicadores de desempenho, direcionado a cada órgão do poder Executivo do governo.
- Processo de avaliação realizado por uma comissão específica, e de acordo com os resultados alcançados, os servidores públicos recebem uma bonificação anual.
- As ações no âmbito da saúde se distribuem em várias áreas, sobretudo na expansão da ESF, concentrando-se fortemente no programa intitulado “Vida saudável” que tem como objetivos estratégicos: a universalização do acesso à APS; a redução da mortalidade infantil e materna; a ampliação da longevidade da população adulta; o aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; e, a ampliação do acesso ao saneamento básico.

8.2. Proposta de Implantação da Contratualização Na APS

Considerando as características do SUS e as experiências acima resumidas, os processos de contratualização devem ter como bases institucionais, para sua operacionalização, os principais instrumentos de planejamento em saúde, incluindo:

- Plano Municipal de Saúde;
- Planos Operativos Anuais;

¹³⁷ NEY, 2014.

- Relatórios de Gestão;
- Programação Pactuada e Integrada;
- Protocolos Clínicos e de Encaminhamentos;
- Planilhas de Indicadores e Pactuação de Metas.

É imprescindível que as equipes conheçam o perfil epidemiológico da área de abrangências das unidades de saúde, previamente definida, assim como a capacidade instalada de serviços de saúde, as fragilidades e os recursos existentes, e as necessidades de saúde da população adscrita.

A pactuação de metas deverá ser anual, como já realizado com a alimentação do SISPACTO, porém propõe-se que o monitoramento seja quadrimestral, para que proporcione momentos de reflexão, troca de experiências e a auto avaliação.

Além disso, esse monitoramento quadrimestral coincide com a elaboração dos relatórios de gestão quadrimestrais que devem ser alimentados nos Sistema SARGSUS e a realização das audiências públicas. Este monitoramento deve envolver todos os atores do contrato e o controle social.

8.2.1. Plano e Termo de Pactuação de Metas

Nesta perspectiva, deve ser elaborado um **Plano de Pactuação de Metas** (Operativo), anexo a um **Termo de Pactuação de Metas** (Contrato), através dos quais serão estabelecidos as metas e os indicadores que deverão ser acompanhados. No Plano de Pactuação de Metas devem constar os seguintes itens:

- **Identificação da unidade**
Indicar o nome da unidade de saúde, endereço, telefone, endereço eletrônico e o nome do gerente/responsável técnico da unidade.
Descrever também a população referenciada para a unidade, tanto para unidade saúde da família quanto unidade básica de saúde, e se a unidade é referência para outras unidades em determinados atendimentos.
Fontes: de Informação SCNES, SIAB, Pactuações locais.
- **Perfil epidemiológico da unidade**
Considerar as características epidemiológicas locais para organização do processo de trabalho, como por exemplo: características da população, faixa etária, condições sanitárias, áreas de risco,

necessidades de saúde, causas de internação, número de hipertensos, diabéticos, gestantes, número de nascidos vivos, etc.

Fontes: DATASUS, SIAB, Diagnóstico local, Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão.

▪ **Capacidade instalada da unidade**

A capacidade instalada representa o potencial de produção ou volume máximo de produção de uma determinada unidade, devendo levar em conta os seguintes elementos:

- Estrutura Física / Recursos materiais
Neste item deve ser considerada a estrutura física da unidade de saúde como número de salas, consultórios, etc. e, todos os equipamentos constantes na unidade.
- Recursos Humanos / Equipes
Neste item devem ser considerados todos os profissionais/equipes lotados nas unidades de saúde, com as respectivas jornadas de trabalho.

Fonte de Informação: SCNES e Sistemas Locais

▪ **Sistemas de informação utilizados**

Indicar os sistemas de informação utilizados na unidade de saúde, assim como o processo de trabalho utilizado tanto para informar os dados de produção quanto para o levantamento de dados para análise e planejamento.

▪ **Indicadores de avaliação e monitoramento**

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar processos de trabalho bem como fornecer subsídios para o planejamento de saúde.

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, permitem o estabelecimento de padrões e o acompanhamento de sua evolução assim como o alcance das metas.

Os indicadores servem para a análise dos resultados obtidos e auxiliam no processo de tomada de decisão, contribuem para a melhoria contínua dos processos organizacionais e uma análise comparativa de desempenho.

A equipe do NEPP propõe nesse manual uma Lista de Indicadores, conforme adiante e em anexo, que podem ser utilizados por equipes de unidades básicas, com ou sem estratégia de saúde da família.

Fonte de Informação: SIA SUS, SIAB, Sistemas próprios municipais.

▪ **Metas quantitativas e qualitativas**

As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecer metas é necessária a pactuação das responsabilidades dos atores envolvidos, tendo em vista viabilizar o seu cumprimento.

Devem ser considerados os desempenhos anteriores (série histórica), a disponibilidade dos recursos necessários, a capacidade organizacional e o planejamento das ações que serão desenvolvidas.

Fonte: Rol de Indicadores pactuados, Sistemas Locais de Informação.

8.2.2. Proposta de Indicadores

Quanto aos indicadores para pactuação e acompanhamento indicam-se a seguir um conjunto preliminar, considerando o início do processo de contratualização. Posteriormente esses indicadores podem ser diferenciados de acordo com as características e os objetivos das UBS.

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Relevância do indicador:

- Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Método de cálculo:

$$\frac{(\text{No de ESF} + \text{No de ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: SCNES

Meta: Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal

Relevância do indicador:

- Mede a ampliação de acesso a saúde bucal pela população.

Método de cálculo:

$$\frac{(\text{Soma da carga horaria dos cirurgiões dentistas}/40) * 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: SCNES

Meta: Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.

Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Relevância do indicador:

- Mede a ampliação de acesso a saúde bucal pela população. Este indicador pode contribuir para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas no período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: Aumentar o acesso da população ao tratamento odontológico.

Proporção de internações por condições sensíveis a Atenção Básica

Relevância do indicador:

- Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis a AB, em determinado local e período}}{\text{Total de internações clínicas, em determinado local e período}} \times 100$$

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)

Meta: Redução de internações por causas sensíveis a Atenção Básica.

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

Relevância do indicador:

- Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.

Método de cálculo:

Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos no mesmo local e período

$$\frac{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e período}}{3}$$

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame Citopatológico a cada três anos.

Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

Relevância do indicador:

- Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita.

Método de cálculo:

Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local
e ano com sete ou mais consultas de pré-natal X 100

Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc)

Meta: Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.

Média de consultas médicas por habitante

Relevância do indicador:

- Esse indicador contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.

Método de cálculo:

Número total de consultas médicas em determinado local e período

População residente na área em determinado período.

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Ficha A do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Obs.: As consultas médicas consideradas no cálculo desse indicador se referem não só às consultas médicas de cuidado continuado, como também aos atendimentos médicos à demanda agendada e imediata (de urgência).

Meta: adequar o volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

Média de atendimentos de enfermeiro

Relevância do indicador:

- O objetivo desse indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de enfermeiro em determinado local e período

Número total de pessoas residentes no mesmo local e período

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Ficha A do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: adequar a produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

Média de atendimentos de puericultura

Relevância do indicador:

- O atendimento de puericultura permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imuno-preveníveis e promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos

Número de menores de 2 anos* acompanhados no mesmo local e período

**Menores de 2 anos é o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias*

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Relatório SSA2 do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: Considerando o número de atendimentos de puericultura preconizados para menores de 1 ano (7 / ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2 / ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5 / criança / ano.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia

Relevância do indicador:

- Esse indicador estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização.

Método de cálculo:

Nº de menores de 01 ano com vacina em dia, em determinado local e período X 100

Nº de menores de 01 ano cadastradas no mesmo local e período

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório SSA2 do SIAB / Denominador: Relatório SSA2 do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Imunização

Meta: vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores.

Média de atendimentos por diabético

Relevância do indicador:

- Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos diabéticos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com diabetes.

Método de cálculo:

Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes em determinado local e período

Número de pessoas com diabetes com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Ficha A do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: Média de 4,5 atendimentos por diabético.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

Média de atendimentos por hipertenso

Relevância do indicador:

- Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos hipertensos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com hipertensão.

Método de cálculo:

Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos em determinado local e período

Número de hipertensos com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Ficha A do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: Média de 3,5 consultas por hipertenso.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

Média de exames solicitados por consulta médica básica

Relevância do indicador:

- Este indicador reflete o número médio de exames solicitados por consulta médica básica. Esse indicador permite verificar, em alguma medida, a racionalidade das solicitações de exames pelo médico durante a consulta, isto é, se a quantidade de exames solicitados está de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos.

Método de cálculo:

Número de exames solicitados em determinado local e período

Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período

Fonte: Para Equipes de Saúde da Família - Numerador: Relatório PMA2 do SIAB / Denominador: Relatório PMA2 do SIAB

Para Equipes sem Saúde da Família – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Meta: A quantidade de exames solicitados deve estar de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos. Parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde estimam que 30 a 50% das consultas ambulatoriais podem gerar pedidos de exames de laboratório. Dados nacionais do S I A – SUS mostram que, no Brasil, 52% a 76% das consultas culminam no pedido de exames. O número de exames por requisição tem sido, em média, de 4,4.

Orientações: Manual Instrutivo PMAQ – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores

9. CONTRATUALIZAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

9.1 As Redes de Atenção à Saúde e a Contratualização de Hospitais

Os Ministérios da Saúde e de Educação, Estados e Municípios têm publicado legislação que incentiva a participação dos hospitais públicos da administração direta, dos hospitais filantrópicos e dos hospitais de ensino, nos processos de contratualização com os entes federativos gestores do SUS nos seus três níveis – Federal, Estadual e Municipal – buscando a inserção dos hospitais assistenciais e os de ensino nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹³⁸.

As RAS constituem uma estratégia de organização de serviços, num determinado território, objetivando a ampliação do acesso e diminuição de desigualdades, dada as grandes diferenças existentes entre os municípios brasileiros, quanto à capacidade instalada de serviços de saúde.

Assim a organização da rede física de serviços deve orientar-se pelas estratégias definidas por “linhas de cuidado”, das diferentes condições e agravos, obedecendo a protocolos desenvolvidos por profissionais de saúde, com enfoque multidisciplinar e, atendendo aos diferentes níveis de atenção – primária, secundária e terciária.

Através da coordenação centralizada em cada distrito sanitário, exercida pela autoridade de saúde gestora do sistema, os serviços, em todos os seus níveis, devem compor suas estruturas em rede, tornando-se interdependentes e assim, garantir a atenção integral e contínua aos usuários do sistema regional.

Destarte, gestores (estaduais e municipais), gerentes e profissionais de equipamentos de saúde da administração direta e indireta do poder público, com administração própria ou delegada a organizações sociais, além dos cidadãos, são os atores desse sistema calcado na interdependência e cooperação para que possa ofertar atenção integral. Essa rede deve obedecer à hierarquização das ações de saúde, tendo como elemento base de sua coordenação a atenção primária.

¹³⁸ O mais desenvolvido programa neste sentido é o referente à Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Um trabalho atualizado e bastante minucioso foi recentemente publicado no CONASS documenta, que avalia a implantação e o desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). CONASS. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28). Disponível em:

http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 01/11/2015.

Portanto, a estrutura operacional das redes de atenção à saúde apresentará obrigatoriamente os seguintes componentes: pontos de atenção primária à saúde, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos, sistemas logísticos, centro de comunicação e sistema de governança da rede.

Conforme já indicado nos capítulos anteriores, a contratualização de serviços de saúde percorreu uma longa trajetória, desde o INAMPS até o SUS, tendo os serviços especializados de atenção à saúde, notadamente os hospitais, como os pioneiros de diferentes modelos e processo de contratualização.

Com o amadurecimento do SUS foram introduzidas inúmeras exigências como: contratos de gestão, planos operativos, alcance de metas, pactuação de indicadores, processos de regulação, controle e avaliação; tornando a contratualização mais complexa e exigente, havendo a necessidade de equipes capacitadas para sua adequada realização.

O gestor público procura hoje encontrar mecanismos que permitam maior agilidade, controle e integração dos componentes do sistema de saúde, estabelecendo para os equipamentos efetores – USF, UBS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ambulatorios, hospitais, serviços de apoio de diagnóstico e tratamento, unidades de tratamento extra-hospitalar (assistência domiciliar) - compromissos com metas quantitativas e qualitativas.

Para aferir a produção nesse outro paradigma são utilizados indicadores de desempenho, que constituem os elementos de mensuração para que o financiamento seja adequadamente utilizado, tanto em seu componente básico (parte fixa), quanto nos estímulos acordados entre gestores e efetores (parte variável).

O controle é exercido pelos sistemas de auditoria dos gestores do SUS, pelos tribunais de contas, pelas câmaras representativas da população (assembleias legislativas e câmaras municipais), e pelos conselhos de saúde em seus diferentes níveis.

Deve-se também enfatizar que nos equipamentos de responsabilidade direta federal e estadual existem tentativas de implantação de contratos de gestão, que tomam, muitas vezes, o formato de acordos de metas, com ou sem componente variável na remuneração. Isso pode também ser observado nos hospitais universitários e nos hospitais públicos da administração direta.

Entretanto, o estado brasileiro ainda carece de maior flexibilidade em sua legislação, que possa permitir o uso de ferramentas, como o contrato de gestão, que tem contribuído para um avanço sustentável nos serviços que adotaram essa modalidade, muitas vezes em consonância com a gerência exercida por OS.

Assim, tendo em vista a complexidade que envolve hoje a contratualização de serviços de atenção especializada apresentam-se a seguir as características, os conceitos e alguns mecanismos operacionais envolvidos neste processo no âmbito da atenção especializada, considerando que esta é a principal ferramenta de gestão e de gerência utilizada atualmente no SUS.

9.2. Características Principais da Contratualização com o Ente Público através de Contrato de Gestão

Os quadros abaixo apresentam, de forma resumida e sistematizada, as principais características para estabelecer um Contrato de Gestão com Ente Público, enfatizando os fundamentos, as características do contrato e as formas de pagamento, cujo detalhamento encontra-se a seguir, nos demais itens.

Fundamentos

- Gestão exclusiva do ente público (Estado ou Município)
- Patrimônio e eventuais incorporações patrimoniais permanecem públicos.
- Poder Público contrata gerente qualificado.
- Estado estabelece metas, fiscaliza, acompanha, controla e avalia a execução das metas pré-definidas.
- Estado paga de acordo com os resultados previamente acordados.

Contrato de Gestão

- Exclusividade para usuários do SUS.
- Metas pactuadas de acordo com necessidades definidas pelo perfil epidemiológico da população considerada.
- Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão.
- Acompanhamento pelo Tribunal de Contas do Estado, Secretaria da Fazenda, Assembleia Legislativa, ou seus correspondentes municipais.

Premissas obrigatórias do contrato de gestão

- Planejamento estratégico adequado, integrando todos os atores dos processos (gestores e efetores das ações de saúde).

- Conhecimento das necessidades regionais de saúde com base no perfil epidemiológico e populacional, de morbidade e de mortalidade.
- Parceiro capacitado e eficiente.
- Disponibilidade orçamentária.
- Definição de metas – objetivos quantificados e mensuráveis.

Elementos para Formação do Contrato de Gestão

Caracterização demográfica

- Dados demográficos – população total, pirâmide etária, taxa de crescimento.

Desenvolvimento Social

- Índice de Desenvolvimento Humano.
- Índice Paulista de Responsabilidade Social.

Caracterização Epidemiológica

- Perfil de morbidade regional – diagnóstico primário AIH.
- Perfil de mortalidade regional – SIM / MS.
- Indicadores de mortalidade – CMN, CMI, CMM.

Estrutura de Serviços de Saúde

- Leitos existentes / necessários – Consulta Pública Portaria MS nº 1.101 e portaria MS nº 1.637 de 01/10/2015.
- Transferências hospitalares – Plantão Controlador Regional.
- Listas de espera em serviços de referência regional.

Necessidades de Atenção à Saúde e do que deve ser Contratualizado

Pagamento dos Contratos de Gestão – Modelo Básico

- Pagamentos por serviços e por resultados
 - 90% mensal fixo do valor acordado.
 - 10% variável de acordo com avaliação trimestral das metas estabelecidas.
- Revisão semestral e ajuste de metas anualmente.

Contrato de Gestão - Ajuste de Pagamento por atividade

Ambulatório – SADT – Internação	
Produção	Efeito
Acima do Contratado	Nenhum
De 85 a 100%	Nenhum
Entre 70 e 84,99%	90% do peso da atividade
Abaixo de 70%	70% do peso da atividade

9.2.1. Indicadores de Desempenho

O relacionamento transparente entre o governo e o parceiro é um dos pontos de inovação e que garante o sucesso do modelo. O contrato de gestão firmado entre as partes define as metas de produção e de qualidade que devem ser atingidas e um rígido controle das informações assistenciais e financeiras deverá ser estabelecido.

O parceiro deve manter uma conta bancária exclusiva para movimentar estes recursos, deve enviar um extrato de conta bancária mensal e as despesas com recursos humanos não poderá exceder 70% do total de despesas do hospital, ambulatório ou SADT.

Um painel de indicadores de desempenho hospitalar deve ser desenvolvido e a execução do contrato de gestão é submetida à auditoria do Tribunal de Contas do Estado e/ou de outro órgão competente.

Os indicadores de desempenho devem cobrir elementos que meçam a qualidade, a efetividade, a gestão de pessoas, a satisfação dos usuários e a execução orçamentária. A seguir indicam-se exemplos de indicadores quantitativos e qualitativos.

Painel de Indicadores de Resultados Hospitalares

- Taxa de Ocupação (%)
- Tempo Médio de Permanência (dias)
- Índice de giro de leitos
- Índice de giro de pessoas
- Relação funcionário/leito
- Relação Enfermeiro/leito
- TDI relacionada CVC em UTI
- Taxa de Cesariana em Primípara
- Taxa de Mortalidade (institucional)
- Taxa de Mortalidade Operatória
- Indicadores de Segurança para os Pacientes (Ver Anexo 1)
 - Ginecologia-Obstetrícia
 - Prevenção e Controle de Infecção
 - Clínicos
 - Unidades de Terapia Intensiva de Adultos
 - Anestesia e Cirurgia
 - Farmácia e Medicamentos
- Planilha da execução orçamentária
- Fluxo de Caixa
- Cronograma físico e financeiro dos investimentos acordados

9.2.2. Fiscalização, Controle e Monitoramento de Contrato de Gestão

A fiscalização, o controle e o monitoramento do Contrato de Gestão geralmente são previstos para serem realizados por Comissão de Avaliação da Execução do Contrato, cuja composição é prevista em Lei Complementar.

Para exemplificar, indicam-se no quadro a seguir os parâmetros, produtos e frequência dos itens a serem acompanhados e avaliados pela Comissão de Avaliação. Observa-se que, segundo a legislação vários parâmetros e produtos devem ser detalhados.

PARAMETROS	PRODUTOS	FREQUENCIA
Produção	Contratada e Realizada	Mensal
Produção Consolidada	Meta	Semestral
Parte Variável	Dados Brutos	Mensal
Dados Consolidados	Meta	Trimestral
Censo de Origem do Paciente	Ambulatório e SADT	Mensal
SAU /Ouvidoria	Pesquisa de Satisfação	Mensal
Leitos – Estrutura	Atualização Cadastral CNES	Trimestral
Indicadores	Todos os definidos	Mensal
Extrato Bancário	Fluxo de Caixa	Mensal
Orçamento	Planilha de execução	Mensal
Despesa RH	Até 70% do orçamento	Mensal
Pesquisa salarial de mercado	Valores compatíveis	Anual
Despesa material/medicamentos	Planilha com itens definidos	Trimestral
Investimentos	Cronograma físico/financeiro	Bimensal
Comissão de Avaliação	Relatórios formais TCE/ALESP ou seus equivalentes municipais. Parecer dos Conselhos de Saúde	Trimestral
Documentação	Entrega de documentos ou execução na plataforma TI	Constante

9.2.3. Principais pontos a serem observados para a gestão de Contratos de Gestão

Considerando a complexidade do processo de gestão desse tipo de contrato, bem como as exigências legais para sua utilização, acompanhamento e avaliação e, considerando, por outro lado, as fragilidades dos gestores públicos do SUS no que se refere aos processos de planejamento, contratualização, regulação e avaliação, indicam-se a seguir as principais questões a serem observadas, que possibilitem a melhoria de capacitação dos gestores.

1. Investir na capacitação contínua das equipes das Secretarias Estaduais ou Municipais.
 - a. Treinamento especializado de seus profissionais para aprimoramento da elaboração de metas operacionais para as unidades de saúde contratualizadas.
2. Garantir um monitoramento da execução contratual em tempo real
 - a. Desenvolver ou incorporar um sistema de informação eletrônico via internet de maneira a acompanhar a execução do contrato em regime diário, semanal e mensal. Emissão de relatórios gerenciais e publicação de resultados.
3. Manter conta bancária exclusiva e específica para repasses de cada um dos Contratos de Gestão. Assegurar, quando for o caso, que a OS mantenha CNPJ exclusivo, adicional ao registro da matriz, próprio para o gerenciamento da unidade de saúde cujo uso lhe foi transferido, de modo a não haver confusão com outros recursos próprios da instituição parceira;
4. No caso de OS, deve-se publicar e cumprir os seus regulamentos de contratação de pessoas e de serviços com terceiros.
 - a. OS deve realizar Pesquisa Salarial do Mercado privado em sua área de inserção a cada ano;
 - b. Não permitir “Taxa de Administração” – Centros de Custos Compartilhados.
5. Limitar a despesa com Recursos Humanos (CLT) ao limite legal de 70%
 - a. Despesa com médicos pode representar 50% da despesa total com RH.
 - b. Detalhar contratos com cooperativas médicas e pessoas jurídicas;
 - c. Controle de horas médicas por profissional (máximo de 60h semanais por medico).
 - d. Uniformizar valores de remuneração médica e estabelecer valor por hora médica.
6. Estabelecer parcerias com a Secretaria da Fazenda e outras agências de controle para execução de avaliação fiscal e tributária nos Contratos de Gestão, inclusive com OS.

- a. Comprovação de notas fiscais e pagamentos a terceiros devem ser detalhados.
7. Apurar custos reais de produção e mensurar indicadores de qualidade e efetividade.
 - a. Sistemas de custos por absorção e indicadores também em hospitais de administração direta para demonstrar o princípio de Economicidade.
8. Estabelecer metas factíveis e mensuráveis.
9. Rever metas em regime semestral. A OS deve evitar penalização financeira por não cumprimento de metas - em regime trimestral e semestral;
10. Prever investimentos em patrimônio (obras e equipamentos) além dos recursos de custeio.
 - a. Materiais de uso continuado definidos como custeio.
 - b. Incluir cláusulas para prever investimentos em obras e reformas.
11. Publicar todos os contratos de gestão na imprensa oficial do Estado, do município e em sites institucionais (internet)
 - a. Publicar os relatórios trimestrais, semestrais e anuais de execução dos contratos de gestão com OS.

9.2.4. Implantação de um Contrato de Gestão em suas Diferentes Etapas de Planejamento

Como já referido, o hospital deve estar integrado à Rede de Atenção à Saúde e ao conjunto de serviços dessa rede, com a finalidade de fornecer serviços especializados que promovam a atenção integral, contínua e adequada às necessidades de saúde da população abrangida pela rede.

Assim, o planejamento para a contratualização de um serviço hospitalar deve levar em conta esses elementos, sistematizados a seguir em etapas e ações, com indicativo do tempo estimado para sua realização, o que informa a quantidade de meses necessários para a contratualização de uma unidade hospitalar.

