



UFES – UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS ERECHIM
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS SOCIAIS

MARISA FÁTIMA VANZO BAGATINI

**A OPÇÃO PELA CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL COMO MODELO DE GESTÃO E
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PÚBLICOS**

Erechim, Julho de 2018

MARISA FÁTIMA VANZO BAGATINI

**A OPÇÃO PELA CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL COMO MODELO DE GESTÃO E
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PÚBLICOS**

Monografia apresentada como requisito parcial para Conclusão de Curso de Licenciatura em Ciências Sociais, da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus de Erechim, como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciado em Ciências Sociais.

Professor Orientador: Dr. Gustavo Giora

Erechim, Julho de 2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bagatini, Marisa Fátima Vanzo

A opção pela contratualização dos serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul como modelo de gestão e transferências de recursos públicos / Marisa Fátima Vanzo Bagatini. - 2018. 54 f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Giora .

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, curso de Licenciatura em Ciências Sociais - Erechim, RS, 2018.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Serviços públicos de saúde. 3. Contratualização. I. Giora, Gustavo, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Identificação da obra elaborada pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARISA FÁTIMA VANZO BAGATINI

Título: "A opção pela contratualização dos serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul como modelo de gestão e transferência de recursos públicos".

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Licenciado em Ciências Sociais da Universidade Federal da Fronteira Sul

Orientador: Prof. Gustavo Giora

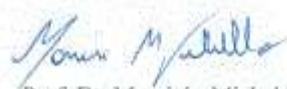
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

25/09/2018

Banca examinadora:



Prof. Dr. Prof. Dr. Gustavo Giora



Prof. Dr. Mauricio Michel Rebello



Prof. Me. Clovis Schmitt Souza

Dedico este trabalho ao meu esposo, por ter lutado todos esses anos não somente pela minha formação profissional e acadêmica, mas pelo meu crescimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar a oportunidade de viver este momento de crescimento pessoal.

A minha família, que entendeu a minha ausência nos momentos em que precisei me dedicar aos meus estudos.

Aos meus pais, que mesmo distante sempre me deram exemplo de honestidade e força.

Ao meu marido e a minha filha, que são as pessoas mais importantes da minha vida, e que, apesar de todas as dificuldades e ausências, sempre estiveram ao meu lado me dando força e motivação para que eu continuasse.

Aos meus amigos que conquistei nesses anos de graduação, e hoje estão distantes, mas que de certa forma se fazem presentes em minha vida.

Aos amigos e colegas de trabalho, pela compreensão, carinho e afetividade nesse período da minha vida.

Ao meu orientador, Dr. Gustavo Giora, pela orientação, paciência, confiança e apoio.

A todos os professores desta Universidade que, ao longo desses anos, estiveram sempre presentes, contribuindo para a minha formação.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”

Augusto Cury

A OPÇÃO PELA CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL COMO MODELO DE GESTÃO E TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PÚBLICOS

Resumo: Estudo realizado em referencial teórico, para averiguar as formas de contratualização dos serviços públicos e privados que prestam ações de saúde na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), para alcançar o objetivo geral de conhecer as formas de contratualização usadas pelo Estado do Rio Grande do Sul com as Organizações Sociais e