Etapas 1 – Diagnóstico (tempo estimado 2 meses)

1. Análise do perfil epidemiológico das regiões adstritas
 - Pirâmide Populacional
 - Perfil de Morbidade
 - Perfil de Mortalidade

2. Diagnóstico situacional
 - Infraestrutura existente - rede de serviços implantada no território
 - Processos utilizados para o atendimento nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde
 - Indicadores de desempenho
 - Qualidade do atendimento
 - Processos de comunicação e integração entre serviços
 - Plataformas de TI utilizadas para comunicação, regulação de acesso, produção dos serviços, levantamento de indicadores, etc.
3. Análise dos processos e fluxos hospitalares
 - Estrutura física e organizacional hospitalar
 - Nível de complexidade dos serviços existentes
 - Processos de atendimento intra-hospitalar
 - Processos de comunicação e integração com a rede de serviços
 - Estado dos equipamentos e dos sistemas operacionais
 - Sistemas de Informação utilizados e adequação

Etapa 2 – Elaboração do Plano Diretor de Saúde (tempo estimado 2 meses)

- Redefinição da rede de serviços, suas competências e serviços a serem ofertados.
- Programa de melhorias nas estruturas existentes segundo o diagnóstico da etapa 1
- Elaboração e aprovação do Plano Diretor de Saúde

Etapa 3 – Elaboração do novo Modelo de Gestão de Saúde (tempo estimado 4 meses)

- Detalhamento da Contratualização, suas metas e indicadores de desempenho.
- Planejamento operacional – processos e fluxos de atendimento na rede de serviços e no âmbito hospitalar
- Planejamento da implantação – etapas, cronograma, custos e responsáveis pela gestão e financiamento do novo modelo

Etapa 4 – Pontos para a execução do Modelo de Gestão de Saúde com contratualização de OS (tempo estimado 10 meses)

- Elaboração de legislação específica para reconhecimento de OS
- Levantamento, avaliação e reconhecimento de OS, em conformidade com a legislação já existente.
- Elaboração do projeto básico de gestão por OS
- Publicação do Edital com base no projeto básico
- Realização do Processo Licitatório e definição do vencedor
- Elaboração do contrato de gestão para o gerenciamento das estruturas da rede assistencial, incluindo a hospitalar.
- Suporte e acompanhamento da implantação
- Gestão dos processos de atenção à saúde
- Acompanhamento das metas e dos indicadores estabelecidos
- Acompanhamento da execução orçamentaria

9.2.5. Instrumentos do Contrato de Gestão

Estrutura do Contrato de Gestão - Detalhamento

- Termo de compromisso do Hospital com as normativas do SUS e respeito às mesmas, incluindo a incorporação automática de novas regulamentações surgidas durante a vigência do contrato.
- Declaração dos objetivos do hospital ou Missão.
- Planejamento estratégico e Plano POA do Hospital.

Detalhamento do Plano Operativo Anual (POA) do Hospital:

1. Assistência a Saúde

- Pronto Socorro, Internação, Ambulatório, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e ações de ocorrência extra hospitalares (assistência domiciliar, hospices). Especificar os quantitativos de serviços ofertados e a análise comparativa da capacidade instalada e da produção potencial.
- O POA do Hospital deve possuir anexos que contemplem estas especificidades e possibilitem ao gestor do SUS organizar as demandas para ações específicas, mantendo sempre a prerrogativa da decisão sobre o uso das ações produzidas pelo contratado.
- Os serviços ofertados devem estar consonantes com o papel do Hospital na rede de serviços local e/ou regional e suas

competências nas “linhas de cuidado” estabelecidas pelo gestor do SUS e seus respectivos protocolos.

- A gestão hospitalar deve obedecer às diretrizes emanadas dos gestores do SUS, especialmente as contidas no Plano Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde no âmbito hospitalar.
- Os contratos do gestor hospitalar com serviços terceirizados, em especial com os de atenção direta aos pacientes deverão obedecer a lógica do modelo de contratualização, com o estabelecimento de metas de produção, indicadores de performance e de qualidade dos serviços ofertados e indicadores relacionados a segurança do paciente.
- O Hospital deve ter suas Comissões Técnicas como: CCIH, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissões de Óbitos, de Farmacovigilância, etc. Com a apresentação de relatório das atividades das mesmas e seus resultados na melhoria da gestão hospitalar.
- O hospital deverá estabelecer a sua inclusão num programa de qualidade, como por exemplo, o da Acreditação Hospitalar.

2. Ensino

- Elencar as eventuais atividades de ensino, em seus diferentes níveis (graduação, pós-graduação, educação permanente, oferta de estágios profissionalizantes, etc.). Caso tais atividades sejam ofertadas ao SUS, devem ser descritas com os respectivos quantitativos e acordadas no instrumento de contratualização, com os custos envolvidos e as respectivas fontes de financiamento.

3. Pesquisa Clínica

- Elencar as eventuais linhas de pesquisa, estimativa de produção e fontes de financiamento.

4. Plano de Metas

- Indicar a produção potencial nas diferentes áreas
- Estabelecer a periodicidade de análise da progressão das metas (mensal, trimestral, semestral, etc.), segundo as especificidades para

atingir os resultados acordados com o gestor municipal e/ou estadual

- Definir a produção esperada em ensino e pesquisa.
- Detalhar indicadores específicos de performance, compondo o sistema de monitoramento e avaliação do Plano de Metas.
- Definir formas da prestação de contas, obedecendo a periodicidade contratada e apontando os responsáveis por cada setor avaliado.

5. Orçamento Global da unidade hospitalar e por centros de custos

- Elaborar o orçamento anual global da unidade hospitalar tendo por base os centros de custos estabelecidos no planejamento orçamentário. Todas as áreas devem estar envolvidas no processo de elaboração da peça orçamentária anual, que envolverá os custos diretos das ações assistenciais executadas (bem como as de ensino e pesquisa, caso sejam exercidas) e indiretos (administrativos, incluindo os contratos com terceiros, e os gerenciais). Indicadores de processo e resultados econômicos e financeiros, globais e por unidade de produção, ou centros de custos, devem fazer parte da proposta orçamentária
- O Hospital pode usar tendências quando não existirem séries históricas que sirvam de linha de base para a contratualização.
- Investimentos devem ser realizados conforme o plano Operativo apresentado, sendo os objetivos e as metas estabelecidos a partir das necessidades apontadas pelos gestores do SUS.
- A prestação de contas dos resultados alcançados, bem como a forma de repactuação dos eventos negativos, deve considerar a perspectiva dos hospitais no processo de contratualização.

6. Sistema de Informação

- Deve contemplar as necessidades estabelecidas pelo SUS seja nos componentes de produção, como nos aspectos epidemiológicos.
- As rotinas de envio e de tempo para manifestação devem ser as mesmas estabelecidas pelo SUS.

- A opção pela tecnologia deve ser livre, porém integrada com os sistemas utilizados pelo SUS.
- A segurança e o controle do sistema de informação são de responsabilidade dos gestores do hospital e gestor público.

7. Gestão de Pessoal

- Descrição do quadro existente, das situações de ajustes e improvisos vigentes, plano de regularização com custos e cronograma de ações e necessidade de incremento de pessoal.
- Detalhamento da política de pessoal adotada que inclua modalidade de contratação, plano de carreira, política salarial, modelo de educação permanente e sistemas de avaliação e de incentivo.
- Orçamento para cada etapa, desde o plano de ajuste até o plano de desenvolvimento de pessoal.

8. Controle e avaliação do contrato de gestão

- Supervisão regular e periódica instituída no contrato de gestão.
- Instituir a Comissão de Acompanhamento e Avaliação que deve ter participação externa ao contratante, com fins de proteção e de vigilância independente.
- Submeter os resultados ao controle dos Conselhos de Saúde do SUS, dos Tribunais de Contas, e ao Poder Legislativo municipal e/ou estadual.

9. Mecanismos de Segurança Contratual

- O hospital deve manter um sistema de registro de preços com acesso público.
- O financiamento originado do gestor contratante deve conter um numerário relacionado ao estímulo de desempenho (componente variável do Contrato de Gestão), sem correspondência direta com a produção (componente fixo do Contrato de Gestão). A prestação de contas destes recursos, somados aos saldos obtidos pela economia resultante da boa aplicação, deve ter sua utilização especificada em documento propositivo do uso de saldos, devidamente relacionado no Plano Operativo.

- O Plano Operativo deve estabelecer compromissos de evolução qualitativa, que podem seguir o modelo da Acreditação, ou um conjunto de indicadores de tendência com metas de melhorias.
- O Plano Operativo deve conter capítulo relacionado ao desenvolvimento dos programas de segurança do paciente.
- As penalidades devem ter dupla mão, aplicadas ao gestor e ao contratado com equilíbrio e devem ser estabelecidas para falhas de cumprimento de propósitos estabelecidos no plano de metas, resultando em diminuição de financiamento, cabendo sempre a repactuação.

9.2.6. Síntese dos Pontos Principais

O Contrato de Gestão é um processo em que o gestor municipal ou estadual do SUS e o representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento do processo de atenção à saúde e da gestão hospitalar.

A contratualização na saúde formaliza uma parceria para a realização de serviços, ações e atividades através da elaboração de convênios ou acordos nos equipamentos de administração direta, contratos de gestão com parceiros operadores da gerência dos equipamentos de saúde (OS por exemplo) e do POA, sendo este seu principal instrumento operacional.

Como foi visto, o Plano Operativo do Hospital contém as características gerais dos serviços e atividades desenvolvidas pelo hospital; os compromissos assistenciais com as respectivas metas quantitativas; as metas gerenciais, de qualidade da assistência e de formação e de pesquisa.

O Plano Operativo deve conter os indicadores para o monitoramento e avaliação das metas e atividades definidas para cada estabelecimento de saúde. Estes indicadores compreendem as áreas de atenção à saúde, gestão, aperfeiçoamento profissional, avaliação, incorporação tecnológica e financiamento.

Outros pontos que merecem destaques no Plano Operativo são:

- Definição dos atores que participarão do modelo de gestão;
- As ações a serem instituídas;
- A definição dos protocolos técnicos, clínicos e operacionais para integrar e apoiar as diversas ações de saúde a serem desenvolvidas, tendo em vista as redes de assistência à saúde e respectivas linhas de cuidado.

A contratualização propõe uma programação financeira em forma de orçamento misto, composta por um componente fixo mensal na média complexidade, um componente com valor variável conforme o cumprimento das metas estabelecidas e um componente correspondente à produção de serviços de alta complexidade e do Fundo de Ações e Compensações Estratégicas (FAEC) mediante a apresentação dessa produção.

Portanto, há um componente pós-fixado (alta complexidade e procedimentos estratégicos) estimado no contrato e repassado a posteriori (produção mensal) e uma parcela pré-fixada, transferida ao hospital em parcelas fixas duodecimais (recursos financeiros estimados com base na produção de serviços em procedimentos de média complexidade - ambulatorial e hospitalar).

Na grande maioria dos casos de contratualização de OS por gestores públicos do SUS, a distribuição obedece ao critério de 10% do valor orçamentário para o cumprimento das metas de qualidade do POA e 90% do valor orçamentário para o cumprimento das metas físicas pactuadas no POA

9.2.7. Avaliação dos Contratos de Gestão

A maioria dos trabalhos de gestores estaduais e municipais que avalia o impacto dos contratos de gestão sobre as ações de saúde do SUS no âmbito hospitalar concluem pela pertinência desse instrumento de gestão e mostra resultados que refletem melhorias quantitativas e qualitativas na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O estudo apresentado por GARCIA E ARAÚJO (2009)¹³⁹ indica que a política de contratualização refletiu-se diferentemente na oferta de serviços de média e alta complexidade.

Na Média Complexidade, “forma de pagamento através do pagamento global” reduziu-se a produção física dos serviços hospitalares em 1,2% (“exemplos - plástica mamária feminina, videoscopia para diagnóstico, drenagem, biópsia ou remoção de lesões, etc.”); ao passo que na Alta Complexidade, “forma de pagamento por produção” o aumento na produção física ocorreu tanto na oferta de serviços hospitalares quanto ambulatoriais.

¹³⁹GARCIA, Ricardo Letícia e ARAÚJO, Daiane Elwanger. A. Contratualização e o seu impacto sobre a oferta de serviços de saúde em Hospitais de Ensino de Porto Alegre, RGS. Trabalho apresentado na 11a. Conferência Nacional de Economia da Saúde ocorrida na Cidade do Porto, Portugal, em 2009.

Os autores concluem que “o sistema de pagamento pré-fixado, sem um devido acompanhamento e controle do gestor por área específica, foi apontado como um fator determinante, para os resultados apresentados na produção física da Média Complexidade”. Aponta também como falha do processo o “descumprimento das metas físicas estabelecidas para alguns Hospitais de Ensino (HE) sem a aplicação de punições aos prestadores de serviços”. Concluem, finalmente, que “a prática da contratualização traz inovações para a Administração Pública, que passa a se modernizar, já que permite estabelecer indicadores de desempenho nos contratos de resultados”.

Contudo, o seu sucesso como política pública em saúde depende de: “adequada seleção dos indicadores de desempenho e estipulação das metas; da correta construção do instrumento contratual; da magnitude das sanções e de métodos de fiscalização e prestação de contas dos resultados; e, das permanentes atividades de supervisão, monitoramento dos indicadores de desempenho pactuados e avaliação dos resultados alcançados pela parte contratada”.

9.2.8. Exemplos de Leis e Instrumentos de Contratualização com Organizações Sociais

Organizações Sociais de Saúde (OSS)

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90.

Em 1998, o Governo do Estado de São Paulo sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais - Lei nº 846/98¹⁴⁰, com atividades dirigidas à Saúde e à Cultura, baseada na Lei Federal nº 9.637/98¹⁴¹.

A lei estadual especifica que apenas as organizações sem fins lucrativos podem ser qualificadas com Organização Social e, no caso da Saúde, necessitam comprovar possuírem serviço próprio há mais de 5 (cinco) anos.

¹⁴⁰ SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em: 01/11/2015.

¹⁴¹ BRASIL, 1998.

No modelo de gestão em parceria com OSS, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato. A Secretaria de Saúde negocia e firma, anualmente, contratos de gestão com cada uma das OSS que gerenciam os serviços, empenhando recursos orçamentários do tesouro estadual, em troca de resultados de desempenho específicos. A responsabilidade direta pela administração da unidade é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado.

Os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por uma comissão específica, integrada dentre outros, por representantes da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa e representantes do Conselho Estadual de Saúde, que verifica o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão. Além disso, os hospitais sob gerenciamento de OSS devem publicar anualmente as suas contas no Diário Oficial do Estado, para a revisão do Tribunal de Contas do Estado, que deve aprovar a sua execução. A auditoria hospitalar do SUS e a avaliação fiscal pela Secretaria da Fazenda completam o quadro na forma de avaliação e controle.

Os serviços de saúde gerenciados por OSS em São Paulo, através de contrato de gestão, incluem Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e CROSS.

O crescimento vertiginoso dos custos de assistência à saúde tem gerado diversas propostas de mudança na organização de equipamentos de saúde financiados com recursos públicos, e a parceria com OSS aqui relatada é uma alternativa concreta para obtenção de maior qualidade e produtividade com menores custos. Nesse modelo, a contratação de serviços, avaliação e controle é atribuição exclusiva do Estado, que deve prestar contas de forma transparente e permanente, permitindo o indispensável controle social, em benefício do atendimento das necessidades da população usuária do Sistema Único de Saúde.

Além do Estado de São Paulo, a legislação sobre Organizações Sociais de demais Governos Estaduais pode ser consultada nos links a seguir:

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO - Relações de Parceria entre Poder Público e Entes de Cooperação e Colaboração no Brasil / Aldino Graef, Valéria Salgado (Autores), Samuel A. Antero (Org.). Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI / Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

– AECID / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG
/ Editora IABS, Brasília-DF, Brasil - 2012
http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/vol_1_relacoes_parceria_publico_ongs.pdf

Governo de São Paulo
<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2014/lei.complementar-1243-30.05.2014.html>

Governo de Pernambuco
<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=&url=>

Governo de Bahia
<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=&url=>

Governo de Rio de Janeiro
<http://www.rj.gov.br/web/sec/exibeconteudo?article-id=292489>

Governo de Maranhão
<http://www.pge.ma.gov.br/leis-estaduais-no-7-066/>

Governo de Santa Catarina
<http://www.spg.sc.gov.br/index.php/acoes/19-organizacoes-sociais>

Governo de Goiás
<http://www.casacivil.go.gov.br/post/ver/194517/organizacoes-sociais-no-estado-de-goias>

Mais informações sobre as Organizações Sociais de Saúde qualificadas, bem como a relação dos Contratos de Gestão, podem ser encontradas nos links a seguir:

Portal da Transparência do Governo do Estado de São Paulo:
<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

Modelo do contrato de gestão da SES-SP com as Organizações Sociais

Contrato de Gestão Modelo da SES – SP para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios- aprovado pela CJ Processo nº001/0100/000.366/2006, por intermédio do Parecer nº. 21/2009.

<http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/Arquivos/Promocao/Biblioteca/ModeloSaude.pdf>

Portal Transparência do Município de São Paulo

<http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/administracao/Paginas/OrganizacoesSociaisdaSaude.aspx>

Portal Saúde Rio de Janeiro

<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude.html> - com vários modelos de contrato de gestão

<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/30404-hospital-estadual-albert-schweitzer.html> - Contrato de Gestão do Hospital Estadual Albert Schweitzer (Maternidade)

Portal Saúde Goiás

<http://www.saude.go.gov.br/page/174/transparencia-unidades-de-saude-oss> - Vários links para acesso aos contratos de gestão das OSS

<http://www.saude.go.gov.br/public/media/uploads/contratohgg.pdf> - Contrato de Gestão IDTECH para gerenciar o Hospital Geral de Goiânia

Campinas - Legislação sobre OSS

<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/89507033/dom-camp-20-03-2015-pg-1>

<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/89507034/dom-camp-20-03-2015-pg-2>

9.3. Hospitais de Ensino e Filantrópicos

Considerando a importância dos equipamentos hospitalares de ensino e filantrópicos, voltados ao SUS.

Segundo as normas legais do SUS os HE são parte integrante do sistema e, neste sentido, sempre se constituíram em preocupação e foco de políticas específicas do MS e MEC, considerando inclusive o número de HE das Universidades Federais existentes. Além disso, esses hospitais concentram os principais serviços de alta

complexidade ambulatorial e hospitalar e, portanto, acabam tendo grande influência na organização da regionalização e das RAS.

Por outro lado, a presença de hospitais filantrópicos em inúmeros municípios brasileiros, dentre os quais se destacam as Santas Casas, representam uma significativa infraestrutura a ser conveniada pelo SUS, tendo preferência na contratualização de serviços de saúde, conforme a legislação já abordada anteriormente.

A contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos passa a ser objeto de preocupação, mais recentemente, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a partir de 2008, quando foi realizado encontro específico para o debate sobre a contratualização dos Hospitais de Ensino e os Filantrópicos¹⁴².

Alguns pontos merecem ser destacados nas conclusões da última mesa do encontro, segundo a síntese elaborada pelo representante do Departamento de Redes Assistenciais/DARAS/SAS/MS.

- Uma das questões abordadas refere-se à existência de um volume grande de municípios de pequeno e médio porte que realizam contratualização e chamam a atenção para a necessidade de desenvolver políticas de apoio à qualificação, ao acompanhamento e ao monitoramento;
- Outra questão observada foi a necessidade de revisão dos valores da contratualização, bem como os recursos para o incentivo da contratualização

(...) é mais do que urgente aperfeiçoar o sistema de informação, a capacitação dos gestores para fazer essa negociação, mas têm que se rever também os recursos para o incentivo da contratualização, porque isso também garante maior governabilidade para a discussão do gestor com o prestador.

Se, por um lado, colocamos que a tabela por procedimentos acaba perpetuando essa forma de pagar, se não atualizarmos a tabela e ao mesmo tempo não atualizarmos os valores do incentivo da contratualização, acabamos por gerar um impasse. A contratualização do ponto de vista de proposta é o que tem de mais avançado (...)

- Quanto ao Hospital de Ensino a questão principal é a sua participação

¹⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantronicos.pdf. Acesso em: 10/12/2015.

no sistema, visando o fortalecimento da regionalização e a participação dos gestores municipais, que demandam serviços do HE, nos colegiados de gestão regional

É essa a visão de contratualização dos Hospitais de Ensino, que não é só do município sede do grande hospital, mas que atua em rede com outros municípios, uma vez que a grande dificuldade na maioria das situações é a de ter um Hospital de Ensino de fato inserido no SUS. Há uma diferença entre atender um paciente do SUS e estar inserido no SUS. Se nós estamos construindo redes de cuidado, é fundamental que haja uma inserção real desses hospitais nas políticas do SUS.

- A contratualização além de se constituir numa estratégia macro do sistema necessita avançar como estratégia no nível da gestão da clínica, com o estabelecimento de contratos internos dos serviços de saúde;
- Foi ressaltada ainda a relação entre contratualização, regionalização e a organização de Redes de Atenção à Saúde.

Esses e outros pontos são analisados também com muita propriedade e com dados reais no trabalho: “Análise do processo de implementação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização de hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil”¹⁴³.

A partir destas colocações, elaborou-se um resumo das principais questões abordadas pela Política Hospitalar do Ministério da Saúde, apresentado nos quadros a seguir.

¹⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde, 2010. Projeto Hospitais de Excelência. Programa de Desenvolvimento e Apoio à Gestão Hospital Samaritano. *Análise do processo de implementação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização de hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil.*

Antônio Pires Barbosa (Coordenador), Sheyla Maria Lemos Lima, Margareth Crisóstomo Portela, Ana Maria Malik. Disponível em:

[http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Apresentacao_FGV\(3\).pdf](http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Apresentacao_FGV(3).pdf). Acesso em: 10/12/2015.

Pontos Positivos da Política do MS

- Estímulo à Regionalização;
- Estabelecimento de metas de produção para “serviços importantes” para a população;
- Definição e monitoramento de metas, com valorização da cultura de prestação de contas;
- Avaliação dos recursos humanos;
- Estabelecimento de instrumentos, práticas e instâncias (comissões) de monitoramento dos contratos;
- Melhoria do registro de informações relativas aos serviços de saúde;
- Envolvimento do Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos contratos, capacitando-o no entendimento do processo de prestação de contas.
- Regulação da atenção e do uso de serviços;
- Central de Regulação e, especificamente, reserva de consulta por meio da Central de Regulação;
- Utilização de referência e contra referência;
- Classificação de risco do paciente na porta de entrada;
- Atendimento domiciliar
- Encaminhamento de procedimentos da atenção básica para a atenção básica;
- Aperfeiçoamento da gestão hospitalar e da gestão nas secretarias contratantes
 - Profissionalização da gestão;
 - Horizontalização / estabelecimento de colegiados de gestão; e, responsabilização do corpo clínico;
 - Planejamento e execução orçamentária regular, propiciando aos hospitais previsibilidade e autonomia para a alocação de recursos;
 - Implementação de práticas de humanização e qualificação da atenção;
 - Fortalecimento da atuação regulatória do MS junto às secretarias contratantes;
 - Maior integração entre MS e MEC e maior participação do MEC;
- Estabelecimento de estrutura jurídica, com apoio da Procuradoria, Auditoria Geral e outros órgãos, facilitando o processo de implementação da política

Ajustes Necessários Para Implantação da Política

- Educação continuada das secretarias, hospitais e comissões pertinentes, focando a legislação do SUS, conceitos e diretrizes relativos à contratualização, processos de estabelecimento e acompanhamento dos contratos, conteúdos de gestão hospitalar, com ênfase na melhoria contínua de qualidade;
- Revisão da política de RH, com aumento de governança, incluindo a possibilidade da contratualização prever montante para remuneração de pessoal.
- Aprimoramento do processo de estabelecimento e acompanhamento dos contratos:
 - Funcionamento regular da comissão de acompanhamento, com elaboração de relatórios;
 - Amplo envolvimento das partes contratantes;
 - Estratégias de disseminação das metas contratualizadas entre os diversos atores;
 - Definição / padronização de indicadores – gestão, produção, qualidade, financeiros para o acompanhamento dos contratos;
 - Regularização e mudanças nos protocolos relativos ao processo de acompanhamento;
 - Uso de sistemas de informação e investimento na informatização;
 - Criação de fóruns regionais, estaduais e federal para discussão da contratualização, no que tange às suas dificuldades e alternativas de enfrentamento.
- Aperfeiçoamento da gestão financeira dos contratos
 - Revisão do processo de orçamentação dos contratos, com maior aporte de recursos para a contratualização;
 - Revisão do financiamento da alta complexidade;
 - Aumento do teto da média complexidade
 - Incremento de parcela para pesquisa e ensino;
 - Revisão anual dos valores pactuados/tetos financeiros;
 - Cumprimento regular dos repasses financeiros, atrelando-os a uma pré-avaliação;
 - Definição de datas para pagamentos extra teto.

- Implantação de mecanismos que garantam melhor estruturação da rede de atenção
 - Diagnóstico das necessidades da população e das condições de operação dos hospitais;
 - Contratualização com demais integrantes da rede de serviços, inclusive com contratos intermunicipais;
 - Estruturação de sistemas de referência e contra referência;
 - Habilitação de procedimentos de desospitalização;
 - Fortalecimento da rede laboratorial para garantir maior agilidade na realização de exames na rede;
 - Implementação de mecanismos para maior resolutividade da atenção básica;
- Foco na qualificação da atenção:
 - Utilização de diretrizes / protocolos clínicos;
 - Investimento na humanização da atenção;
 - Estabelecimento e acompanhamento de metas relativas à qualidade da atenção.
 - Implementação de incentivos que premiem o cumprimento dos contratos, o alcance de maior eficiência e a qualidade da atenção
- Revisão do incentivo à contratualização (IAC);
 - Incentivos para o envolvimento dos profissionais no alcance das metas;
 - Incentivos para o envolvimento dos professores na assistência.
 - Fortalecimento do papel dos gestores pelo Ministério da Saúde
- Maior participação do MEC

Recomendações

- Revisão dos processos de elaboração e monitoramento dos contratos e/POA
 - Elaboração do POA contemplando outras dimensões do desempenho organizacional, com foco na qualidade assistencial;
 - Metodologia de estimativa de financiamento do convênio / contrato;
 - Práticas e mecanismos de monitoramento e de avaliação dos convênios / contratos / POA - incorporação de visitas regulares aos hospitais pelas secretarias e monitoramento interno pelo hospital;
 - Sistema de informações tendo em vista o monitoramento do conjunto de metas e indicadores do POA e uma estimativa de recursos mais adequada;
- Revisão do sistema de incentivo
 - Ampliação dos incentivos para o hospital, suas equipes e secretarias;
 - Ampliação da participação e da pactuação das metas e indicadores com os profissionais das equipes dos hospitais;
- Disseminação da prática contratual e da lógica de prestação de contas com foco nos resultados
 - Contratos internos (no interior do hospital, com as equipes/serviços)
 - Contratos das secretarias com demais unidades da rede de serviços
 - Contratos do MS com as Secretarias de Saúde
- Incremento da articulação entre o planejamento regional e a contratualização (contrato e POA como ferramentas de execução do planejamento regional).
- Processo contínuo de aprendizagem numa perspectiva de melhoria contínua
 - Apoio ao desenvolvimento da capacidade gerencial e à estruturação organizacional de secretarias e hospitais.
- Monitoramento e a avaliação
 - Troca de experiências entre hospitais e secretarias / realização de fóruns locais, regionais, estaduais e nacional
- Mudanças nas estruturas e na cultura organizacional e nas práticas de trabalho tendo em vista a valorização da prestação de contas sobre o desempenho

9.3.1. Hospitais de Ensino

O Governo Federal detém sua maior rede assistencial hospitalar vinculada aos hospitais de ensino. Desde 2004, o MEC e o MS têm estabelecido legislação que incentive a reestruturação e a readequação desses hospitais às necessidades do SUS.

Naquele ano criou-se legislação visando: o aprimoramento da gestão, do financiamento e de sua inserção no SUS; a contratação dos serviços de saúde ofertados, e sua respectiva forma de financiamento; bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, de gestão, de ensino e de pesquisa; ou seja, os eixos básicos da contratualização através de modelos como os dos contratos de gestão. Neste aspecto, as principais portarias estão indicadas a seguir.

Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006 de 27 de maio de 2004: Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC - http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf

Portaria GM/MS nº 1702 de 17 de agosto de 2004: Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências - http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/P_1702_170804.pdf

Portaria GM/MS nº 1703 de 17 de agosto de 2004: Destina recursos de incentivo á contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências - <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-2004-08-17-1703>

Portaria GM/MS nº 2352 de 26 de outubro de 2004: Regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências - <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-2004-10-26-2352>

A partir de 2010, outros instrumentos legais buscam promover maior

adequação dos HUE federais ao SUS e uma gestão baseada em metas, objetivos, avaliação e estímulos. O Decreto N° 7.082, de 27 de janeiro de 2010¹⁴⁴, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e, disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Posteriormente o Governo Federal publica a Portaria N.º 883 de 05 de julho de 2010¹⁴⁵, que regulamenta o REHUF e dispõe sobre o financiamento dessas unidades.

Após a publicação desses documentos e sua implantação, algumas avaliações mostraram que houve uma melhoria na qualidade e na quantidade da produção dessas unidades assistências e de ensino, assim como permitiram uma maior integração dos hospitais com as necessidades de atenção à saúde do SUS.

Algumas publicações apontam tais melhorias em Uberlândia/MG¹⁴⁶. Essa melhoria e integração com o SUS regional, daquele município, foram corroboradas na apresentação que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia realizou em recente seminário no NEPP-UNICAMP em dezembro de 2014¹⁴⁷.

¹⁴⁴ BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 10/12/2015.

¹⁴⁵ BRASIL. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010. Regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/portaria_rehuf.pdf/43686833-d346-489d-ab13-4a3a6b9cd075. Acesso em: 10/12/2015.

¹⁴⁶ MARTINS, Vidigal Fernandes. *Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário*. ReAC – Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba, v. 3, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.fat.edu.br/revistas/files/journals/1/articles/33/public/33-174-1-PB.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.

¹⁴⁷ GOMES, Cristina Angélica. Contratualização de Serviços de Saúde na SMS de Uberlândia-MG. Apresentação Power Point no SEMINÁRIO: “AVANÇOS E DESAFIOS

Algumas outras unidades de ensino, mesmo antes da publicação do REHUF já se preocuparam em realizar “contratos internos” para aperfeiçoar a gestão hospitalar tendo por base a Política de Humanização do Ministério da Saúde.

O artigo de SANTOS FILHO e FIGUEIREDO (2009)¹⁴⁸ descreve a experiência de implementação de contratos internos de gestão em um hospital público. Os contratos são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Nesse enfoque, apresentam-se os eixos metodológicos de sua construção coletiva e os indicadores do processo de implementação. Com o processo de pactuação de metas e avaliação participativa, observam-se os seguintes resultados:

- Além de aumentar a eficiência e eficácia institucional, os efeitos desencadeados com esses dispositivos revelam seu potencial de transformação das relações de trabalho,
- Promoção de corresponsabilização entre os sujeitos / equipes,
- Valorização dos trabalhadores e,
- Formação de redes de compromisso para melhoria da atenção.

Posteriormente, a Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 ¹⁴⁹ autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

A criação da EBSERH, empresa pública de direito privado e patrimônio próprio, tem suas finalidades estabelecidas segundo o Decreto Nº 7.661, de 28 de

DA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS”. PESS NEPP Unicamp, dezembro 2014.

¹⁴⁸S ANTOS FILHO, Serafim Barbosa; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. In: Internal management contracts within the context of the Humanization Policy: experimenting with methodology within the reference frame of co-management. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.615-26, 2009.

¹⁴⁹ BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 10/12/2015.

dezembro de 2011. Neste documento está aprovado o Estatuto Social da Empresa que, entre outros pontos estabelece, sob a supervisão do Ministro de Estado da Educação, sua finalidade quanto a:

Prestação de serviços gratuitos de assistência médico hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação, às instituições públicas federais de ensino, ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do artigo 207 da Constituição de 1988, a autonomia universitária.

Enfatiza também que:

as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” e que “observará as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde”, sendo destacado ainda que “a execução das atividades mencionadas neste artigo dar-se-á por meio da celebração de contrato específico para este fim, pactuado de comum acordo entre a EBSEH e cada uma das instituições de ensino ou instituições congêneres, respeitado o princípio da autonomia das universidades.

Com a criação da EBSEH alguns hospitais universitários do governo federal estão tentando estabelecer mecanismos internos que permitam a aplicação do modelo de contrato de gestão. Alguns autores discutem a introdução da “gestão pública por resultados” em período anterior à criação daquele “facilitador” dos contratos de gestão nos Hospitais de Ensino Federais, na grande maioria ligada às Universidades Federais. Alguns estudos, sobre este novo modo de gestão daqueles hospitais de ensino, têm ressaltado o Contrato de Gestão como indutor de Melhorias em Hospitais Universitários e de alcance de resultados.

O trabalho de MENDES e RIBEIRO (2010)¹⁵⁰ expõe o estudo de caso de natureza qualitativa, exploratória e analítica, em um HU que possui Contrato de Gestão, desde 2005.

¹⁵⁰ MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos; RIBEIRO JR, Hugo da Costa. Gestão Pública por Resultados- Contrato de Gestão como indutor de Melhorias em Hospitais Universitários.pdf. XXXVI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro 25 a 29 de setembro de 2010. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2010/APB/2010_APB2257.pdf. Acesso em: 10/12/2015.

Os resultados revelam que, apesar das resistências às mudanças apresentadas principalmente pela bicentenária escola médica, (a qual) desenvolve suas práticas de ensino no HU e das especificidades destas organizações, as estratégias e as mudanças organizacionais implantadas em decorrência das exigências da contratualização, produziram resultados no que se refere ao modelo de gestão, que com o novo regimento, propiciou maior empoderamento ao diretor do HU do que ao diretor da Faculdade de Medicina, criou a Comissão Permanente de Acompanhamento da Contratualização, com participação de representantes dos diversos segmentos, inclusive dos usuários, definiu critérios de controle e avaliação, mudou a estrutura organizacional, que passou de verticalizada para horizontalizada possibilitando uma gestão mais descentralizada e participativa. Isto posto, conclui-se que estas mudanças, decorrentes da adoção do Contrato de Gestão pelo HU, impactou na melhoria dos indicadores de desempenho, consequentemente elevando a eficiência e a efetividade do Hospital Universitário e possibilitando a integração da política de saúde e educação.

Em outro trabalho, LIMA e RIVERA (2012)¹⁵¹, estudaram os resultados obtidos por quatro hospitais de ensino sob contratualização através das respectivas secretarias de saúde, abordando questões resumidamente indicadas a seguir:

(...) são discutidas as possibilidades e os limites da contratualização para a melhoria do desempenho, o incremento da prestação de contas, o aprimoramento da gestão, a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde/SUS. Quatro hospitais contratados e suas secretarias contratantes são entrevistados. Segundo os dirigentes de hospitais, é frágil a associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais. Hospitais mais estruturados assistencial e gerencialmente apresentaram uma contratualização mais estruturada com a secretaria. Houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica em todos os hospitais. Sugere-se o desenvolvimento gerencial contínuo do hospital e da secretaria, a revisão do plano operativo, orçamento, mecanismos de monitoramento e sistema de incentivos e pactuação com as equipes, dentre outros.

Este segmento específico (HUE) precisa ainda ser mais bem situado em seu papel de ator participante da rede assistencial regional do SUS, ultrapassando as barreiras que impedem sua integração aos outros atores do sistema. Essa direção

¹⁵¹ LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. - *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2507 – 2521, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.

tem sido gradualmente tomada, seja por iniciativas pontuais, seja pela imposição da legislação e das normativas mais recentes.

Recentemente o MS e MEC editaram a Portaria Interministerial N° 285, de 24 de março de 2015¹⁵², que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino, considerando a atual Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, 2013) e, as diretrizes de contratualização. São objetivos do Programa de Certificação de HE:

- I - garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE;*
- II - garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS;*
- III - estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS;*
- IV - garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS;*
- V - estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS;*
- VI - integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS; e*
- VII - apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médico.*

No caso da RMC, que conta com cerca de cinco hospitais de ensino, dos quais dois são universitários¹⁵³, vinculados respectivamente à gestão do Município de Campinas e da SES – SP é estratégico estimular a discussão do papel destas unidades no âmbito da Região de Saúde da RMC, bem como na organização de sua Rede de Atenção à Saúde, considerando principalmente o fato de serem responsáveis por grande parte da atenção de Alta Complexidade Hospitalar na região.

¹⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/pri0285_24_03_2015.html. Acesso em: 10/12/2015.

¹⁵³ Incluem-se nesta categoria na RMC: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas, o Hospital das Clínicas e o Centro de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher da Unicamp, o Centro Hematológica Dr. A Boldrini, o Hospital Estadual de Sumaré e o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti.

Além disso, como já apontado, o caráter regional deve estar refletido nas contratualizações destas unidades hospitalares e nos contratos internos dos diferentes serviços, devendo ser monitorados e avaliados pelas instâncias de gestão regional.

9.3.2. Hospitais Filantrópicos

A Portaria/GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005¹⁵⁴ instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos propondo um novo modelo de organização e financiamento para uma adequada inserção desses estabelecimentos na rede de atenção à saúde. O instrumento legal a ser utilizado era o convênio que deveria possuir, na forma de anexo ou como parte integrante, um plano operativo especificando as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas.

Posteriormente, a Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013¹⁵⁵ estabeleceu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, colocando as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Esta política define que o instrumento jurídico adotado entre as partes preveja a definição de metas qualitativas e quantitativas que devem ser pactuadas, e subordina a realização de repasses financeiros ao seu cumprimento, garantindo que o gestor dos serviços institua prioridades e obtenha resultados compatíveis com as necessidades de saúde.

Ainda em 2013 é editada a Portaria do Ministério da Saúde N.º 3.410¹⁵⁶, que indica as diretrizes para contratualização de hospitais no SUS e, posteriormente a

¹⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:

<http://antigo.simesc.org.br/admin/uploads/61fa1b0cb7aa4d9f8aa504d5f95f6cd1.pdf>.

Acesso em: 20/03/2016.

¹⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20/03/2016.

¹⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde

Portaria N.º 142 de 2014, criando o IGH – Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar, com ampliação do componente financeiro correspondente aos incentivos, o que resultaria em considerável aumento de recursos para a rede hospitalar¹⁵⁷.

Em maio de 2015, a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) realizou um Workshop denominado “Contratualização de Hospitais Filantrópicos”, com o objetivo de prestar esclarecimentos sobre os aspectos legais inerentes a estas portarias, abordando também tópicos de relevância como metas qualitativas e quantitativas; obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida; e a definição de critérios e instrumentos para monitoramento e avaliação dos resultados, além de apresentar as novas formas de ajustes com o Poder Público em substituição aos convênios, conforme Lei Federal N.º 13.019, de 31 de Julho de 2014, posteriormente alterada em 14 de dezembro de 2015¹⁵⁸.

As Santas Casas e outros hospitais de caráter beneficente geralmente tem sua produção remunerada segundo os parâmetros do SUS, com recursos das três esferas de governo e gestão Municipal, e recebem de modo aleatório, alguns recursos originados de programas de auxílio governamental e de emendas parlamentares.

O custeio desses hospitais está incluído no Bloco de Financiamento de média e alta complexidade – MAC, com valores expressivos na sua composição. Estas despesas em 2014 somaram aproximadamente 60% do custeio neste bloco de despesas do Ministério da Saúde.

Considerando a situação financeira crítica dos hospitais filantrópicos, o Estado de São Paulo, através da SES-SP implantou, em 2007 o “Programa Pró

(SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 20/03/2016.

¹⁵⁷ SÃO PAULO (Estado). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP COSEMS-SP. Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis.s/ data. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cenario-Hospitais-SP.pdf>. Acesso em: 15/08/2016.

¹⁵⁸ BRASIL, 2014.

Santas Casas”¹⁵⁹ que definia recursos para destinação aos serviços hospitalares, de abrangência macrorregional ou estadual, compartilhados entre estado (70%) e municípios (30%), ou seja, parte dos valores seria provida pela SES, e parte pelos municípios que utilizassem o serviço beneficiado.

Os hospitais deveriam cumprir metas pactuadas e disponibilizar todos os leitos nos órgãos de regulação competentes, além de informações sobre os atendimentos realizados¹⁶⁰.

Em 2013 a SES-SP institui o “Programa Santas Casas Sustentáveis” em complementação ao anterior, que previa aporte de recursos para os hospitais filantrópicos regionais, calculados como percentual da produção de média complexidade das instituições, distribuídos conforme o hospital fosse classificado em um dos três tipos: estruturantes, estratégicos e de apoio¹⁶¹.

Na RMC conta-se com cerca de 16 hospitais filantrópicos distribuídos em nove municípios da região, compostos por hospitais gerais e especializados, a grande maioria sob gestão municipal, responsáveis por mais de 45% dos leitos. Deste conjunto uma parcela significativa não possui contratualização adequada ou está fora dos parâmetros da legislação mais atual, havendo hospitais filantrópicos incluídos naqueles programas da SES-SP.

Apesar destas ações, mudanças na contratualização dos hospitais filantrópicos dependem da esfera de governo estadual ou municipal responsável pela gestão do SUS no território e, no caso do nível regional e municipal requer equipe gestora capacitada para contratualização, monitoramento, regulação e avaliação, com base na legislação correspondente.

9.3.3. Legislação e Contratualização

¹⁵⁹ SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB - 232/2007. Diário Oficial nº 232 – DOE de 11/12/07. Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.dez.07/iels232/E_DL-CIB-232_2007.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

¹⁶⁰ SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB - 51, de 22-9-2009. Diário Oficial nº 178 - DOE de 23/09/09 - Seção 1 - p. 32. Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.set.09/iels177/E_DL-CIB-51_220909.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

¹⁶¹ SÃO PAULO (Estado), COSEMS/SP, s/ data.

Apresenta-se a seguir a Legislação Federal mais atual sobre atenção hospitalar, para orientação e apoio aos gestores.

PORTARIA Nº 2.035, DE 17 DE SETEMBRO DE 2013 - Estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2035_17_09_2013.html

PORTARIA Nº 2.833, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2013 (Revogada pela PRT GM/MS nº 142 de 27.01.2014). Acresce e altera dispositivos à Portaria nº 2.035/GM/MS, de 17 de setembro de 2013, que estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2833_25_11_2013.html

PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 - Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html

PORTARIA Nº 142, DE 27 DE JANEIRO DE 2014 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html.

PORTARIA Nº 2.839, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014 - Prorroga os prazos estabelecidos nos termos do art. 38 da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, e do parágrafo único do art. 15 da Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2839_29_12_2014.html

9.3.4. Redes de Atenção à Saúde e o COAP

Deve ser enfatizado ainda que o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 estabelece diretrizes mais detalhadas para a organização do SUS, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto destaca os seguintes componentes: a Região de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)¹⁶², as Portas de Entrada, as Comissões Intergestoras, o Mapa de Saúde, A Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

O COAP estabelece as responsabilidades organizativas do SUS, segundo as quais o ministro da saúde, governadores e, prefeitos municipais assumem, conjuntamente, o compromisso de organizarem de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na Região de Saúde, respeitadas as autonomias federativas, reconhecendo que a razão de ser do SUS é o cidadão, devendo os entes federativos, signatários deste contrato, comprometerem-se a assegurar o conjunto das ações e serviços de saúde indicados no contrato na região.

Indica ainda a necessidade em realizar uma gestão responsável, orientada pelas necessidades de saúde da população, ouvindo, reconhecendo seus direitos e, buscando junto com os profissionais de saúde, oferecer um atendimento humanizado e eficiente, reconhecendo a necessidade de aproximação entre os cidadãos e os serviços de saúde, com o objetivo de sua melhoria, tanto quanto à sua qualidade quanto às relações humanas e interpessoais. O objeto do COAP reza:

as cláusulas e condições deste CONTRATO têm por objeto a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos na região (denominação), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde

¹⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

dos usuários através da rede de atenção à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em linhas gerais, o COAP estabelece os conceitos e critérios já discutidos na contratualização, através do modelo “Contrato de Gestão” entre os entes federativos e destes com os efetores das ações de saúde em seus diferentes níveis.

A principal questão para a efetivação do COAP refere-se, mais uma vez à capacidade gestora dos três níveis de governo incluindo a disponibilidade de equipes técnicas adequadas, bem como a organização de processos gerenciais de planejamento, contratualização, regulação, avaliação e controle que ainda são muitos frágeis e, com grandes dificuldades de implantação em municípios de pequeno porte.

10. Os Hospitais na Região Metropolitana de Campinas

Como já assinalado, no conjunto dos 20 municípios que hoje constituem a RMC observa-se uma rede hospitalar complexa, formada por unidades públicas e privadas, em grande parte filantrópica, vinculadas principalmente aos gestores municipais, mas com uma importante participação de hospitais sob gerência do Departamento Regional de Saúde (DRS) Campinas da SES - SP.

Na RMC, para a grande maioria das ações de saúde nos diferentes níveis de complexidade, a organização em termos de uma composição em RAS é muito frágil, estando definidos de modo inadequados os processos de integração entre pontos de atenção, os fluxos e contra fluxos de pacientes, bem como sua ligação com uma central única de regulação.

Os mecanismos de gestão, avaliação dos serviços e o estabelecimento de metas e indicadores contratuais específicos praticamente não são colocados. O volume de produção segue o contrato do SUS, com um teto estabelecido para cada hospital. Também neste caso, é imprescindível que tais equipamentos hospitalares tenham seus papéis definidos num Plano Diretor para a Assistência à Saúde na RMC, e que sejam executados contratos de gestão com os municípios onde estejam localizados, integrados ao plano regional.

Na RMC duas importantes unidades de ensino universitário na área de saúde – Pontifícia Universidade Católica (PUC – Campinas) e UNICAMP - também apresentam problemas em sua participação, como atores importantes não só na assistência, mas principalmente na composição de colegiados que formulam as políticas públicas na área de saúde da região.

Os principais equipamentos hospitalares na área de abrangência da RMC estão indicados no quadro a seguir, destacando-se o modelo de gestão e o papel que possuem atualmente na rede de atenção à saúde.

Quadro – Principais Hospitais da RMC, segundo Nível de Complexidade, Modelo de Gestão e Abrangência

Hospital	Município	Nível de Complexidade	Modelo de gestão	Abrangência na RAS
Ouro Verde	Campinas	Secundária e terciária	Contrato de Gestão com OS	Loco-regional e Rede de Urgência
Mário Gatti	Campinas	Secundária e Terciária	Administração indireta com contrato interno de metas e desempenho	Loco-Regional e Rede de Urgência
Celso Pierro PUC CAMPINAS	Campinas	Secundária e terciária	Hospital Universitário com contrato com o gestor municipal	Loco-Regional e Rede de Urgência
Hospital das Clínicas UNICAMP	Campinas	Secundária e terciária. Ensino e Pesquisa	Hospital Universitário Público, com administração própria. Financiamento Governo do Estado e SES SP	Terciária Regional e Estadual e Rede de Urgência
Hospital Regional de Sumaré	Sumaré	Secundária	Hospital Regional Estadual com Contrato de Gestão SES-SP e FUNCAMP Unicamp	Local e Microrregional, Referência em Urgência.
Hospitais Municipais	09 unidades em 07 Municípios	Secundária	Vários: Administração Direta e Organização Social	Local e Microrregional e Rede de Urgência
Santas Casas e outros beneficentes	14 unidades em 09	Geralmente primária e secundária	Filantropicos contratados pelos Gestores	Local e Microrregional e Rede de

Hospital	Município	Nível de Complexidade	Modelo de gestão	Abrangência na RAS
	Municípios		Municipais	Urgência

No município de Campinas está localizada a maioria dos equipamentos hospitalares da RMC, vinculados a diferentes gestores públicos e privados. Muitos têm abrangência local, e quatro se destacam como referências local e regional – Hospital de Clínicas da UNICAMP; Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da PUC - Campinas, Hospital Mário Gatti e Hospital Ouro Verde, municipal com contrato de gestão com OS.

No que se refere a OS, após a aprovação da Câmara Municipal, a Prefeitura de Campinas promulgou a Lei Complementar nº 101 de 19 de março de 2015¹⁶³ que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, permitindo a contratação de OSS com modelo do contrato de gestão.

Segundo a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)¹⁶⁴ reconhecida como OS que gerenciava o Hospital Ouro Verde:

em junho de 2008, o Complexo Hospitalar Ouro Verde iniciou suas atividades sob a gestão da SPDM e incorporou na época a estrutura já existente... O objetivo da parceria é levar o que há de mais avançado em conhecimento médico até a população de Campinas, inserindo o hospital no sistema de saúde local, preocupando-se com a prevenção e a promoção da saúde.

O Complexo Hospitalar Ouro Verde oferece

(...) as especialidades: ortopedia, urologia, cirurgia pediátrica, pneumologia, gastro, endocrinologia, oftalmologia, etc. O complexo ainda está em fase de crescimento e desenvolvimento (...) e em fase de implantação a Reabilitação e a Clínica Cirúrgica, além da ampliação da Ortopedia, do Centro Cirúrgico, Fisioterapia e da Clínica Médica.

¹⁶³ CAMPINAS. Lei Complementar nº 101 de 19 de março de 2015. Dispõe sobre a Qualificação de Entidades como Organizações Sociais e dá outras Providências. Disponível em:

http://sapl.camaracampinas.sp.gov.br/sapl_documentos/norma_juridica/39220_texto_integral.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

¹⁶⁴ ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/hospitais/> complexo-hospitalar-ouro-verde-campinas. Acesso em: 15/08/2016.

Recentemente, foi inaugurado o Centro de Saúde Mental do Ouro Verde (...) através da lei municipal nº 14.629, o Complexo Hospitalar do Ouro Verde, gerenciado pela SPDM, passou a se chamar 'Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi'.

O Hospital “Dr. Mário Gatti”¹⁶⁵ pertencente também à Prefeitura Municipal de Campinas, tem o modelo de autarquia municipal (administração Indireta), e apresenta um modelo chamado de “Contrato Interno de Gestão” com suas unidades de produção, cujos principais pontos são¹⁶⁶:

Contrato Interno de Gestão para Cumprimento de Metas, que entre si fazem o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e a Unidade de Produção tem por objeto o cumprimento de metas gerenciais e indicadores padronizados constantes do Anexo 01, sem prejuízo das atividades de rotina.

(...) Obrigações da contratante - Informar à CONTRATADA os seus representantes credenciados; estabelecer, de comum acordo, os indicadores que serão utilizados para aferir a pontuação; definir, junto à CONTRATADA, a periodicidade da aferição, de acordo com o Regimento Interno da Comissão de Implementação e Acompanhamento dos Contratos Internos de Gestão; A CONTRATANTE se obriga a efetuar a premiação das CONTRATADAS que atingirem os níveis de pontuação indicados na respectiva Resolução.

Obrigações da contratada.1 - Estabelecer, de comum acordo com a CONTRATANTE, as áreas que serão credenciadas para a prestação dos serviços, bem como orientá-las a respeito; providenciar junto à CONTRATANTE as orientações necessárias quanto à utilização dos serviços; executar os serviços previstos no presente Contrato conforme normas estabelecidas; providenciar, quando da utilização dos serviços, o preenchimento dos documentos de aferição.

Condições de aferição – (...) planilhas mensais, correspondentes aos serviços prestados, levantados com base nos documentos de aferição. Existe uma Comissão Interna para acompanhamento do Contrato.

Este modelo contratual (Contrato Interno de Gestão), que tem como componentes os princípios que norteiam os contratos de gestão que o Estado estabelece com as OS, é geralmente utilizado em hospitais próprios da administração direta ou indireta (autarquias ou fundações de caráter público).

¹⁶⁵ CAMPINAS. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Disponível em: <http://www.hmmg.sp.gov.br>. Acesso em: 15/08/2016.

¹⁶⁶ CAMPINAS. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Contrato interno de gestão. Disponível em: http://www.hmmg.sp.gov.br/?page_id=439. Acesso em: 15/08/2016.

O HMCP, hospital de ensino da PUC - Campinas tem administração própria e alguns dos serviços de atenção à saúde são terceirizados para pessoas jurídicas (hemodiálise, hemodinâmica), porém são contratos onde a produção e indicadores obedecem ao contrato formal que o hospital possui com o SUS, com a intermediação da Prefeitura de Campinas através de sua Secretaria de Saúde. Este contrato obedece à formulação geral do MS, repassando os valores de acordo com a produção apresentada dentro de um “teto” previamente acordado. O Hospital faz acordos pontuais com o município para integrar algumas redes assistenciais, como as de urgência e de atenção à gestante.

O Hospital das Clínicas da UNICAMP tem sua administração ligada à Reitoria da Universidade, obedece aos ditames do SUS-SP e, além do pagamento de sua produção por mecanismo idêntico ao HMCP da PUC – Campinas (intermediado pela SES-SP) recebe subsídios do Governo Estadual, via UNICAMP. Além do instrumento contratual do MS, não há outro tipo de Contrato, que inclua as características do Contrato de Gestão, para que o HC UNICAMP tenha compromissos especificados de contratualização com a RAS da RMC.

A UNICAMP administra outro equipamento ligado a SES, o Hospital Estadual de Sumaré¹⁶⁷ O Contrato de Gestão segue o modelo da SES-SP e é realizado junto à Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP (FUNCAMP):

uma entidade de direito privado e sem fins lucrativos, com seus objetivos institucionais orientados no sentido de conceder apoio à UNICAMP. A principal atividade da Fundação é o gerenciamento de convênios onde atua como interveniente em convênios celebrados entre a UNICAMP e instituições públicas e privadas, sendo responsável pela gestão administrativa e financeira dos recursos, bem como pelas demais atividades necessárias para viabilizar o plano de trabalho acordado entre os partícipes. Esta atividade consiste em realizar aquisições de bens e contratações de serviços, bem como de pessoal necessário à execução de convênios.

O Hospital Estadual de Sumaré “Dr. Leandro Franceschini” presta assistência médico-hospitalar, prioritariamente secundária e de inserção microrregional abrangendo os municípios de Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D’Oeste e Sumaré. Atua ainda como campo de práticas contínuas para atividades de ensino da UNICAMP relacionadas à assistência

¹⁶⁷ SÃO PAULO. Hospital Estadual Sumaré. Núcleo Central de Acompanhamento e Gestão dos Convênios SES/UNICAMP (NACSES). Disponível em <http://www.hes.unicamp.br/index.php>. Acesso em: 15/08/2016.

médico-hospitalar, tanto em graduação como em pós-graduação e ainda como campo de práticas para pesquisa na área de saúde.

Os dois grandes Hospitais Universitários (PUC- Campinas e UNICAMP) oferecem também serviços em nível de complexidade terciário e de alta complexidade. Essas características os colocam como referências para as ações de alta complexidade em toda a RMC. No entanto, a composição de uma RAS com: definição dos fluxos e contra fluxos de encaminhamentos: ausência de uma central de regulação única: e, a definição dos papéis dessas duas unidades no que tange às especialidades oferecidas como referências terciárias para a RAS da RMC, são alguns dos fatores que apontam para a urgente necessidade de se estabelecer um Plano Diretor para a Assistência Hospitalar à Saúde na RMC.

Neste Plano Diretor deverão estar definidos os papéis não somente desses dois hospitais, e também dos hospitais municipais, dos estaduais (Sumaré) e das várias Santas Casas de abrangência municipal. O Modelo de Contratualização da RAS-RMC e de seu Plano Diretor deverá obedecer aos princípios, aos conceitos e utilizar as ferramentas já apresentadas para os Contratos de Gestão.

No Estado de São Paulo, incluindo a RMC, o mais adequado processo de implantação de RAS é o da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O já citado documento editado pelo CONASS¹⁶⁸, sobre Avaliação da Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) oferece muitos subsídios para a implantação das RAS, como também para comparar as Redes de Urgência e Emergência em 7 estados da federação.

A estruturação da rede de serviços de urgência e emergência, sua regulação de acesso estabelecida a nível regional, sem se furtar ao aprimoramento da atenção primária e à implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passa a ser atribuição dos gestores. Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e as Centrais de Regulação Médica de Urgências passam a ter também um papel preponderante no encaminhamento e fluxo de pacientes com necessidades de ações de urgência e emergência.

Neste caso, é também imprescindível o pacto entre os gestores, desde a atenção básica até os níveis mais complexos de assistência. Com isso, as regiões podem garantir parte da média e a alta complexidade das ações de saúde regionais, neste âmbito.

¹⁶⁸ BRASIL. CONASS, 2015.

10.1. Recomendações para a RMC

A RMC, através de ações de governança por parte do gestor estadual e dos gestores municipais, precisa avançar na concretização da implantação e desenvolvimento da RAS – RMC, o que exige a contratualização adequada dos serviços de saúde.

Neste sentido, é necessário levar em conta o Projeto Renova SUS que a RMC remeteu ao Governo do Estado de São Paulo, o qual foi incorporado no âmbito do Projeto Saúde em Ação, financiado com recursos do BID e da SES – SP, cujo objetivo principal é contribuir para a melhoria das condições de saúde da população do Estado de São Paulo por meio da estruturação de serviços, segundo o modelo de redes regionais de saúde, visando ampliar o acesso, a qualidade e a integralidade dos serviços.

Entre os resultados esperados deste Programa se incluem: 1) o aumento da cobertura dos serviços, com capacidade resolutiva e integração da rede de saúde; e, 2) a melhoria do desempenho da gestão do sistema, com otimização dos recursos e melhor relação custo-efetividade dos serviços. Projetos pontuais têm sido implantados, mas sem considerar os avanços e as especificidades da Região Metropolitana de Campinas.

No que se refere à contratualização, regulação, avaliação e controle deve-se instalar um colegiado de gestores e gerentes de serviços especializados, de referência regional que, com o auxílio de técnicos de saúde contratados, possam promover os diferentes instrumentos de contratualização no âmbito dos gestores e destes com os diferentes equipamentos de saúde regionais, desde a atenção primária até a mais alta complexidade, considerando as necessidades de saúde e as condições patológicas mais prevalentes do ponto de vista epidemiológico.

Esta perspectiva de futuro requer trabalho permanente na busca de mecanismos e de soluções que permitam a implantação do modelo de gestão agora apresentado, em todos os seus níveis de complexidade, obedecendo ao conceito de redes assistenciais e suas linhas de cuidado.

Neste sentido a RMC é, sem dúvida, a que apresenta os maiores facilitadores para a implantação desse modelo. Os financiamentos internacionais que existem atualmente, e que possam ser complementados com financiamentos dos diferentes gestores do SUS – Federal, Estadual e Municipais - concorrerão para que parte substantiva de um Plano Diretor de Saúde da RMC possa ser implementado e alcançar novos resultados ao longo dos próximos anos.

Referências:

- ABDALLAH Paloma. Articulação Interfederativa: Processo de implantação do COAP em três Estados é apresentado em seminário. Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. Data de Cadastro: 04/02/2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/expogep/noticias-expogep/9357-processo-de-implantacao-do-coap-em-tres-estados-e-apresentado-em-seminario>. Acesso em 14/03/2016.
- AFONSO, Pedro Beja. Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9 (volume temático):59-64, 2010.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil, 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaregional/10.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/hospitais/complexo-hospitalar-ouro-verde-campinas>. Acesso em: 15/08/2016.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID). Programa de Fortalecimento da Gestão da Saúde no Estado de São Paulo. Regulamento Operacional do Programa (BR-L1376). Dezembro de 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/documentos/rop_revisao_2014.pdf. Acesso em: 14/03/2016.
- BERENGER, Mercedes Moreira. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS – SUS. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola Brasileira de Administração Pública, FGV. Rio de Janeiro, 1996.
- BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 24 ago. 2015.

- BRASIL. Medida provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1591.htm. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em: 15/08/2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 02 / 2015. Fiscalização de Orientação Centralizada na Regulação Assistencial do SUS – Tribunal de Contas da União Acórdão 1.189/2010 e Acórdão 182/2015. Brasília, 02 de março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2015/07/NT-02-2015.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 03/2015. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP. Brasília, 02 de março de 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-03-2015-COAP.pdf>. Acesso em: 14/03/2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 01/11/2015.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.
- BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília 2011.

BRASIL. Decreto no 3.100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei no 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3100.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 10/12/2015.

BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 10/12/2015.

BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em

termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9784.htm. Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm. Acesso em: 25/11/2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 883, de 5 de julho de 2010. Regulamenta o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/65717/portaria_rehuf.pdf/43686833-d346-489d-ab13-4a3a6b9cd075. Acesso em: 10/12/2015.

- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria interministerial nº 15, de 22 de maio de 1987. D.O. 96, de 26/5/87.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2010. Projeto Hospitais de Excelência. Programa de Desenvolvimento e Apoio à Gestão Hospital Samaritano. Análise do processo de implementação de políticas na área hospitalar do Ministério da Saúde: contratualização de hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil. Antônio Pires Barbosa (Coordenador), Sheyla Maria Lemos Lima, Margareth Crisóstomo Portela, Ana Maria Malik. Disponível em: [http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/Apresentacao_FGV\(3\).pdf](http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/Apresentacao_FGV(3).pdf). Acesso em: 10/12/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 96- "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão". D.O.U.de 6/11/1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1606, de 11 de setembro de 2001 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1606_11_09_2001.html. Acesso em: 14/03/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, 28 de junho de 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 14/03/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE-CONASS-CONASEMS. Oficina Nacional: Implantação do Decreto 7508 e aprimoramento do Pacto pela Saúde. Brasília, 22 e 23 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/acervo/arquivos/cit/2011/documento-decreto-apresentado-cit-24nov11>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559 de 1º de agosto de 2008. Publica a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as

Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/pri0285_24_03_2015.html. Acesso em: 10/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Com esta portaria revogavam-se parâmetros utilizados há mais de vinte anos, principalmente produzidos pelo INAMPS e publicados na Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 373 Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS 01 / 2002. Estabelece que os municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e Gestão Plena do Sistema Municipal. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 24 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 31 de maio de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1020_31_05_2002.html. Acesso em: 24 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993. D.O. 209, de 3/10/93. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/conv_c/. Acesso em: 31 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Institui incentivo financeiro para implementação de Complexos Reguladores. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://antigo.simesc.org.br/admin/uploads/61fa1b0cb7aa4d9f8aa504d5f95f6cd1.pdf>. Acesso em: 20/03/2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1746, de 02 de outubro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1746_02_10_2002.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2907_23_11_2009.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 / GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3277_22_12_2006_comp.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20/03/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 20/03/2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 358, de 22 de fevereiro de 2006. Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 31 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Conjunta N.º 01, de 16 de agosto de 1994. D.O. 157, de 17/8/94.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf. Acesso em: 24 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantronicos.pdf. Acesso em: 10/12/2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de Gestão em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.
- BRASIL. Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acesso em: 25/11/2015.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS / Tribunal de Contas da União; Ministro Relator: José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327A8CC1A51>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- CAMPINAS. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Contrato interno de gestão. Disponível em: <http://www.hmmg.sp.gov.br/?page_id=439. Acesso em: 15/08/2016.
- CAMPINAS. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Disponível em: <http://www.hmmg.sp.gov.br>. Acesso em: 15/08/2016.
- CAMPINAS. Lei Complementar nº 101 de 19 de março de 2015. Dispõe sobre a Qualificação de Entidades como Organizações Sociais e dá outras Providências. Disponível em: http://sapl.camaracampinas.sp.gov.br/sapl_documentos/norma_juridica/39220_texto_integral.pdf. Acesso em: 15/08/2016.
- CAVALCANTE FILHO, João Batista; FRANCO, Túlio Batista. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 63-86, mar. 2016.
- COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, ago. 2014.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Contratos de gestão. Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais.

Disponível em:
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 26ª ed. São Paulo: Atlas, 2013, p.78.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zenella. *Direito Administrativo*. 28 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2015.

DITTERICH, Rafael Gomes. et al . A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 207-220, Dec. 2015 .

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*.1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 9, p. 41-57, 2010.

FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Publica*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 62-67. abr./jun. 1992.

FELICIELLO, Domenico; ARAÚJO, Kátia Santos e TELLA, Carmen. Modelo de referência para as estruturas, processos e instrumentos necessários à estruturação, integração e qualificação das centrais de regulação do acesso da Região Metropolitana de Campinas. NEPP/ UNICAMP, 2012.

FELICIELLO, Domenico; LAVRAS, Carmen Cecília de C. A Implantação do Modelo Semiplena no Município de Campinas, 1996. In: VI Encontro de Pesquisadores da PUC-Campinas, 1997, Campinas - SP. Divulgado no Catálogo do VI Encontro de Pesquisadores da PUC-Campinas. Campinas: PUC-Campinas, 1997.

FERREIRA JÚNIOR, Walter C. Gerenciamento dos hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *Rev. de Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 243-64 Mar./Abr. 2003.

GADELHA, Carlos et al. *Nota Técnica Final do Estudo da Dimensão Territorial do PPA no Tema da Saúde*. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2007. (Mimeografado, 132 p.). apud ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fábíola Lana. *Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo*

- Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil, 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaregional/10.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- GARCIA, Ricardo Letizia e ARAÚJO, Daiane Elwanger. A. Contratualização e o seu impacto sobre a oferta de serviços de saúde em Hospitais de Ensino de Porto Alegre, RGS. Trabalho apresentado na 11a. Conferência Nacional de Economia da Saúde ocorrida na Cidade do Porto, Portugal, em 2009.
- GOMES, Cristina Angélica. Contratualização de Serviços de Saúde na SMS de Uberlândia-MG. Apresentação Power Point no SEMINÁRIO: “AVANÇOS E DESAFIOS DA CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS”. PESS NEPP Unicamp, dezembro 2014.
- GOMES, Fábio Bellote. Elementos de Direito Administrativo. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012
- LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015
- LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. - *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9): 2507 – 2521, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.
- MACHADO, Rosani Ramos et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Rev. Eletr. Enfermagem*, v.11, n.1, p. 181-7, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário. *ReAC – Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba*, v. 3, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.fat.edu.br/revistas/files/journals/1/articles/33/public/33-174-1-PB.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.
- MARTY, Inês Kultech. Primeiras Experiências de Contratos De Gestão Em Curitiba: Secretaria Municipal Da Saúde. IN: GIACOMINI, Carlos Homero (Org.)

Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009.p.43-55.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. Atualizado por Eurico de Andrade Azevedo, Décio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2003. Apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de orientações para contratação de serviços do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.p. 13.

MENDES, Eugênio Vilaça. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1º Seminário para construção de consensos. Rio de Janeiro, 2002.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Anexo técnico B do Contrato de Gestão: acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde - área de planejamento. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Pagamento_por_desempenho_novas_metas_2013.pdf. Acesso em: 09/09/2015.

NEY, Márcia Silveira. Sistemas de avaliação profissional no âmbito da contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde. 2014. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2014

NUNES, Eunice. Principais Sistemas de Saúde no Mundo. Blog. Disponível em: <http://auditsaude.com.br/blog.html>. Acesso em 09/09/2015.

OLIVEIRA, Hélio Domingos Custódio de. Contratualização em Cuidados de Saúde Primários. 2010. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2010. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf. Acesso em: 24 ago. 2015.

PUGIN, Simone Rossi e NASCIMENTO, Vania Barbosa. Principais Marcos das Mudanças Institucionais do Setor Saúde (1974-1996). Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - CEDEC Série Didática, nº 1 dezembro 1996. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati1.pdf. Acesso em:11/08/2015.

- QUEIROZ, Lúcia FN. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. *Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental*, v. 1, n. 1, 2004.
- SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. In: *Internal management contracts within the context of the Humanization Policy: experimenting with methodology within the reference frame of co-management*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.615-26, 2009.
- SANTOS, Andreia Cristina dos. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.
- SÃO PAULO (Estado). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP COSEMS-SP. Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis. s/data. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cenario-Hospitais-SP.pdf>. Acesso em: 15/08/016.
- SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em: 01/11/2015.
- SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei Complementar nº 3, de 17 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a qualificação de organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 1998; 19 fev. 1998.
- SÃO PAULO. Hospital Estadual Sumaré. Núcleo Central de Acompanhamento e Gestão dos Convênios SES/UNICAMP (NACSES). Disponível em <http://www.hes.unicamp.br/index.php>. Acesso em: 15/08/2016.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB - 232/2007. *Diário Oficial* nº 232 – DOE de 11/12/07. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.de.z.07/iels232/E_DL-CIB-232_2007.pdf. Acesso em: 15/08/016.

- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB - 51, de 22-9-2009. Diário Oficial nº 178 - DOE de 23/09/09 - Seção 1 - p. 32. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.set.09/iels177/E_DL-CIB-51_220909.pdf. Acesso em: 15/08/016.
- SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.
- SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

Anexos

ANEXO 1

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. TERCEIRO SETOR. MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. LEI Nº 9.637/98 E NOVA REDAÇÃO, CONFERIDA PELA LEI Nº 9.648/98, AO ART. 24, XXIV, DA LEI Nº 8.666/93.

ANEXO 2

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA APS DE PORTUGAL NO PERÍODO DE 2006 A 2010- INDICADORES, METAS E INCENTIVO INSTITUCIONAL.

ANEXO 3

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DESCRITAS NAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS (Inglaterra, Espanha, Austrália, Portugal, Canadá, Holanda, Alemanha, França e Estados Unidos da América)

ANEXO 4

INDICADORES PMAQ-AB MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 4A

QUADRO DE INDICADORES DE CUMPRIMENTO DA GESTÃO, MUNICÍPIO RJ. (Variável 1).

ANEXO 4B

QUADRO DESCRITIVO DOS INDICADORES PRODUÇÃO NO ÂMBITO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MUNICÍPIO RJ. (Variável 2)

ANEXO 4C

QUADRO DOS INDICADORES INCENTIVO À GESTÃO DA CLÍNICA, MUNICÍPIO RJ. (variável 3)

ANEXO 1

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. TERCEIRO SETOR. MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. LEI Nº 9.637/98 E NOVA REDAÇÃO, CONFERIDA PELA LEI Nº 9.648/98, AO ART. 24, XXIV, DA LEI Nº 8.666/93.

ADIN nº 1.923/DF Relator Min. Ayres Britto

Requerentes: Partido dos Trabalhadores – PT e Partido Democrático Trabalhista – PDT

Requeridos: Presidente da República e Congresso Nacional

Interessados: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Academia Brasileira de Ciências e Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde públicos, conveniados, contratados e/ou consorciados ao SUS e previdência do Estado do Paraná – SINDSAÚDE/PR **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE.**

CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. TERCEIRO SETOR. MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. LEI Nº 9.637/98 E NOVA REDAÇÃO, CONFERIDA PELA LEI Nº 9.648/98, AO ART. 24, XXIV, DA LEI Nº 8.666/93. MOLDURA CONSTITUCIONAL DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO DOMÍNIO ECONÔMICO E SOCIAL. SERVIÇOS PÚBLICOS SOCIAIS. SAÚDE (ART. 199, CAPUT), EDUCAÇÃO (ART. 209, CAPUT), CULTURA (ART. 215), DESPORTO E LAZER (ART. 217), CIÊNCIA E TECNOLOGIA (ART. 218) E MEIO AMBIENTE (ART. 225). ATIVIDADES CUJA TITULARIDADE É COMPARTILHADA ENTRE O PODER PÚBLICO E A SOCIEDADE. DISCIPLINA DE INSTRUMENTO DE COLABORAÇÃO PÚBLICO PRIVADA. INTERVENÇÃO INDIRETA. ATIVIDADE DE FOMENTO PÚBLICO. INEXISTÊNCIA DE RENÚNCIA AOS DEVERES ESTATAIS DE AGIR. MARGEM DE CONFORMAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE ATRIBUÍDA AOS AGENTES POLÍTICOS DEMOCRATICAMENTE ELEITOS. PRINCÍPIOS DA CONSENSUALIDADE E DA PARTICIPAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO ART. 175, CAPUT, DA CONSTITUIÇÃO. EXTINÇÃO PONTUAL DE ENTIDADES PÚBLICAS QUE APENAS CONCRETIZA O NOVO MODELO. INDIFERENÇA DO FATOR TEMPORAL. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO DEVER CONSTITUCIONAL DE LICITAÇÃO (CF, ART. 37, XXI). PROCEDIMENTO DE QUALIFICAÇÃO

QUE CONFIGURA HIPÓTESE DE CREDENCIAMENTO. COMPETÊNCIA DISCRICIONÁRIA QUE DEVE SER SUBMETIDA AOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA PUBLICIDADE, MORALIDADE, EFICIÊNCIA E IMPESSOALIDADE, À LUZ DE CRITÉRIOS OBJETIVOS (CF, ART. 37, CAPUT). INEXISTÊNCIA 2 DE PERMISSIVO À ARBITRARIEDADE. CONTRATO DE GESTÃO. NATUREZA DE CONVÊNIO. CELEBRAÇÃO NECESSARIAMENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO OBJETIVO E IMPESSOAL. CONSTITUCIONALIDADE DA DISPENSA DE LICITAÇÃO INSTITUÍDA PELA NOVA REDAÇÃO DO ART. 24, XXIV, DA LEI DE LICITAÇÕES E PELO ART. 12, §3º, DA LEI Nº 9.637/98. FUNÇÃO REGULATÓRIA DA LICITAÇÃO. OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA IMPESSOALIDADE, DA PUBLICIDADE, DA EFICIÊNCIA E DA MOTIVAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE DE EXIGÊNCIA DE LICITAÇÃO PARA OS CONTRATOS CELEBRADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COM TERCEIROS. OBSERVÂNCIA DO NÚCLEO ESSENCIAL DOS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (CF, ART. 37, CAPUT). REGULAMENTO PRÓPRIO PARA CONTRATAÇÕES. INEXISTÊNCIA DE DEVER DE REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPREGADOS. INCIDÊNCIA DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA IMPESSOALIDADE, ATRAVÉS DE PROCEDIMENTO OBJETIVO. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS DOS SERVIDORES PÚBLICOS CEDIDOS. PRESERVAÇÃO DO REGIME REMUNERATÓRIO DA ORIGEM. AUSÊNCIA DE SUBMISSÃO AO PRINCÍPIO DA LEGALIDADE PARA O PAGAMENTO DE VERBAS, POR ENTIDADE PRIVADA, A SERVIDORES. INTERPRETAÇÃO DOS ARTS. 37, X, E 169, §1º, DA CONSTITUIÇÃO. CONTROLES PELO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO E PELO MINISTÉRIO PÚBLICO. PRESERVAÇÃO DO ÂMBITO CONSTITUCIONALMENTE DE DEFINIDO PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE EXTERNO (CF, ARTS. 70, 71, 74 E 127 E SEQUINTE). INTERFERÊNCIA ESTATAL EM ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES PRIVADAS (CF, ART. 5º, XVII E XVIII). CONDICIONAMENTO À ADESÃO VOLUNTÁRIA DA ENTIDADE PRIVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À CONSTITUIÇÃO. AÇÃO DIRETA JULGADA PARCIALMENTE PROCEDENTE PARA CONFERIR INTERPRETAÇÃO CONFORME AOS DIPLOMAS IMPUGNADOS.

1. A atuação da Corte Constitucional não pode traduzir forma de engessamento e de cristalização de um determinado modelo pré-concebido de Estado, impedindo que, nos limites constitucionalmente assegurados, as maiorias políticas prevaletentes no

jogo democrático pluralista possam pôr em prática seus projetos de governo, 3 moldando o perfil e o instrumental do poder público conforme a vontade coletiva.

2. Os setores de saúde (CF, art. 199, caput), educação (CF, art. 209, caput), cultura (CF, art. 215), desporto e lazer (CF, art. 217), ciência e tecnologia (CF, art. 218) e meio ambiente (CF, art. 225) configuram serviços públicos sociais, em relação aos quais a Constituição, ao mencionar que “são deveres do Estado e da Sociedade” e que são “livres à iniciativa privada”, permite a atuação, por direito próprio, dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, in casu, o art. 175, caput, da Constituição.

3. A atuação do poder público no domínio econômico e social pode ser viabilizada por intervenção direta ou indireta, disponibilizando utilidades materiais aos beneficiários, no primeiro caso, ou fazendo uso, no segundo caso, de seu instrumental jurídico para induzir que os particulares executem atividades de interesses públicos através da regulação, com coercitividade, ou através do fomento, pelo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários.

4. Em qualquer caso, o cumprimento efetivo dos deveres constitucionais de atuação estará, invariavelmente, submetido ao que a doutrina contemporânea denomina de controle da Administração Pública sob o ângulo do resultado (Diogo de Figueiredo Moreira Neto).

5. O marco legal das Organizações Sociais inclina-se para a atividade de fomento público no domínio dos serviços sociais, entendida tal atividade como a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais, em observância aos princípios da consensualidade e da participação na Administração Pública.

6. A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão, o que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem que isso configure qualquer forma de renúncia aos deveres constitucionais de atuação.

7. Na essência, preside a execução deste programa de ação institucional a lógica, que prevaleceu no jogo democrático, de que a atuação privada pode ser mais eficiente do que a pública em determinados domínios, dada a agilidade e a flexibilidade que marcam o regime de direito privado.

8. Os arts. 18 a 22 da Lei nº 9.637/98 apenas concentram a decisão política, que poderia ser validamente feita no 4 futuro, de afastar a atuação de entidades públicas através da intervenção direta para privilegiar a escolha pela busca dos mesmos fins através da indução e do fomento de atores privados, razão pela qual a extinção das entidades mencionadas nos dispositivos não afronta a Constituição, dada a irrelevância do fator tempo na opção pelo modelo de fomento – se simultaneamente ou após a edição da Lei.

9. O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “organização social”, para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI).

10. A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo incluyente, e não excluyente.

11. A previsão de competência discricionária no art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98 no que pertine à qualificação tem de ser interpretada sob o influxo da principiologia constitucional, em especial aos princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CF, art. 37, caput). É de se ter por vedada, assim, qualquer forma de arbitrariedade, de modo que o indeferimento do requerimento de qualificação, além de pautado pela publicidade, transparência e motivação, deve observar critérios objetivos fixados em ato regulamentar expedido em obediência ao art. 20 da Lei nº 9.637/98, concretizando de forma homogênea as diretrizes contidas nos inc. I a III do dispositivo.

12. A figura do contrato de gestão configura hipótese de convênio, por consubstanciar a conjugação de esforços com plena harmonia entre as posições subjetivas, que buscam um negócio verdadeiramente associativo, e não comutativo, para o atingimento de um objetivo comum aos interessados: a realização de serviços de saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia, razão pela qual se encontram fora do âmbito de incidência do art. 37, XXI, da CF.

13. Diante, porém, de um cenário de escassez de bens, recursos e servidores públicos, no qual o contrato de gestão firmado com uma entidade privada termina

por excluir, por consequência, a mesma pretensão veiculada 5 pelos demais particulares em idêntica situação, todos almejando a posição subjetiva de parceiro privado, impõe-se que o Poder Público conduza a celebração do contrato de gestão por um procedimento público impessoal e pautado por critérios objetivos, por força da incidência direta dos princípios constitucionais da impessoalidade, da publicidade e da eficiência na Administração Pública (CF, art. 37, caput).

14. As dispensas de licitação instituídas nos arts. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 e no art. 12, §3º, da Lei nº 9.637/98 têm a finalidade que a doutrina contemporânea denomina de função regulatória da licitação, através da qual a licitação passa a ser também vista como mecanismo de indução de determinadas práticas sociais benéficas, fomentando a atuação de organizações sociais que já ostentem, à época da contratação, o título de qualificação, e que por isso sejam reconhecidamente colaboradoras do Poder Público no desempenho dos deveres constitucionais no campo dos serviços sociais. O afastamento do certame licitatório não exime, porém, o administrador público da observância dos princípios constitucionais, de modo que a contratação direta deve observar critérios objetivos e impessoais, com publicidade de forma a permitir o acesso a todos os interessados.

15. As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos.

16. Os empregados das Organizações Sociais não são servidores públicos, mas sim empregados privados, por isso que sua remuneração não deve ter base em lei (CF, art. 37, X), mas nos contratos de trabalho firmados consensualmente. Por identidade de razões, também não se aplica às Organizações Sociais a exigência de concurso público (CF, art. 37, II), mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática através de um procedimento objetivo e impessoal.

17. Inexiste violação aos direitos dos servidores públicos cedidos às organizações sociais, na medida em que preservado o paradigma com o cargo de origem, sendo

desnecessária a previsão em lei para que verbas de natureza privada sejam pagas pelas organizações sociais, sob pena de afronta à própria lógica de eficiência e de flexibilidade que inspiraram a criação do novo modelo.

18. O âmbito constitucionalmente definido para o controle a ser exercido pelo Tribunal de Contas da União (CF, art. 70, 71 e 74) e pelo Ministério Público (CF, arts. 127 e seguintes) não é de qualquer forma restringido pelo art. 4º, caput, da Lei nº 9.637/98, porquanto dirigido à estruturação interna da organização social, e pelo art. 10 do mesmo diploma, na medida em que trata apenas do dever de representação dos responsáveis pela fiscalização, sem mitigar a atuação de ofício dos órgãos constitucionais.

19. A previsão de percentual de representantes do poder público no Conselho de Administração das organizações sociais não encerra violação ao art. 5º, XVII e XVIII, da Constituição Federal, uma vez que dependente, para concretizar-se, de adesão voluntária das entidades privadas às regras do marco legal do Terceiro Setor.

20. Ação direta de inconstitucionalidade cujo pedido é julgado parcialmente procedente, para conferir interpretação conforme à Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art. 24, XXIV da Lei nº 8.666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que: (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98; (ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, §3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e (vi) para afastar qualquer interpretação que 7 restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas

VOTO-VISTA

O Senhor Ministro Luiz Fux:

1. O Partido dos Trabalhadores – PT e o Partido Democrático Trabalhista – PDT ajuizaram a presente ADIN postulando a declaração de inconstitucionalidade, na íntegra, da Lei nº 9.637/98, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”. Formulam, ainda, pedido de declaração de inconstitucionalidade da redação do art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93, conferida pela Lei nº 9.648/98, prevendo a dispensa de licitação “para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão”.

2. Alegam os autores, em síntese, que o regime jurídico das Organizações Sociais, instituído pelos diplomas impugnados, ao transferir responsabilidades do Poder Público para o setor privado, teria incorrido nas seguintes violações à Constituição Federal:

(i) ofensa aos deveres de prestação de serviços públicos de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência (CF, arts. 23, 196, 197, 199, § 1º, 205, 206, 208, 209, 215, 216, § 1º, 218 e 225): a transferência de responsabilidade pela atuação nos setores apontados, do Poder Público para os particulares, representaria burla aos deveres constitucionais de atuação da Administração Pública. A atuação privada nesses casos, segundo a Constituição, dar-se-ia apenas de modo complementar, sem substituir o Estado. A Lei das OS's, porém, na ótica dos autores da ADIN, acaba transferindo recursos, servidores e bens públicos a particulares, o que configuraria verdadeira substituição da atuação do Poder Público. Essa fraude à Constituição interfere imediatamente no regime da atividade a ser prestada: enquanto exercida pelo Poder Público, a natureza seria de serviço público, submetida, portanto, ao regime de direito público; quando prestada pelo particular, tal atividade seria atividade econômica em sentido estrito, prestada sob regime de direito privado. Deste modo, a criação das OS's configuraria apenas uma tentativa de escapar do regime jurídico de direito público;

(ii) violação à impessoalidade e interferência indevida do Estado em associações (CF, arts. 5º, XVII e XVIII, e 37, caput): a Lei impugnada não prevê a exigência de que o processo de qualificação das OS's seja conduzido de modo impessoal

pela Administração Pública, dando margem à prática de arbitrariedades em descompasso com o princípio constitucional da impessoalidade. Além disso, o art. 3º da Lei define que a estrutura do conselho de administração das OS's deverá ser integrada por um percentual de representantes do Poder Público, como condição para o deferimento da qualificação, configurando interferência inconstitucional no domínio das associações privadas;

(iii) descumprimento do dever de licitação (CF, arts. 22, XXVII, 37, XXI, e 175): por receberem recursos públicos, as OS's não poderiam se furtar à observância da regra da licitação. Os arts. 4º, VIII, e 17 da Lei nº 9.637/98, porém, prevêem que tais entidades editarão regulamentos próprios para contratação de obras e serviços com dinheiro público. De outro lado, o art. 12, § 3º, da mesma Lei prevê que a permissão de uso de bem público poderá ser outorgada à Organização Social, pelo Poder Público, com dispensa de licitação. Além disso, a Lei nº 9.648/98, em seu art. 1º, alterou a Lei nº 8.666/93 para instituir dispensa de licitação (Art. 24, XXIV) para que o Poder Público contrate a OS para a prestação de serviços relacionados às “atividades contempladas no contrato de gestão”, o que quebra a lógica isonômica que preside o certame licitatório. Por fim, a própria execução das atividades da OS, através da celebração do contrato de gestão, violaria, segundo os autores, a regra constitucional de licitação para a delegação de serviços públicos (CF, art. 175, caput); 9 (iv) ofensa aos princípios da legalidade e do concurso público na gestão de pessoal (CF, art. 37, II e X, e 169): a Lei das OS's prevê que a própria entidade, como condição para a celebração de contrato de gestão, fixará, por seu Conselho de Administração, a remuneração dos membros de sua diretoria, a estrutura de seus cargos e, através de regulamento, o plano de cargos, salários e benefícios de seus empregados (art. 4º, V, VII e VIII). Caberá, ainda, ao contrato de gestão estabelecer limites e critérios para as despesas com pessoal (art. 7º, II). Tais normas desconsideram a exigência de lei formal para o regime jurídico dos servidores públicos, além de tomarem como pressuposto a desnecessidade de concurso público para a contratação de pessoal nas Organizações Sociais; (v) descumprimento de direitos previdenciários dos servidores (CF, art. 40, caput e § 4º): na cessão de servidores públicos à OS, não caberá, segundo a Lei, a incorporação à remuneração de qualquer vantagem que àqueles venha a ser paga pela entidade privada (art. 14, § 1º). Por consequência, essas verbas não seriam levadas em conta “para fins de cálculo dos proventos de inatividade”, ferindo o direito à integralidade e à paridade dos inativos; (vi) insubmissão a controles externos (CF, art. 70, 71 e 74): o caput do art. 4º da Lei, ao listar as “atribuições privativas do conselho de administração”, conduz à

interpretação de excluir o controle do Tribunal de Contas da União sobre a aplicação dos recursos públicos; e (vii) restrição da atuação do Ministério Público (CF, art. 129): o art. 10 da Lei, ao condicionar a determinados requisitos a atuação fiscalizadora do MP sobre as OS's – gravidade dos fatos e interesse público –, teria incorrido em inconstitucionalidade à luz do art. 129 da CF, que não toleraria restrições.

3. Prestadas as informações pelas autoridades que editaram os atos impugnados (fls. 151 e segs.), e após a manifestação do Advogado-Geral da União (fls. 186 e segs.), o Plenário deste Supremo Tribunal Federal, em julgamento iniciado em 24 10 de junho de 1999 e concluído em 01 de agosto de 2007, indeferiu, por maioria, a medida cautelar requerida pelos autores (fls. 264 e segs.), conforme ementa assim lavrada:

MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI N. 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1.998. QUALIFICAÇÃO DE ENTIDADES COMO ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. INCISO XXIV DO ARTIGO 24 DA LEI N. 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1.993, COM A REDAÇÃO CONFERIDA PELA LEI N. 9.648, DE 27 DE MAIO DE 1.998. DISPENSA DE LICITAÇÃO. ALEGAÇÃO DE AFRONTA AO DISPOSTO NOS ARTIGOS 5º; 22; 23; 37; 40; 49; 70; 71; 74, § 1º E 2º; 129; 169, § 1º; 175, CAPUT; 194; 196; 197; 199, § 1º; 205; 206; 208, § 1º E 2º; 211, § 1º; 213; 215, CAPUT; 216; 218, §§ 1º, 2º, 3º E 5º; 225, § 1º, E 209. INDEFERIMENTO DA MEDIDA CAUTELAR EM RAZÃO DE DESCARACTERIZAÇÃO DO PERICULUM IN MORA. 1. Organizações Sociais --- pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, direcionadas ao exercício de atividades referentes a ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. 2. Afastamento, no caso, em sede de medida cautelar, do exame das razões atinentes ao *fumus boni iuris*. O *periculum in mora* não resulta no caso caracterizado, seja mercê do transcurso do tempo --- os atos normativos impugnados foram publicados em 1.998 --- seja porque no exame do mérito poder-se-á modular efeitos do que vier a ser decidido, inclusive com a definição de sentença aditiva. 3. Circunstâncias que não justificariam a concessão do pedido liminar. 4. Medida cautelar indeferida. (ADI 1923 MC, Relator(a): Min. ILMAR GALVÃO, Relator(a) p/ Acórdão: Min. EROS GRAU (ART.38,IV,b, DO RISTF), Tribunal Pleno, julgado em 01/08/2007, DJe-106 DIVULG-20-09-2007 PUBLIC- 21-09-2007 DJ 21-09-2007 PP-00020 EMENT VOL-02290-01 PP-00078 RTJ VOL-00204-02 PP-00575)

4. No curso do processo, requereram ingresso no feito, em petição conjunta, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e a Academia Brasileira de Ciências, defendendo a constitucionalidade das leis impugnadas. Intervieram, ainda, o Sindicato dos Trabalhadores Públicos de Saúde no Estado de São Paulo/SINDSAÚDE/SP e o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, sustentando a invalidade do modelo institucional das Organizações Sociais, em petições que restaram juntadas por linha aos presentes autos.

5. Nova manifestação foi trazida aos autos pelo Advogado-Geral da União (fls. 406 e segs.), após o que se seguiu o parecer do Procurador-Geral da República à 11 época, Exmo. Sr. Antônio Fernando Barros e Silva de Souza, opinando pela procedência parcial do pedido (fls. 429-452) para (i) reputar imprescindível que a opção política pelo modelo de atuação pública através do contrato de gestão seja precedido de processo decisório dotado de publicidade, acessível aos interessados; (ii) afirmar a inconstitucionalidade do condicionamento da qualificação a critérios discricionários, do que decorreria a invalidade da expressão “quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social” constante do art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98; (iii) asseverar a inconstitucionalidade da dispensa de licitação prevista no art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93, porquanto incompatível com a lógica da eficiência que o próprio modelo das organizações sociais pretende promover; e (iv) ratificar a incidência, sem qualquer restrição, do exercício das atividades de controle pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da União.

6. O eminente Min. Relator Ayres Britto, ao trazer o feito a julgamento na sessão plenária de 07 de abril de 2011, votou pela procedência parcial dos pedidos. Após afirmar que, no campo dos serviços públicos, o Estado é ator por excelência, ressaltou a existência, na Constituição Federal, de serviços públicos não exclusivos, cujo exercício pode se dar também por particulares, de modo que “se prestadas pelo setor público, são atividades públicas de regime jurídico igualmente público”, e “se prestadas pela iniciativa privada, óbvio que são atividades privadas, porém sob o timbre da relevância pública”, citando como exemplos as disposições constantes dos arts. 194 – seguridade social –, 197, 199, §§ 1º e 2º – saúde –, 202, caput e § 3º – previdência privada –, 205, 209, caput, 213, caput e §§ 1º e 2º – educação –, 216, §1º – cultura –, 218, caput e § 4º – desenvolvimento científico, pesquisa e capacitação tecnológicas –, dentre outros.

7. Na sequência, asseverou o Min. Relator que, no campo dos serviços públicos não exclusivos, a atuação da iniciativa privada ocorreria de modo complementar, sem substituir a ação do poder público. Disso decorreria a inconstitucionalidade dos arts. 18 a 22 da Lei nº 9.637/98, eis que, ao extinguirem entidades públicas e

determinarem a absorção de suas atividades por organizações sociais, configurariam verdadeira substituição do Estado, reservando a este o mero papel de indutor, fiscalizador e regulador, o que seria próprio apenas às atividades econômicas, e não aos serviços públicos. Entendeu o Min. Relator por modular, no 12 ponto, os efeitos da declaração de inconstitucionalidade, preservando os atos praticados até o momento com base no diploma legal.

8. No que pertine, por sua vez, ao modelo geral das Organizações Sociais instituído pela Lei, ressaltou o Min. Relator a circunstância de o contrato de gestão, com a típica natureza de convênio, configurar forma de parceria entre o Estado e os particulares, de modo que, através do repasse de recursos e bens públicos, estaria aquele fomentando a atuação de particulares em áreas dotadas de relevância pública. A natureza de convênio, ainda, afastaria a pecha de inconstitucionalidade com relação às dispensas de licitação previstas no art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 e no art. 12, § 3º, da Lei nº 9.637/98, desde que observados, invariavelmente, os princípios da impessoalidade, da publicidade e da eficiência, através de um processo público e objetivo para a qualificação das entidades e para as parcerias a serem firmadas, razão pela qual conferiu interpretação conforme aos referidos dispositivos e, ainda, aos arts. 5º, 6º e 7º da Lei, resguardando, em todas as hipóteses, o controle do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União à luz da Constituição.

9. Afirmou, nessa mesma linha, a inconstitucionalidade da expressão “quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social” constante do art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98, porquanto, ao conferir competência discricionária ao Poder Executivo, mostrar-se-ia incompatível com a objetividade que deve presidir o procedimento de qualificação. Por fim, após considerar que, por não serem funcionários públicos, aos empregados permanentes das Organizações Sociais não seriam aplicáveis os princípios da legalidade na remuneração e do concurso para admissão, reputou inconstitucional a expressão “com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria”, constante do § 2º do art. 14 da Lei nº 9.637/98, e, por conseqüência, o § 1º do mesmo dispositivo, na medida em que, com relação aos servidores públicos cedidos às entidades privadas, não seria possível o pagamento de qualquer verba, ainda que privada, sem previsão em lei.

10. Feito o relato do ocorrido até o momento, passo a votar.

11. A solução das questões suscitadas na inicial da presente ação depende de uma profunda reflexão sobre a moldura constitucionalmente fixada para a atuação dos poderes públicos em campos sensíveis como saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia, referidos no art. 1º da Lei nº 9.637/98,

todos muito caros ao projeto coletivo de condução da República Federativa do Brasil rumo à construção de uma sociedade livre, justa e solidária (CF, art. 3º, I). E ainda que os olhos sejam postos na relevância de que se revestem tais atividades, é preciso que se enxergue o tema sem as amarras de uma pré-compreensão rígida de um modelo específico de Estado, supostamente avesso mesmo às manifestações de vontade que o povo, por seus representantes eleitos, traga a público diante da evolução provocada pelo passar dos anos.

12. É preciso, em outras palavras, identificar o que é constitucionalmente exigido, imposto de forma invariável, e, de outro lado, aquilo que é constitucionalmente deixado à escolha das maiorias políticas prevaletentes, para que possam moldar a intervenção do Estado nos domínios sociais à luz da vontade coletiva legitimamente predominante. Com efeito, ao mesmo tempo em que a Constituição exerce o papel de tutelar consensos mínimos, as suas normas têm de ser interpretadas de modo a viabilizar que, no campo permitido por suas balizas, sejam postos em prática projetos políticos divergentes, como fruto do pluralismo político que marca a sociedade brasileira (CF, art. 1º, V).

13. Firmadas essas premissas teóricas, deve-se analisar o modo como o texto constitucional alude ao tema em exame na presente ação. Com efeito, a Constituição, quando se refere aos setores de cultura (CF, art. 215), desporto e lazer (CF, art. 217), ciência e tecnologia (CF, art. 218) e meio ambiente (CF, art. 225), afirma que tais atividades são deveres do Estado e da Sociedade. Faz o mesmo, em termos não idênticos, em relação à saúde (CF, art. 199, caput) e à educação (CF, art. 209, caput), afirmando, ao lado do dever de o Estado de atuar, que tais atividades são “livres à iniciativa privada”.

14. Referidos setores de atuação do Poder Público são denominados, na teoria do direito administrativo econômico, serviços públicos sociais, em contraposição aos típicos serviços públicos industriais, como se passa com o fornecimento de energia elétrica ou com os serviços de telecomunicações. Por força das disposições constitucionais antes mencionadas, o regime jurídico de tal gênero de atividades, quanto à titularidade, configura o que a doutrina contemporânea tem denominado de serviços públicos compartilhados², serviços públicos não privativos³, ou serviços públicos não exclusivos⁴: poder público e iniciativa privada podem, simultaneamente, exercê-las por direito próprio, porquanto de titularidade de ambos. Em outras palavras, e ao contrário do que ocorre com os serviços públicos privativos, pode o particular exercer tais atividades independentemente de qualquer ato negocial de delegação pelo Poder Público, de que seriam exemplos os

instrumentos da concessão e da permissão, mencionados no art. 175, caput, da CF. 15.

15- Se exercidas tais atividades pelo Poder Público, assumem elas, inquestionavelmente, a natureza de serviços públicos. Quando prestadas, ao contrário, diretamente pelos particulares, a qualificação de tais atividades está sujeita a polêmica no terreno doutrinário. Há quem entenda se tratar, ainda assim, de serviço público, uma vez que o perfil material da atividade não poderia ser afastado pela mudança apenas de seu executor, que diz respeito somente ao ângulo subjetivo. Há, no sentido diametralmente oposto, quem entenda tratar-se de atividade econômica em sentido estrito, caracterizada pela preponderância da livre iniciativa, já que ausente o Poder Público na prestação, devendo prevalecer o perfil subjetivo para a definição do respectivo regime jurídico. Por fim, há posição intermediária que define tais atividades, quando prestadas pelo particular, como atividade econômica de interesse público, sujeita à incidência de um marco regulatório mais intenso do que as meras atividades econômicas em sentido estrito, porém menos intensa do que a cabível no âmbito dos serviços públicos propriamente ditos.

16. Esta Corte Suprema já se posicionou sobre o tema, afirmando que os serviços de educação, exemplo típico de serviço público social e não privativo, ainda quando prestados pelo particular por direito próprio, configuram serviços públicos, aderindo, portanto, à primeira corrente mencionada acima. Confira-se o precedente, relatado pelo Min. Eros Grau: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI N. 6.584/94 DO ESTADO DA BAHIA. ADOÇÃO DE MATERIAL ESCOLAR E LIVROS DIDÁTICOS PELOS ESTABELECIMENTOS PARTICULARES DE ENSINO. SERVIÇO PÚBLICO. VÍCIO FORMAL. INEXISTÊNCIA. 1. Os serviços de educação, seja os prestados pelo Estado, seja os prestados por particulares, configuram serviço público não privativo, podendo ser prestados pelo setor privado independentemente de concessão, permissão ou autorização. 2. Tratando se de serviço público, incumbe às entidades educacionais particulares, na sua prestação, rigorosamente acatar as normas gerais de educação nacional e as dispostas pelo Estado-membro, no exercício de competência legislativa suplementar (§2º do ar. 24 da Constituição do Brasil). 3. Pedido de declaração de inconstitucionalidade julgado improcedente. (ADI 1266, Relator(a): Min. EROS GRAU, Tribunal Pleno, julgado em 06/04/2005, DJ 23-09-2005 PP-00006 EMENT VOL- 02206-1 PP-00095 LEXSTF v. 27, n. 322, 2005, p. 27-36)

17. Essas considerações tornam, em primeiro lugar, inaplicável ao caso o art. 175 da Constituição, que prevê a delegação de serviços públicos por permissão ou

concessão, sempre condicionada à licitação. Ora, essa regra geral, dirigida aos serviços públicos exclusivos ou privativos – como energia elétrica ou telecomunicações (CF, art. 21, XI e XII, ‘b’) –, não pode suprimir o âmbito normativo das diversas regras específicas, previstas também na Constituição, com relação às atividades definidas como serviços públicos não privativos. Os dois regimes jurídicos não podem ser confundidos. E é por força de tais regras específicas – arts. 199, 209, 215, 217, 218 e 225, todos da CF –, que o particular atua por direito próprio nessas searas, sendo totalmente descabida a exigência de licitação para que, repita-se, o particular possa fazer justamente aquilo que sempre lhe era lícito executar, por serem “livres à iniciativa privada” e/ou “deveres da Sociedade”, respeitadas as balizas que a própria Constituição já impõe quanto ao conteúdo material do regime jurídico dessas atividades. 16

18. Em suma, portanto, do próprio regime jurídico constitucional de tais atividades se extrai que as Organizações Sociais, quando se dirigem “ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º, caput, da Lei), não atuam por força do contrato de gestão ou por qualquer espécie de delegação, mas sim por direito próprio. A rigor, a Lei das Organizações Sociais não delega, no sentido próprio do termo, serviços públicos, o que torna a matéria fora do âmbito normativo do art. 175 da CF. O que a Lei em causa pretendeu promover, muito pelo contrário, foi somente a instituição de um sistema de fomento, de incentivo a que tais atividades fossem desempenhadas de forma eficiente por particulares, através da colaboração público-privada instrumentalizada no contrato de gestão. E é nesse ponto da concretização da atividade de fomento que, supostamente, configuram-se todas as demais inconstitucionalidades alegadas na inicial.

19. Antes, porém, cabe analisar, a alegação de que a Lei das Organizações Sociais representaria um abandono, pelo Poder Público, de seus deveres constitucionais de atuação nos setores elencados no art. 1º da Lei. Não é isto o que ocorre, na realidade. Com efeito, a intervenção do Estado no domínio econômico e social pode ocorrer de forma direta ou indireta, como ensina Floriano Azevedo Marques Neto⁵: enquanto na primeira hipótese cabe ao aparelho estatal a disponibilização de utilidades materiais aos beneficiários, na segunda hipótese o Estado faz uso de seu instrumental jurídico para estimular a que os próprios particulares executem atividades de interesses públicos, seja através da regulação, com coercitividade, seja através do fomento, fazendo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários.

20. Como regra, cabe aos agentes eleitos a definição de qual modelo de intervenção, direta ou indireta, será mais eficaz no atingimento das metas coletivas conclamadas pela sociedade brasileira, definindo o modelo de atuação que se mostre mais consentâneo com o projeto político vencedor do pleito eleitoral. Foi com base nisso que, principalmente no curso do século passado, preponderou a intervenção direta do Estado em diversos setores sociais, como consequência dos ideais que circundavam a noção de Estado Social.

21. Mais recentemente, porém, o modelo atual de Estado, diante das exigências formais do regime jurídico público tradicional e do agigantamento do aparelho estrutural administrativo, muitas vezes tem se inclinado para a atuação indireta, por regulação, indução e através do fomento público (art. 174, caput, da CF, que dispõe de forma genérica sobre a regulação, a fiscalização, o incentivo e o planejamento estatais no âmbito das atividades econômicas). Sinal claro dessa tendência consiste nos programas de privatização e de desestatização, que povoaram o Brasil na década de noventa, e na crescente relevância atribuída pela legislação às denominadas agências reguladoras, cujo modelo institucional já recebeu a chancela desta Corte Suprema no julgamento das ADIn's nº 1.668/DF, Rel. Min. Marco Aurelio, e 1.949-MC/RS, Rel. Min. Sepúlveda Pertence.

22. Assim, nos dois momentos, o que resultou foi a vontade preponderante manifestada nos canais democráticos, sem que a Constituição fosse lida como a cristalização de um modelo único e engessado a respeito da intervenção do Estado no domínio econômico e social⁶. E é justamente dessa forma, optando pelo fomento acompanhado de uma regulação intensa, que os serviços públicos sociais ainda continuarão a ser efetivados pelo Estado brasileiro após a vigência da Lei nº 9.637/98 – e como de fato vêm sendo –, através da colaboração público-privado.

23. Em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com setores particularmente sensíveis como saúde (CF, art. 199, §2º, interpretado a contrario sensu – “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”) e educação (CF, art. 213 – “Os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos a escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas, definidas em lei, que: I - comprovem finalidade não-lucrativa e apliquem seus excedentes financeiros em educação; II - assegurem a destinação de seu patrimônio a outra escola comunitária, filantrópica ou confessional, ou ao Poder Público, no caso de

encerramento de suas atividades”), mas que se estende por identidade de razões a todos os serviços sociais.

24. Disso se extrai que cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado⁷. Daí porque não há inconstitucionalidade na opção, manifestada pela Lei das OS's, publicada em março de 1998, e posteriormente reiterada com a edição, em maio de 1999, da Lei nº 9.790/99, que trata das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelo foco no fomento para o atingimento de determinados deveres estatais.

25. Do ponto de vista conceitual, o fomento é a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais. Diogo de Figueiredo Moreira Neto, ao tratar do tema, afirma que “o fomento público, conduzido com liberdade de opção, tem elevado alcance pedagógico e integrador, podendo ser considerado, para um futuro ainda longínquo, a atividade mais importante e mais nobre do Estado”, porquanto fortemente calcada na efetivação do princípio da consensualidade e da participação no direito administrativo.

26. A finalidade de fomento, *in casu*, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão. Este mesmo contrato de gestão, por outro lado, será o instrumento consensual que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, em uma versão branda da conhecida regulação, temperada pelo princípio da consensualidade e pela participação dos administrados. Além disso, a regulação ainda incidirá da forma tradicional, pela imposição de deveres definidos em leis ou atos infralegais, tal como decidido por este STF acerca da educação, mesmo quando desempenhada por particulares, na acima citada ADIn nº 1.266, Rel. Min. Eros Grau, mitigando a predominância do princípio da livre iniciativa pela possibilidade de incidência de regulação estatal.

27. A própria Lei nº 9.637/98 menciona expressamente o termo fomento em diversos de seus dispositivos, como se vê de seus arts. 5º, 6º, parágrafo único, e 8º, bem como diretamente da denominação da Seção V – Do fomento às Atividades Sociais da Lei, integrada pelos arts. 11 a 15. Não há, assim, risco de sucateamento dos setores, que, pela só previsão em lei desse marco regulatório do terceiro setor, não serão colocados à margem do controle do Estado.

28. Portanto, o Poder Público não renunciou aos seus deveres constitucionais de atuação nas áreas de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência, mas apenas colocou em prática uma opção válida por intervir de forma indireta para o cumprimento de tais deveres, através do fomento e da regulação. Na essência, preside a execução deste programa de ação a lógica de que a atuação privada será mais eficiente do que a pública em determinados domínios, dada a agilidade e a flexibilidade que dominam o regime de direito privado.

29. Ademais, a lei não exige que o Estado saia de cena como um vetor necessário. Decidiu-o, é verdade, com relação a duas concretas entidades públicas mencionadas no art. 21, extinguindo-as e determinando a transferência de recursos, através de contratos de gestão a serem firmados à época, para entidades privadas. Porém, essas decisões específicas tomadas pelo legislador não são, repita-se, uma imposição de um modelo perene de atuação do Poder Público, que pela só edição da Lei nº 9.637/98 não se vê obrigado a repeti-lo em hipóteses similares. Ao contrário, a opção pelo atingimento dos resultados através do fomento, e não da intervenção direta, ficará a cargo, em cada setor, dos mandatários eleitos pelo povo, que assim refletirão, como é próprio às democracias constitucionais, a vontade prevalecente em um dado momento histórico da sociedade.

30. Não há sequer como apontar, nessa linha, que aquelas duas decisões políticas específicas tomadas através da edição do art. 21 da Lei, de extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto, vulnerariam a Constituição. Como se viu mais acima, a moldura constitucional da atuação do Estado nos setores mencionados pela Lei permite a opção tanto pelo prestação direta como pelo fomento, desde que, invariavelmente, a Administração Pública seja controlada do ponto de vista do resultado, sendo por isso válida, em abstrato, a instituição de um marco legal definidor do regime jurídico a ser seguido no modelo de fomento. Ora, se, portanto, seria válida no futuro a escolha pela intervenção através do fomento, não há como enxergar qualquer óbice a que a Lei optasse por fazê-lo pontualmente, desde logo, com relação aos dois setores ocupados pelas referidas entidades.

31. Em outras palavras, cada decisão gerencial de utilização do regime do fomento através do contrato de gestão, após a edição da Lei, representa, simultaneamente, o afastamento da via da criação de entidades públicas para a intervenção direta e a escolha pela busca dos mesmos fins através da indução e do fomento de atores privados. O que fez a Lei em seu art. 21, assim, foi apenas conjugar essas duas decisões em um único dispositivo, submetendo a qualificação e a celebração do

contrato de gestão às demais normas do diploma legal. Assim, reputar tal dispositivo inconstitucional, com a devida vênia, seria sobremodo incoerente com a chancela do marco legal das Organizações Sociais, porquanto o fator tempo na opção política pelo modelo de fomento – se simultaneamente ou após a edição da Lei, portanto – não parece ser de qualquer modo relevante para aferir a sua conformidade com a Constituição.

32. Afastadas a suposta afronta ao art. 175 da CF e a inconstitucionalidade dos arts. 18 a 22 da Lei, cabe analisar se há alguma violação ao dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI), diante dos pormenores do marco legal das Organizações Sociais. Neste ponto, a argumentação desenvolvida pelos autores diz respeito (i) ao procedimento de qualificação como OS, (ii) à celebração do contrato de gestão, (iii) à prestação de serviços, nos limites do contrato de gestão já celebrado, pela OS ao Poder Público, (iv) à outorga de permissão de uso de bem público à OS e (v) às contratações de serviços pelas OS's, com terceiros, fazendo uso de dinheiro público, alegando que a ausência de licitação em cada um desses atos representaria violação à Constituição.

33. Em primeiro lugar, deve ser afastada a incidência do art. 37, XXI, da CF quanto ao procedimento de qualificação como OS, porquanto tal ato não se configura como contratação no sentido próprio do termo. É que não ocorre, em tal hipótese, a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, conforme aponta a doutrina¹¹ e conforme já ressaltado pelo voto do ilustre Min. Relator. Ao contrário, a qualificação consiste em uma etapa inicial, embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “organização social”, para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, que consiste na prestação de serviços sociais para a população. Essa prestação, mais à frente, será fomentada pelo Estado através do repasse de recursos e da cessão de pessoal e de bens, mas a etapa inicial, a condição primeira para que isso ocorra, nos termos da Lei (Art. 1º), é a qualificação da entidade como organização social. Assim, a qualificação como OS consiste apenas na atribuição de um título jurídico de legitimação da entidade, que passa a se habilitar a fruir, se celebrado o contrato de gestão posteriormente, de determinados benefícios.

34. Pelo regime da lei, os requisitos legais do inc. I do art. 2º podem ser satisfeitos por todas as associações interessadas – com a ressalva do conteúdo discricionário do inc. II, a seguir analisado. Assim, não há, nesta etapa de qualificação, verdadeira disputa entre os interessados, já que, repita-se, todos que satisfizerem os requisitos poderão alcançar o mesmo título jurídico, de “organização social”, a ser concedido

pela Administração Pública. A doutrina contemporânea tem feito uso do termo credenciamento para denominar tais casos¹², em que, repita-se, não incide o dever constitucional de licitar pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo includente, e não excludente.

35. Cabe analisar, ainda sob este prisma, o inc. II do mesmo artigo, por força do qual a conclusão do procedimento de qualificação depende de “aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado”. Assim, o procedimento de qualificação fica condicionado (i) à satisfação dos requisitos do inc. I e (ii) à conveniência e oportunidade do Poder Executivo.

36. Como não se ignora, conveniência e oportunidade são termos que atribuem ao administrador o exercício da cognominada competência discricionária, conferindo-lhe uma margem de concretização do interesse público à luz das particularidades de cada caso, flexibilizando sua atuação, ao menos em parte, das amarras de uma disciplina legal rigidamente pré-estabelecida.

37. Discricionariedade, porém, não pode significar arbitrariedade, de modo que o exame da conveniência e da oportunidade na qualificação não deve ser levado a cabo por mero capricho. Conforme a doutrina contemporânea tem salientado, mesmo nos casos em que há competência discricionária deve o administrador público decidir observando a principiologia constitucional, em especial os princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CF, art. 37, caput). Por essa via, informada pela força normativa da Constituição e pelo ideário pós-positivista, o conteúdo dos princípios constitucionais serve de instrumento para o controle da Administração Pública, que, como componente da estrutura do Estado, não pode se furtar à observância do texto constitucional. No cenário do neoconstitucionalismo, portanto, o exercício da discricionariedade não escapa do respeito aos princípios constitucionais, e isso, veja-se bem, mesmo quando a lei seja omissa, já que a legislação infraconstitucional não pode represar, conter ou de qualquer forma mitigar a eficácia irradiante das normas constitucionais 15.

38. Nesse sentido, por exemplo, já teve oportunidade de se manifestar esta Suprema Corte no julgamento da medida cautelar na ADC nº 12, posteriormente confirmada em decisão de mérito, em que se decidiu pela constitucionalidade do ato do CNJ que vedou o nepotismo no Poder Judiciário. Afirmou-se, na essência da fundamentação do decisum, que o ato regulamentar do CNJ, de inegável natureza

administrativa, apenas concretizava os princípios constitucionais que regem a atuação da Administração Pública, e com isso reconhecendo-se a incidência direta das normas constitucionais na atividade administrativa do Estado, verbis:

AÇÃO DECLARATÓRIA DE CONSTITUCIONALIDADE, AJUIZADA EM PROL DA RESOLUÇÃO Nº 07, de 18/10/2005, DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. MEDIDA CAUTELAR. (...) A Resolução nº 07/05 do CNJ reveste-se dos atributos da generalidade (os dispositivos dela constantes veiculam normas proibitivas de ações administrativas de logo padronizadas), impessoalidade (ausência de indicação nominal ou patronímica de quem quer que seja) e abstratividade (trata-se de um modelo normativo com âmbito temporal de vigência em aberto, pois claramente vocacionado para renovar de forma contínua o liame que prende suas hipóteses de incidência aos respectivos mandamentos). A Resolução nº 07/05 se dota, ainda, de caráter normativo primário, dado que arranca diretamente do § 4º do art. 103-B da Carta-cidadã e tem como finalidade debulhar os próprios conteúdos lógicos dos princípios constitucionais de centrada regência de toda a atividade administrativa do Estado, especialmente o da impessoalidade, o da eficiência, o da igualdade e o da moralidade. O ato normativo que se faz de objeto desta ação declaratória densifica apropriadamente os quatro citados princípios do art. 37 da Constituição Federal, razão por que não há antinomia de conteúdos na comparação dos comandos que se veiculam pelos dois modelos normativos: o constitucional e o infraconstitucional. Logo, o Conselho Nacional de Justiça fez adequado uso da competência que lhe conferiu a Carta de Outubro, após a Emenda 45/04. Noutro giro, os condicionamentos impostos pela Resolução em foco não atentam contra a liberdade de nomeação e exoneração dos cargos em comissão e funções de confiança (incisos II e V do art. 37). Isto porque a interpretação dos mencionados incisos não pode se desapegar dos princípios que se veiculam pelo caput do mesmo art. 37. Donde o juízo de que as restrições constantes do ato normativo do CNJ são, no rigor dos termos, as mesmas restrições já impostas pela Constituição de 1988, dedutíveis dos republicanos princípios da impessoalidade, da eficiência, da igualdade e da moralidade. É dizer: o que já era constitucionalmente proibido permanece com essa tipificação, porém, agora, mais expletivamente positivado. Não se trata, então, de discriminar o Poder Judiciário perante os outros dois Poderes Orgânicos do Estado, sob a equivocada proposição de que o Poder Executivo e o Poder Legislativo estariam inteiramente libertos de peias jurídicas para prover seus cargos em comissão e funções de confiança, naquelas situações em que os respectivos ocupantes não hajam ingressado na atividade estatal por meio de concurso público. (...) (ADC 12 MC, Relator(a): Min. CARLOS BRITTO, Tribunal Pleno, julgado em

16/02/2006, DJ 01-09-2006 PP-00015 EMENT VOL-02245-01 PP- 00001 RTJ VOL-00199-02 PP-00427)

39. Assim, o fato de o art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98 condicionar à discricionariedade do Poder Executivo o deferimento da qualificação não conduz à 25 violação da Constituição. Seria de fato inconstitucional qualquer leitura, feita pelo administrador ou pelos demais intérpretes, que extraísse dessa competência administrativa um permissivo para a prática de arbitrariedades, criando redutos de favorecimento a ser viabilizado por contratos de gestão dirigidos a determinadas organizações sociais.

40. Contudo, tal dispositivo só pode ser interpretado, à luz do texto constitucional, como deferindo o manuseio da discricionariedade com o respeito aos princípios que regem a administração pública, previstos no caput do art. 37 da CF, em especial os princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, dos quais decorre o dever de motivação dos atos administrativos, como elemento da necessária controlabilidade dos atos do poder público.

41. E mais: na realidade, o exercício da competência discricionária, in casu, é balizado não só pela incidência direta dos princípios constitucionais, combinado com o controle a ser exercido pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas, conforme adiante será afirmado, mas também pela própria sistemática adotada pela Lei nº 9.637/98. Com efeito, a referida Lei dispõe, em seu art. 20, sobre a edição de Decreto consubstanciando o Programa Nacional de Publicização – PNP, “com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes: I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente; II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados; III - controle social das ações de forma transparente”.

42. Ou seja, é a própria Lei que compele o administrador a fixar, em abstrato, critérios objetivos em ato regulamentar para que exerça, em cada caso concreto, a competência que lhe foi deferida, com isso instituindo uma autolimitação da Administração Pública: ao densificar em um ato regulamentar abstrato tais critérios, concretizando o que previsto na Lei, as futuras decisões da Administração deverão se reconduzir, fundamentadamente, às diretrizes fixadas. Em última análise, portanto, a sistemática da Lei, se interpretada à luz da Constituição, conduz a que a discricionariedade seja entendida como um veículo para alcançar a concretização das diretrizes instituídas no art. 20 do diploma, de modo a se reduzir drasticamente a

margem de apreciação do administrador nos casos futuros, em prestígio à impessoalidade e à igualdade de tratamento.

43. O cenário de limitação à atuação do administrador fica completo, na sistemática da Lei, pelo ato oposto ao disciplinado pelo art. 2º, de desqualificação, para cuja produção o art. 16, §1º, impõe um procedimento administrativo formal, com aplicação da garantia da ampla defesa, o que, pelo paralelismo das formas, só reforça a tese de que não há espaço para arbitrariedades da Administração no deferimento do título de “organização social” pelo procedimento de qualificação – porquanto toda atividade decisória da administração pública, quando capaz de produzir efeitos a esferas jurídicas de particulares, é necessariamente processualizada.

44. Deste modo, a qualificação, que, como dito, caberia em tese a qualquer interessado, só pode ser indeferida por critérios comprovadamente objetivos e impessoais, fixados em harmonia com o que prega o art. 20 da Lei, cuja configuração in concreto seja demonstrada por razões fundamentadas nos autos de processo administrativo, preservando-se, assim, o alerta do Procurador-Geral da República no sentido de que o procedimento de qualificação “deve atender a juízos racionais do agente público” (fls. 447). É este o conceito de discricionariedade que, in casu, deve ser extraído da Constituição, sem que de qualquer forma se configure, por essa linha, violação aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade, justamente as bases axiológicas da regra constitucional da licitação. Portanto, não há violação à Constituição pela ausência de licitação no procedimento de qualificação, já que se trata, materialmente, de atividade de credenciamento, a ser conduzido sempre com a observância dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública.

45. A inicial também veicula impugnação consistente na ausência de licitação para a celebração do próprio contrato de gestão entre a entidade qualificada e o Poder Público. Tampouco aqui, porém, cabe falar em incidência do dever constitucional de licitar, já que o contrato de gestão não consiste, a rigor, em contrato administrativo, mas sim em um convênio. Com efeito, no núcleo da figura dos convênios está a conjugação de esforços para o atingimento de um objetivo comum aos interessados: há plena harmonia entre as posições subjetivas, que buscam um negócio verdadeiramente associativo, e não comutativo, voltado para um fim compartilhado

46. É justamente isto que se passa no contrato de gestão, em que a entidade privada, constituída para atuar sem finalidade lucrativa nas áreas elencadas no art. 1º, e o Poder Público, submetido aos deveres constitucionais de agir, pretendem alcançar a mesma finalidade: a realização de serviços de saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia. Os interesses de ambas as partes,

portanto, confluem em uma mesma direção, o que é totalmente diverso do que ocorre com a figura típica do contrato administrativo, caracterizado pela oposição de interesses. É nesse sentido que se expressa a doutrina, recusando aos contratos de gestão a natureza verdadeiramente contratual.

47. Por não se tratar de contratos administrativos, não cabe falar em incidência do dever constitucional de licitar, restrito ao âmbito das contratações (CF, art. 37, XXI). Nem por isso, porém, a celebração de contratos de gestão pode ficar imunizada à incidência dos princípios constitucionais. Da mesma forma como se ressaltou acima, a Administração deve observar, sempre, os princípios estabelecidos no caput do art. 37 da CF. Dentre eles, têm destaque os princípios da impessoalidade, expressão da isonomia (art. 5º, caput), e da publicidade, decorrência da idéia de transparência e do princípio republicano (CF, art. 1º, caput).

48. Ora, no conteúdo do contrato de gestão, segundo os arts. 12 e 14 da Lei, pode figurar a previsão de repasse de bens, recursos e servidores públicos. Esses repasses pelo Poder Público, como é evidente, constituem bens escassos, que, ao contrário da mera qualificação como organização social, não estariam disponíveis para todo e qualquer interessado que se apresentasse à Administração Pública manifestando o interesse em executar os serviços sociais. Diante de um cenário de escassez, que, por consequência, leva à exclusão de particulares com a mesma pretensão, todos almejando a posição subjetiva de parceiro privado no contrato de gestão, impõe-se que o Poder Público conduza a celebração do contrato de gestão por um procedimento público impessoal e pautado por critérios objetivos, ainda que, repita-se, sem os rigores formais da licitação tal como concebida pela Lei nº 8666/93 em concretização do art. 37, XXI, da CF, cuja aplicabilidade ao caso, reitere-se, é de se ter por rejeitada diante da natureza do vínculo instrumentalizado pelo contrato de gestão. Por essa razão, que tem por base, em última análise, a incidência direta dos princípios constitucionais, que se deve acolher a lição de Alexandre Santos de Aragão, verbis:

“A nossa opinião é que o contrato de gestão realmente não possui natureza contratual: visa à realização de atividades de interesse comum do Estado e da entidade da sociedade civil, não possuindo, salvo se desvirtuado, caráter comutativo. Esse fato, no entanto, apenas exclui a obrigatoriedade da licitação formal, tal como prevista nas minúcias da Lei nº 8.666/93. Nada leva, contudo, a que órgão público ‘contratante’ possa deixar de realizar um procedimento objetivo de seleção entre as organizações sociais qualificadas no seu âmbito de atuação para que, de forma impessoal, escolha com qual delas irá realizar a parceria. Essa obrigatoriedade deflui dos princípios da moralidade, razoabilidade, igualdade, impessoalidade,

economicidade e da motivação, contemplados na Constituição Federal (art. 37 e 70), na Lei nº 8.666/93 (art. 3º), mesmo para os casos de dispensa de licitação (art. 24, XXIV c/c art. 26, parágrafo único), e na própria Lei nº 9.637/98 (art. 7º). Não se pode confundir o fato da licitação ser dispensável com a possibilidade de escolha livre, desmotivada e sem publicidade prévia, que violaria os princípios do Estado de Direito. Se o Estado possui critérios objetivos de discriminação para, excluindo todas as demais entidades da sociedade civil sem fins lucrativos, celebrar contrato de gestão apenas com as organizações sociais, já que estas passaram pelo respectivo processo de qualificação – daí o art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 –, não há, todavia, qualquer distinção razoável que se possa fazer entre elas”.

49. E isso só se confirma pela leitura do art. 7º, caput, da Lei nº 9.637/98, que prevê que a elaboração do contrato de gestão – literalmente, apenas a elaboração, porém – será submetida aos “princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos: (...)”. A mesma lógica, felizmente de modo mais abrangente, presidiu com mais intensidade a posterior edição 19 ARAGÃO, Alexandre Santos de. *Direito dos serviços públicos*, Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2007, p. 748-749. 29 da Lei das OSCIP’s – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Lei nº 9.790/99, que não está em análise, mas que guarda um vínculo muito íntimo de pertinência com a matéria aqui tratada, já que relativa também ao Terceiro Setor: é o que se lê do art. 4º, inc. I, que subordina as entidades, para que se qualifiquem como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, à “observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência”. Esta tendência, portanto, já deve ser extraída diretamente da Constituição, como um vetor para a definição do regime jurídico do Terceiro Setor.

50. Assim, embora não submetido formalmente à licitação, a celebração do contrato de gestão com as Organizações Sociais deve ser conduzida de forma pública, impessoal e por critérios objetivos, como consequência da incidência direta dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública.

51. Por identidade de razões, mesmo a dispensa de licitação instituída no art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 deve observar os princípios constitucionais. Em primeiro lugar, tal dispositivo não é, em abstrato, inconstitucional. A dispensa de licitação aí instituída tem uma finalidade que a doutrina contemporânea denomina de função regulatória da licitação, através da qual a licitação passa a ser também vista como mecanismo de indução de determinadas práticas sociais benéficas. Foi assim, por exemplo, que a Lei Complementar nº 123/06 institui diversos benefícios em prol de microempresas nas licitações públicas, estimulando o seu crescimento no mercado

interno. E é com a mesma finalidade que os incisos XIII, XX, XXI e XXVII do art. 24 prevêm outros casos de dispensa, em idêntica linha ao que prevê o agora impugnado inciso XXIV.

52. Ou seja, a finalidade da dispensa criada pela Lei nº 9.648/98, ao incluir o inc. XXIV no art. 24 da Lei nº 8.666/93, foi fomentar a atuação de organizações sociais que já ostentem, à época da contratação, o título de qualificação, e que por isso sejam reconhecidamente colaboradoras do Poder Público no desempenho dos deveres constitucionais de atuação nos serviços sociais. É a própria finalidade de fomento, portanto, prevista nos arts. 174, 199, § 2º, e 213 da CF, que legitima a nova hipótese de dispensa, como concretização de um tratamento desigual fundado em critério objetivo e razoável de desequiparação, como meio de atingir uma finalidade constitucional – a prestação eficiente dos serviços sociais.

53. E veja-se que é a mesma justificativa que permite concluir também pela validade do art. 12, § 3º, da Lei nº 9.637/98, ao dispensar a licitação para a permissão de bens públicos para as Organizações Sociais, porquanto presente a lógica do fomento, com a função regulatória das contratações públicas.

54. De todo modo, nesses dois casos novamente deve ser frisado que a existência de dispensa de licitação não afasta a incidência dos princípios constitucionais da Administração Pública (art. 37, caput, da CF), de modo que a contratação direta deve observar critérios objetivos e impessoais, com publicidade de forma a permitir o acesso a todos os interessados, ainda que sem a necessidade de observância dos requisitos formais rígidos do procedimento da Lei nº 8.666/93.

55. Por fim, ainda no tema das licitações, cabe apreciar se as Organizações Sociais, em suas contratações com terceiros fazendo uso de verbas públicas, estão sujeitas ao dever de licitar. As organizações sociais, como já dito, não fazem parte da Administração Pública Indireta, figurando no Terceiro Setor. Possuem, com efeito, natureza jurídica de direito privado (Lei nº 9.637/98, art. 1º, caput), sem que sequer estejam sujeitas a um vínculo de controle jurídico exercido pela Administração Pública em suas decisões. Não são, portanto, parte do conceito constitucional de Administração Pública. No entanto, o fato de receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos há de fazer com que seu regime jurídico seja minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca a impessoalidade.

56. Isso significa que as Organizações Sociais não estão sujeitas às regras formais dos incisos do art. 37, de que seria exemplo a regra da licitação, mas sim apenas à

observância do núcleo essencial dos princípios definidos no caput. Essa incidência dos princípios administrativos deve ser compatibilizada com as características mais flexíveis do setor privado, que constituem justamente a finalidade por detrás de todo o marco regulatório do Terceiro Setor, porquanto fiado na premissa de que determinadas atividades podem ser mais eficientemente desempenhadas sob as vestes do regime de direito privado. Assim, a conciliação desses vetores leva justamente ao que dispõe o art. 4º, VIII, da Lei nº 9.637/98, segundo o qual o Conselho de Administração da OS deve “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade”. Ou seja, embora não façam formalmente licitação, tais entidades devem editar um regulamento próprio para contratações, fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos.

57. Desta forma, há plena conciliação do conteúdo dos princípios constitucionais com a flexibilidade inerente ao regime de direito privado, que não se harmonizaria com a submissão pura e simples ao procedimento da Lei nº 8.666/93, reconhecidamente formal, custoso e pouco célere. Esse mesmo raciocínio já conduziu a que a Segunda Turma desta Corte, em sede cautelar, enxergasse a fumaça de bom direito na tese da validade do procedimento simplificado de licitação instituído pela Petrobrás com base na Lei nº 9.478/97 – embora até o momento o Pleno não tenha firmado posição sobre o tema. Confira-se o precedente, da relatoria do Min. Gilmar Mendes:

Ação Cautelar. 2. Efeito suspensivo a recurso extraordinário admitido no Superior Tribunal de Justiça. 3. Plausibilidade jurídica do pedido. Licitações realizadas pela Petrobrás com base no Regulamento do Procedimento Licitatório Simplificado (Decreto nº 2.745/98 e Lei nº 9.478/97). 4. Perigo de dano irreparável. A suspensão das licitações pode inviabilizar a própria atividade da Petrobrás e comprometer o processo de exploração e distribuição de petróleo em todo o país, com reflexos imediatos para a indústria, comércio e, enfim, para toda a população. 5. Medida cautelar deferida para conceder efeito suspensivo ao recurso extraordinário (AC 1193 MC-QO, Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 09/05/2006, DJ 30-06-2006 PP-00018 EMENT VOL- 02239-01 PP-00042 RTJ VOL-00205-03 PP-01084)

58. Ora, se é possível que uma estatal, componente da Administração Indireta, edite regulamento próprio de compras à luz dos princípios constitucionais, inclinando-se em busca da agilidade e da flexibilidade que presidem as aquisições em regime de

direito privado, não parece haver motivo para que tal procedimento seja vedada no que pertinente às Organizações Sociais, que sequer integram o conceito constitucional de Administração Pública.

59. As razões expostas até aqui tornam mais simples a resolução das questões ainda pendentes. Com efeito, e com a devida vênia dos que pensam em sentido contrário, não há como vislumbrar qualquer violação, na Lei das Organizações Sociais, aos princípios constitucionais que regem a remuneração dos servidores públicos. Os empregados das Organizações Sociais não são servidores públicos, mas sim empregados privados. Por isso, sua remuneração não deve ter base em lei, mas sim nos contratos de trabalho firmados consensualmente. Já o procedimento de seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve, sim, ser posto em prática de modo impessoal e objetivo, porém sem os rigores do concurso público. Se a OS não é entidade da administração indireta, pois não se enquadra nem no conceito de empresa pública, de sociedade de economia mista, nem de fundações públicas, nem no de autarquias, já que não é de qualquer modo controlada pelo poder público, não há como incidir a regra do art. 37, II, da CF. O que há de se exigir é a observância de impessoalidade e de objetividade na seleção de pessoal, conforme regulamento próprio, 33 mas não a submissão ao procedimento formal do concurso público, devendo ser interpretada nesse sentido a parte final do art. 4º, VIII, da Lei, ao falar em regulamento próprio contendo plano de cargos dos empregados.

60. Em relação aos servidores públicos cedidos, não há qualquer violação à Constituição. A lei preserva a remuneração a que o cargo faz jus no órgão de origem, conforme o art. 14, § 3º, da Lei. Os que tiverem direito, nas hipóteses restritas em que aplicáveis, às regras da paridade e da integralidade no sistema previdenciário, deverão ter como paradigma os cargos dos órgãos de origem, e não o que lhes era pago de forma transitória na organização social. E isso se impõe, ademais, porquanto não há sequer previsão para que, quanto às verbas pagas transitoriamente pelas organizações sociais, seja paga, pela Organização Social, a denominada contribuição patronal (CF, art. 149, §1º), o que seria indispensável para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial que, à luz do art. 40, caput, da CF, deve presidir o regime próprio de previdência dos servidores públicos.

61. E não há qualquer inconstitucionalidade nos §§ 1º e 2º do art. 14 da Lei nº 9.637/98. Da interpretação conjugada de tais dispositivos extrai-se ser possível, em primeiro lugar, que a Organização Social pague, com recursos próprios, vantagens pecuniárias a servidores públicos que lhe forem cedidos; caso se trate, porém, de recursos advindos do contrato de gestão, tal pagamento apenas será válido “na

hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria” (§2º do art. 14). Em qualquer dos casos, porém, como visto, acima, “não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social”.

62. Tais disposições não ofendem a Constituição porquanto os arts. 37, X, e 169, em seu §1º, apenas condicionam ao princípio da legalidade os pagamentos feitos aos servidores públicos por entidades da Administração Pública Direta e Indireta, pois é isso que se extrai do caput do art. 37 (CF, Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...)) e do próprio corpo do §1º do art. 169 (CF, Art. 169. § 1º A concessão de qualquer vantagem ou aumento de 34 remuneração, a criação de cargos, empregos e funções ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta ou indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, só poderão ser feitas: (...)).

63. Assim, embora a própria Lei nº 9.637/98 já pudesse ser lida, em teoria, como uma autorização legislativa para o pagamento das referidas verbas, a verdade é que a natureza jurídica das OS's, componentes do Terceiro Setor, afasta a necessidade de previsão em lei para o pagamento de verbas ainda que para os servidores cedidos. Entender de modo contrário consubstanciaria, na realidade, uma verdadeira autarquização das organizações sociais, afrontando a própria lógica de eficiência e de flexibilidade que inspiraram a criação do modelo.

64. Ao contrário do que aduzem os autores, também não há afastamento do controle do Tribunal de Contas pela Lei impugnada acerca da aplicação de recursos públicos. O termo “privativo”, ao tratar, no art. 4º da Lei, das competências do Conselho de Administração, diz respeito apenas à estrutura interna da organização social, sem afastar, como sequer poderia, o âmbito de competência delimitado constitucionalmente para a atuação do Tribunal de Contas (CF, art. 70, 71 e 74). Além disso, as Organizações Sociais estão inequivocamente submetidas ao sancionamento por improbidade administrativa, caso façam mau uso dos recursos públicos. A própria Lei nº 9.637/98 faz menção a diversas formas de controle e de fiscalização, conforme se infere da redação dos art. 2º, I, f, 4º, IX e X, 8º, §§ 1º, 2º e 3º, art. 9, e art. 10. De outro lado, não há igualmente restrição à atuação do Ministério Público, já que o art. 10 só menciona um dever de representação pelos responsáveis pela fiscalização, o que não impede, evidentemente, a atuação de ofício

do parquet no controle da moralidade administrativa à luz dos arts. 127 e seguintes da Constituição Federal.

65. Por fim, a interferência na atuação das associações, inclusive com o percentual de representantes do poder público no Conselho de Administração, é apenas um requisito para um benefício a ser obtido voluntariamente através da parceria entre o setor público e a organização social, sem que ocorra ofensa ao art. 5º, XVII e XVIII, da CF. Se não for do interesse de associações e fundações receber os benefícios decorrentes do contrato de gestão, não há qualquer obrigatoriedade de submissão às 35 exigências formais da lei. Assim, a intervenção na estrutura da entidade é condicionada, e instituída no benefício da própria organização, que apenas se submeterá a ela se assim o desejar. Nesse sentido é a lição de Diogo de Figueiredo Moreira Neto, em texto escrito sobre o regime da Medida Provisória nº 1.501/97, posteriormente convertida na Lei nº 9.637/98, impugnada nesta ADIn25.

66. Ex positis, voto no sentido de julgar parcialmente procedente o pedido, apenas para conferir interpretação conforme à Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art. 24, XXIV da Lei nº 8666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que:

- (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98;
- (ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF;
- (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, §3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF;
- (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade;
- (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e
- (vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas.

ANEXO 2

METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA APS DE PORTUGAL NO PERÍODO DE 2006 A 2010- INDICADORES, METAS E INCENTIVO INSTITUCIONAL.

MATRIZ DE INDICADORES A CONTRATUALIZAR PARA A CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratualizar com a USF que iniciem em 2006
Acesso	Todos os doentes devem ter acesso a um médico de família no horizonte temporal de 24 horas, no horário expresso de funcionamento da USF	Percentagem de indivíduos que contactaram um médico de família, sem programação prévia, no espaço de 24 horas, no horário expresso de funcionamento da USF - aplicação de inquérito	Nº de indivíduos que conseguiram contactar com um médico de família da USF (contacto directo ou indirecto) no espaço de 24 h	Nº de indivíduo que tentaram contactar com um médico de família	
	Todos os doentes devem ter acesso a um enfermeiro de família no horizonte temporal de 24 horas, no horário expresso de funcionamento da USF	Percentagem de indivíduos que contactaram um enfermeiro, sem programação prévia no espaço de 24 horas, no horário expresso de funcionamento da USF - aplicação de inquérito	Nº de indivíduo que conseguiram contactar com um enfermeiro da USF (Contacto directo ou indirecto) no espaço de 24h	Nº de indivíduos que tentaram contactar com um enfermeiro	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
	Todos os utilizadores devem ter um tempo de espera para uma consulta programada inferior a 20 minutos	Percentagem de consultas agendadas com um tempo de espera <20 minutos	Nº de consultas agendadas com um tempo de espera < 20 min	Total de consultas agendadas	
	Por princípio o utilizador deve ser consultado pelo seu médico de família	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	Número de consultas realizadas aos utentes da USF pelos seus próprios médicos da família	Número de consultas de medicina geral e familiar na USF	*
	A USF deve vigiar a saúde de todos os seus inscritos	Taxa de utilização global de consultas	Número de primeiras consultas no ano, de forma global	Número total de inscritos na USF	
		Taxa de utilização da USF	Todos os primeiros contactos de qualquer tipo no ano, registados na USF	Número total de inscritos na USF	
	As consultas presenciais devem ser a prática mais comum	Percentagem de contactos directos	Número de contactos directos	Número de contactos (directos e indirectos)	
	Os cuidados domiciliários nas situações	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos	Nº de visitas domiciliárias médicas *1000	Total de inscritos na USF	*

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
	protocoladas são um direito dos utilizadores	Taxa de visitas domiciliares de enfermagem por 1000 inscritos	Nº de visitas domiciliares de enfermagem *1000	Total de inscritos na USF	*
Desempenho Assistencial	Todas as mulheres com vida sexual activa entre os 25 e os 64 anos devem fazer citologia cervico-vaginal periódica	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	Número de mulheres 25-64 anos com registo de colpocitologia nos últimos três anos	Todas as mulheres entre os 25-64 anos elegíveis para rastreio	
	Todas as mulheres entre os 50 e os 69 anos devem fazer rastreio do cancro da mama	Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos elegíveis para rastreio	Número de mulheres entre os 50-69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	Todas as mulheres entre os 50-69 anos elegíveis para rastreio	
	Todos os indivíduos entre os 50 e os 74 anos devem fazer rastreio de neoplasia colo-rectal	Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	Número de indivíduos 50-74 anos com registo de (1) pesquisa de sangue oculto nas fezes no último ano ou (2) qualquer outro método endoscópico ou imagiológico nos últimos cinco anos	Todos os indivíduos 50-74 anos elegíveis para rastreio	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
	Todos os doentes diabéticos devem fazer avaliação periódica	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registrada nos últimos três meses	Pacientes diabéticos com pelo menos uma avaliação da HbA1C registrada nos últimos três meses	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	*
		Percentagem de diabéticos com pelo menos uma LDL-C registrada no ano	Pacientes diabéticos com pelo menos uma avaliação de LDL-C registrada durante o ano anterior	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	
		Percentagem de diabéticos com pelo menos uma avaliação da microalbuminúria ou da proteinúria no ano	Pacientes diabéticos com pelo menos uma avaliação de microalbuminúria registrada no ano; ou com demonstração de cuidados médicos por nefropatia (diagnóstico de nefropatia ou registro de microalbuminúria ou albuminúria)	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	
		Percentagem de diabéticos com pelo menos um valor de pressão arterial	Pacientes diabéticos com pelo menos uma	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
		registrado nos últimos três meses	avaliação da pressão arterial registrada nos últimos três meses		
		Percentagem de diabéticos com uma referência para oftalmologia registrada no ano	Pacientes diabéticos com pelo menos uma avaliação oftalmológica registrada no ano	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	
		Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registrado no ano	Pacientes diabéticos com pelo menos um exame dos pés registrado no ano	Todos os pacientes diabéticos 18-75 anos	
	Todos os doentes hipertensos devem fazer avaliação periódica	Percentagem de hipertensos c/ registro de pressão arterial nos últimos seis meses	Pacientes hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial registrada nos últimos seis meses	Todos os pacientes hipertensos	
		Percentagem hipertensos com pelo menos uma determinação da microalbuminúria ou proteinúria no ano	Pacientes hipertensos com pelo menos uma avaliação de microalbuminúria registrada no ano ou com demonstração	Todos os pacientes hipertensos	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
			de cuidados médicos por nefropatia (diagnóstico de nefropatia ou registro de microalbuminúria)		
	Todos os cidadãos devem cumprir o Plano Nacional de Vacinação	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	Nº de crianças com 2 anos com o PNV atualizado	Nº de crianças com 2 anos inscritas	*
		Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	Nº de crianças com 6 anos com o PNV atualizado	Nº de crianças com 6 anos inscritas	*
		Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 13 anos	Nº de jovens com 13 anos com o PNV completo	Nº de jovens com 13 anos inscritos	
		Percentagem de inscritos com 25 ou mais anos com a vacina antitetânica atualizada	Todos os indivíduos com idade iguais ou superior a 25 anos com registro de vacinação antitetânica nos últimos dez anos	Todos os indivíduos com idade igual ou superior a 25 anos	
	A obesidade é um problema de saúde pública a combater	Percentagem de inscritos maiores de dois anos com o índice de massa corporal registrado nos últimos dois anos	Todos os utentes com idade superior a dois anos com registro do INC no últimos dois anos anteriores à avaliação	Todos os utentes da USF com idade superior a dois anos	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratualizar com a USF que iniciem em 2006
	Toda as crianças devem ter a sua saúde correctamente vigiada	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizadas até ao sétimo dia de vida do recém nascido	Número de diagnósticos precoces realizados até ao sétimo dia	Número de recém nascidos inscritos na USF nesse ano	
		Percentagem das primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	Número de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	Número de primeiras consultas na vida	*
		Taxa de utilização de consultas de saúde infantil no primeiro ano de vida	Número de crianças com idade inferior a um ano com pelos menos uma consulta de vigilância de saúde infantil no período de avaliação	Número de crianças inscritas na USF, com idade inferior a um ano	
		Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses	Número de utilizadores de saúde infantil dos zero aos 11 meses	
		Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero as 11 meses	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos zero aos 11 meses	Total de consultas a crianças entre os zero e os 11 meses	
		Taxa de utilização de consultas de saúde infantil no segundo ano de vida	Número de crianças com idade de um a dois anos	Número de crianças inscritas na USF, com	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
			exclusivo com pelo menos uma consulta de vigilância de saúde infantil no período de avaliação	idade de um a dois anos exclusivo	
		Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses	Número de utilizadores de saúde infantil dos 12 aos 23 meses	
		Percentagem consultas vigilância entre os 12 e os 23 meses	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses	Total de consultas a crianças entre os 12 e os 23 meses	
		Taxa de utilização de consultas dos 2 aos 6 anos	Número de primeiras consultas no ano, utentes dos 2 aos 6 anos	Número de inscritos na USF dos 2 aos 6 anos	
		Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 2 aos 6 anos	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos	Número de utilizadores de saúde infantil dos dois aos seis anos	
		Percentagem de consultas de vigilância de saúde infantil dos 2 aos 6 anos	Número total de consultas de vigilância de saúde infantil dos dois aos seis anos	Total de consultas a crianças entre os dois e os seis anos	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
		Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 6 anos completos	Total de exames globais de saúde efectuados entre os cinco e os seis anos em crianças com sete anos	Total de criança com sete anos	
		Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 13 anos completos	Total de exames globais de saúde efectuados entre os 11 e os 13 anos em crianças com 14 anos	Total de crianças com 14 anos	
	Todas as mulheres devem ter um correcto seguimento da sua maternidade	Taxa de utilização da consulta de saúde materna	Número de primeiras consultas de saúde materna	Número de recém nascidos registrados na USF	
		Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	Número de primeiras consultas da gravidez no primeiro trimestre (12 semanas)	Número de primeiras consultas na gravidez	*
		Número médio de consultas por grávida vigiada na USF	Número total de consultas de cada grávida vigiada na USF que terminaram a gravidez no período de avaliação	Número de grávidas vigiadas na USF que terminaram a gravidez no período de avaliação	

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratualizar com a USF que iniciem em 2006
		Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada	Puérperas cuja gravidez foi seguida na USF e a quem foi efectuada a revisão do puerpério	Todas as grávidas seguidas na USF	
	Os idosos devem ter a sua saúde vigiada	Taxa de utilização de consultas dos 65 ou mais anos	Número de primeiras consultas no ano, utentes com 65 ou mais anos	Número de inscritos na USF com 65 ou mais anos	
	O planeamento familiar é uma actividade a fomentar	Taxa de utilização das consultas de planeamento familiar entre os 15 e os 49 anos	1ªs consultas em planeamento familiar a inscritas entre os 15 e os 49 anos	Número de mulheres em idade fértil entre os 15 e os 49 anos inscritas na USF	
Qualidade Percebida	A satisfação dos utilizadores deverá ser garantida	Percentagem de utilizadores satisfeito/muito satisfeitos (aplicação de inquérito***scorefinal)	Valor global ponderado		
		Nº de reclamações escritas por 10.000 contactos	Nº de reclamações escritas * 10.000	Nº total de contactos	
	A satisfação dos profissionais deve ser garantida	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito *** scorefinal)	Valor global ponderado		

Classe	Princípios	Indicadores	Numerador	Denominador	Indicadores a Contratar com a USF que iniciem em 2006
Desempenho Económico	As metas orçamentais devem ser cumpridas	Custo estimado para medicamentos prescritos	Valor padrão *Nº utilizadores (c/base no indicador de taxa de utilização global das consultas)		*
		Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos	Valor padrão *Nº utilizadores (c/base no indicador taxa de utilização global das consultas)		*
Nota: Cada actividade realizada na Carteira Adicional de Serviços deverá ter uma avaliação própria * esses indicadores deverão entrar na matriz de avaliação final.					

Metodologia de contratualização- 2006¹⁶⁹

Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Nº de indicadores base	Nº de indicadores e adicionais a seleccionar
Acesso	3	0
Desempenho assistencial	5	0
Desempenho económico	2	0

¹⁶⁹ Fonte: Contratualização com as USF: Modelo 1 e RRE (ACSS,2006)

Indicadores a contratualizar na 1ª fase

Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C resgistrada nos últimos três meses
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
Percentagem das primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Custo estimado para medicamentos prescritos
Custo estimado com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos

Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes	
		Acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida	Desempenho económico
Atingido	2	≥ 90%	≤ 100%
Quase Atingido	1	[80%, 90% [	] 100% 105%]
Não Atingido	0	< 80%	> 105%

Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter	Pontuação máxima possível	
Acesso	5	6	90% da pontuação máxima possível
Desempenho assistencial	9	10	90% da pontuação máxima possível
Desempenho económico	4	4	90% da pontuação máxima possível

Metodologia de contratualização- 2007¹⁷⁰

Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Nº de indicadores base	Nº de indicadores e adicionais a seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho assistencial	8	5
Qualidade percebida	1	0
Desempenho económico	2	0

Indicadores base comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com registro de mamografia nos últimos 2 anos Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses Percentagem de hipertensos c/registro de pressão arterial nos últimos seis meses Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos Percentagem das primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Qualidade percebida	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos Custo estimado com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos

¹⁷⁰ Fonte: Contratualização com as USF para 2007, (Administração Regional de Saúde do Norte: Agência de Contratualização, 2007)

Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes		
		Acesso, desempenho assistencial	qualidade percebida	Desempenho econômico
Atingido	2	> 90%	≥ percentil 25	= 100%
Quase Atingido	1	[80%, 90%]	-	] 100%, 105%]
Não Atingido	0	< 80%	< percentil 25	> 105%

Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter	Pontuação máxima possível	
Acesso	7	8	90% da pontuação máxima possível
Desempenho assistencial	23	26	90% da pontuação máxima possível
Qualidade percebida	2	2	90% da pontuação máxima possível
Desempenho econômico	4	4	90% da pontuação máxima possível

Metodologia de contratualização- 2008¹⁷¹

Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Nº de indicadores base	Nº de indicadores e adicionais a seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho assistencial	6	2
Qualidade percebida	1	0
Desempenho econômico	2	0

¹⁷¹ Fonte: Portaria nº 301/2008 de 18 de abril. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde 2008.

Indicadores base comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses Percentagem de hipertensos c/registro de pressão arterial nos últimos seis meses Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos utentes	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos Custo estimado com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos

Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes		
		Acesso, desempenho assistencial	qualidade percebida	Desempenho económico
Atingido	2	> 90%	≥ percentil 25	= 100%
Quase Atingido	1	[80%, 90%]	-	] 100%, 105%]
Não Atingido	0	< 80%	< percentil 25	> 105%

Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter
Acesso	4
Desempenho assistencial	8
Qualidade percebida	1
Desempenho econômico	2

Pontuação máxima possível	Pontuação mínima a obter
8	7
16	14
2	2
4	4

Metodologia de contratualização- 2009¹⁷²

Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Nº de indicadores base	Nº de indicadores e adicionais a seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho assistencial	8	2
Qualidade percebida	1	0
Desempenho econômico	2	0

Indicadores base comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com registro de mamografia nos últimos 2 anos Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C resgistrada nos últimos três meses Percentagem de hipertensos c/registro de pressão arterial nos últimos seis meses Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos

¹⁷² Fonte: Metodologia de Contratualização USF Modelo A e Modelo B (ACSS,2009).

	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Qualidade percebida	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos

Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes		
		Acesso, desempenho assistencial	qualidade percebida	Desempenho económico
Atingido	2	> 90%	≥ percentil 25	= 100%
Quase Atingido	1	[80%, 90%]	-	] 100%, 105%]
Não Atingido	0	< 80%	< percentil 25	> 105%

Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter	Pontuação máxima possível	Pontuação mínima a obter
Acesso	4	8	7
Desempenho assistencial	8	16	14
Qualidade percebida	1	2	2
Desempenho económico	2	4	4

Metodologia de contratualização- 2010¹⁷³

Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Nº de indicadores base	Nº de indicadores e adicionais a seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho assistencial	8	2
Qualidade percebida	1	0
Desempenho económico	2	0

¹⁷³ Fonte: Metodologia de Contratualização Unidades de Saúde familiar e unidades de Saúde Personalizadas (ACSS, 2010^a)

Indicadores base comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C resgistrada nos últimos doze meses, desde que abrajam 2 semestres Percentagem de hipertensos c/registo de pressão arterial em cada semestre Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Qualidade percebida	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos Custo estimado com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos

Métrica de Avaliação das Metas Contratualizadas

Estado	Pontuação	Classes		
		Acesso, desempenho assistencial	qualidade percebida	Desempenho económico
Atingido	2	> 90%	≥ percentil 25	= 100%
Quase Atingido	1	[80%, 90%]	-	] 100%, 105%]
Não Atingido	0	< 80%	< percentil 25	> 105%

Critério para Atribuição do Incentivo Institucional

Classe	Pontuação a obter
Acesso	4
Desempenho assistencial	8
Qualidade percebida	1
Desempenho econômico	2

Pontuação máxima possível	Pontuação mínima a obter (90%)
8	7
16	14
2	2
4	4

ANEXO 3

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DESCRITAS NAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS (Inglaterra, Espanha, Austrália, Portugal, Canadá, Holanda, Alemanha, França e Estados Unidos da América)

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
INGLATERRA (REINO UNIDO)	- O processo de contratualização, principalmente na Inglaterra, encontra-se claramente instalado, com importantes e profundos desenvolvimentos, nas mais diversas áreas - Empoderamento dos médicos de clínica geral e de outros profissionais de saúde, visando a introdução de uma melhor configuração dos serviços e cuidados de saúde prestados às populações locais - Centralização dos contratos - Participação da comunidade nos processos decisórios - Equipe multiprofissional - Diferentes níveis de responsabilidade e incentivos - Apresentação de planos estratégicos e operacionais, incluindo a apresentação de parcerias estabelecidas, e a forma como poderão assegurar as necessidades de saúde e o bem-estar e a satisfação da população atendida - Mapeamento da situação encontrada como: a avaliação das necessidades, o levantamento dos serviços existentes e a identificação	Em relação ao pagamento por desempenho: - impacto reduzido na melhoria de resultados no cuidado à saúde devido ao foco em indicadores de padrões inconsistentes e mais baixos do que os estipulados em diretrizes clínicas, impacto negativo no profissionalismo médico já que as consultas são focadas em uma listagem de itens determinados, um modelo de prática mais biomédica e a fragmentação do cuidado com perda de autonomia, aumento da medicalização da vivência dos pacientes e menor uso de intervenções não farmacológicas e a tendência de uma

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
	do que é preciso mudar. - Governança clínica -garantir a qualidade dos cuidados, através de auditorias, práticas baseadas em evidência, desenvolvimento profissional contínuo, avaliação do risco, registro de incidentes e um sistema de monitoramento do desempenho dos profissionais de saúde.	minoria de GPs priorizar o seu pagamento em detrimento dos interesses dos pacientes.
ESPANHA	- Introdução do conceito de gestão participativa por objetivos - Os serviços de saúde são prestados e geridos mediante acordos, convênios ou contratos com pessoas ou entidades públicas ou privadas - Diversas experiências de autogestão em diferentes comunidades autônomas, com recurso aos processos de contratualização. - Gestão pública direta de natureza administrativa, que descentraliza e transfere a responsabilidade da gestão para as Equipes, com maior grau de coordenação com os cuidados especializados, incluindo experiências de gestão única -Eixos estratégicos: gestão por processos de assistência orientada para a continuidade dos cuidados, gestão clínica, gestão por competência, acreditação de qualidade e estratégia digital. - Utilização de agências, entidades prestadoras, com novas formas jurídicas de gestão - associações de	

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
	médicos de família que se responsabilizam também pela aquisição de serviços especializados, e os consórcios, que disponibilizam uma oferta integrada de serviços de cuidados primários e especializados. - Contratos de gestão, com estabelecimentos de objetivos e metas e uma maior descentralização dos processos decisórios e de gestão do risco.	
AUSTRÁLIA	- Contratos com base no desempenho: • Reconhecer as práticas de clínica geral que prestam cuidados de qualidade e que se encontram acreditadas ou em processo de acreditação • Incentivos financeiros aos médicos de clínica geral em virtude da monitorização, promoção e prestação de serviços de vacinação a crianças com menos de sete anos de idade. - As recentes <i>GP Super Clinics</i> recebem os seus orçamentos com base em especiais acordos de financiamento que explicitarão em detalhe todos os seus termos e condições.	- Falta de medidas claras e consistentes no setor devido, em parte, à separação de responsabilidades para os CSP; - Fraco planeamento ao nível da integração de cuidados, em consequência de sistemas de financiamento e responsabilização inadequados e falta de estruturas regionais de acompanhamento efetivas; - Dificuldades no acesso a coordenação multidisciplinar e cuidados multissetoriais, especialmente para doentes crónicos, refletindo fracos vínculos entre a clínica

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
		geral e os cuidados privados na comunidade
PORTUGAL	Estruturação, organização e classificação das USF, de acordo com o grau de desempenho no sistema (grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico): - Modelo A - em fase de aprendizagem e experimentação da lógica contratual; - Modelo B - tem desenvolvimento institucional compatível com níveis mais exigentes de contratualização. Nos modelos A e B, as USF pertencem à administração pública direta. -O modelo C- refere às USF dos setores social (organizações não governamentais ou filantrópicas), cooperativo ou privado, não foi implementado.	- Assimetrias regionais não foram consideradas no processo de contratualização - Existe um desfasamento entre as metas e indicadores e a experiência e maturidade das equipes - Persiste o modelo impositivo que se afasta de uma contratualização de base cooperativa, negocial e responsabilizante
CANADÁ	- Momento atual na evolução da contratualização - contornar a fragmentação e a lentidão dos avanços alcançados até ao momento, instigando e acelerando um processo que se afasta das diversas experiências nos cuidados primários, geralmente breves e dispersas. - Construção de uma base de 12 indicadores de qualidade clínica que	- Desde há pelo menos uma década, é uma área onde faltam dados comparáveis e estandardizados para servirem de apoio a uma análise sistemática que, por sua vez, permita compreender melhor e sustentar a

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
	têm como finalidade, entre outras, a monitorização do desempenho nas áreas da prevenção, segurança do doente, qualidade e resultados e a promoção de um entendimento das variações sócio-demográficas e das particulares necessidades da população, o que sustentará, a longo prazo, o planeamento dos serviços.	prestação dos serviços de saúde
HOLANDA E ALEMANHA	Caracterizam-se por terem presentes no sistema de saúde um quase-mercado de seguros de saúde e destacam-se também pelos diferentes processos de contratualização, estabelecidos entre as seguradoras e os prestadores de cuidados médicos. ALEMANHA: - Prestação de cuidados orientada para a população, reforçando o papel dos cuidados primários como coordenadores do ciclo de cuidados do doente - Equipe multidisciplinar- não apenas responsável pelo tratamento da doença, mas também pela manutenção e promoção da saúde da população. - A competição introduzida com a reforma de 2007 veio conceder às seguradoras novas possibilidades na configuração dos contratos, sendo possível, por exemplo, contratualizar diretamente com os médicos que prestam cuidados de saúde em consultórios privados.	O Governo holandês previa que o atual

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
	-Muitas das reformas encontram-se, porém, ainda em fase de implementação, dada a sua introdução ainda tão recente, não sendo possível por enquanto uma avaliação sistemática. HOLANDA: Predomina a contratualização seletiva-que permite negociar uma relação mais favorável entre qualidade e preço para os subscritores.	modelo de mercado de saúde regulado fosse orientado pela procura e pelas expectativas e necessidades da população. Porém, a competição tem sido estabelecida unicamente com base no preço, sendo a qualidade uma arma pouco determinante na atração de subscritores.
FRANÇA	- Constituído essencialmente pela negociação, entre os profissionais de saúde e as seguradoras, de disposições referentes aos serviços prestados, enquadradas nos acordos de boas práticas estabelecidos ao nível nacional e regional para a respectiva área profissional. Estes acordos, com a duração de cerca de cinco anos, têm por objetivo essencial obter o compromisso individual dos profissionais na melhoria e na eficiência das suas práticas, em troca de incentivos financeiros. Os médicos podem, no entanto, aceitá-los ou rejeitá-los.	
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	- Caracterizado pela recente existência de uma proteção praticamente universal na saúde, espera-se atualmente uma mudança no sistema de seguros que passe a oferecer um conjunto de escolhas	

PAÍSES	CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	FRAGILIDADES
	alargado de planos de seguros privados e, simultaneamente, a opção por um novo plano de seguro público.	

ANEXO 4

INDICADORES PMAQ-AB MINISTÉRIO DA SAÚDE

Área Estratégica	Natureza de uso	
	Desempenho	Monitoramento
1. Saúde da mulher	1.1. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; 1.2. Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; 1.3. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 1.4. Proporção de gestantes com o pré-natal em dia; 1.5. Proporção de gestantes com vacina em dia; 1.6. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.	1.7. Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. Saúde da criança	2.1. Média de atendimentos de puericultura; 2.2. Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo; 2.3. Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; 2.4. Proporção de crianças menores de dois anos pesadas; 2.5. Média de consultas médicas para menores de um ano; 2.6. Média de consultas médicas para menores de cinco anos.	2.7. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer; 2.8. Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio; 2.9. Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
3. Controle	3.1. Proporção de diabéticos	3.5. Proporção de diabéticos

Área Estratégica	Natureza de uso	
	Desempenho	Monitoramento
de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	cadastrados; 3.2. Proporção de hipertensos cadastrados; 3.3. Média de atendimentos por diabético; 3.4. Média de atendimentos por hipertenso.	acompanhados no domicílio; 3.6. Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.
4. Saúde bucal¹⁷⁴	4.1. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; 4.2. Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 4.3. Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; 4.4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	4.5. Média de instalações de próteses dentárias; 4.6. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; 4.7. Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.
5. Produção geral	5.1. Média de consultas médicas por habitante; 5.2. Proporção de consultas médicas para cuidado continuado / programado; 5.3. Proporção de consultas médicas de demanda agendada; 5.4. Proporção de consultas médicas de demanda imediata.	5.5. Proporção de consultas médicas de urgência com observação; 5.6. Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência; 5.7. Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado; 5.8. Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar; 5.9. Média de exames solicitados por consulta médica básica;

¹⁷⁴ A contratualização de indicadores de Saúde Bucal só se aplicará nas situações em que a adesão da EAB for vinculada a uma ESB.

Área Estratégica	Natureza de uso	
	Desempenho	Monitoramento
		5.10. Média de atendimentos de enfermeiro; 5.11. Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada; 5.12. Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.
6. Tuberculose e hanseníase		6.1. Média de atendimentos de tuberculose; 6.2. Média de atendimentos de hanseníase.
7. Saúde mental		7.1. Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas; 7.2. Proporção de atendimentos de usuário de álcool; 7.3. Proporção de atendimentos de usuário de drogas; 7.4. Taxa de prevalência de alcoolismo

Área Estratégica	Natureza de Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

ANEXO 4A ¹⁷⁵

**QUADRO DE INDICADORES DE CUMPRIMENTO DA GESTÃO,
MUNICÍPIO RJ. (Variável 1)**

NA	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
01	Manutenção de comissões de Prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal (D) Nº de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário e a periodicidade das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
02	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES (D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	90%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
03	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60 a 90 %	Pretende-se avaliar a longitudinalidade do cuidado e vinculação além da Inter substituição na falta do profissional.

¹⁷⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Anexo Técnico B do Contrato de Gestão: Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde - Área de Planejamento

NA	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
04	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de altas realizadas}}{(D) \text{ total de usuários que iniciaram o tratamento}} \times 100$ <i>(acumulativo para os últimos 12 meses para numerador e denominador)</i>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	80%	Considerar a possibilidade de a equipe de SB registrar “alta por abandono”. Incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.
05	Programação anual de atividades das unidades	Proporção de unidades com programação entregue até 05 de fevereiro do ano corrente ou até 30 dias após inauguração de nova clínica	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com programação registrada}}{(D) \text{ Total de unidades}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
06	Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades	Proporção de atividades realizadas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de atividades realizadas}}{(D) \text{ total de atividades previstas no trimestre}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês de implantação da clínica)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a realização da programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
07	Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	Proporção de escolas cobertas na área da unidade	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam alguma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (considerar apenas meses letivos das escolas)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.

NA	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
08	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico	$\frac{\text{(N)} \\ \text{Nº de consultórios e outros postos de trabalho com terminais do prontuário eletrônico}}{\text{(D)} \\ \text{Total de consultórios e outros postos de trabalho registrados no CNES (*)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a quantidade de postos de trabalho informatizados detalhando por sala. Como parâmetro cada unidade deve ter um computador com o prontuário instalado em cada consultório da unidade além dos demais postos de trabalho previstos descritos na observação (*).
09	Acesso a utilização de insumos para saúde bucal	Percentual de escovação dental supervisionada com entrega de kits de Saúde Bucal nas escolas e creches públicas no território	$\frac{\text{(N)} \\ \text{Total de alunos com escovação supervisionada com entrega de kits individuais aos alunos das escolas e creches públicas}}{\text{(D)} \\ \text{Total de alunos das escolas e creches públicas da área de abrangência da unidade.(**)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SB deve registrar as atividades realizadas e número de kits individuais entregues a partir desse cadastro realizado.
10	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	$\frac{\text{(N)} \\ \text{Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)}}{\text{(D)} \\ \text{Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx. R\$ 51,78	

NA	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
11	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	$\frac{\text{(N)} \quad \text{Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP)}}{\text{(D)} \quad \text{Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx. R\$ 41,80	
12	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{\text{(N)} \quad \text{Nº de declarações de abastecimento adequado}}{\text{(D)} \quad \text{No de unidades recebendo apoio a gestão}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens. A avaliação é a média dos 3 meses.
13	Descentralização do fornecimento de insulina	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{\text{(N)} \quad \text{Nº de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{\text{(D)} \quad \text{Nº total de unidades na área (***)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de insulina distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa insulina se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{\text{(N)} \quad \text{Nº de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{\text{(D)} \quad \text{Nº total de unidades na área (***)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.

NA	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Nº de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário Nº total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para tuberculose e hanseníase distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento para tuberculose e hanseníase se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Nº de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário Nº total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
17	Regularidade no envio da produção (BPA e SIAB)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário Nº total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB é até dia 22 de cada mês e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
18	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SIAB	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SIAB de sua unidade Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SIAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.

(*) entende-se como outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);

(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMSDC não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.

ANEXO 4B

QUADRO DESCRITIVO DOS INDICADORES PRODUÇÃO NO ÂMBITO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MUNICÍPIO RJ. (Variável 2)

Acesso

1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família,
2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada.
3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos,
4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos,
5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados,

Desempenho Assistencial

1. Percentagem de mulheres entre os 20 e 50 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses,
4. Percentagem de crianças com vacinas em dia atualizado aos 2 anos,
5. Percentagem de crianças com vacinas em dia aos 6 anos.
6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre,
7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias,
8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados

Satisfação dos Pacientes

1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC). (Caso este indicador não seja alcançado os demais sequer serão analisados)

Eficiência

1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,
2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,
3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME,
4. Percentagem de pacientes encaminhados,

5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG.

ANEXO 4C

QUADRO DOS INDICADORES INCENTIVO À GESTÃO DA CLÍNICA, MUNICÍPIO RJ. (Variável 3)

Quadro de indicadores da **Parte variável 03** - incentivo à gestão da clínica

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10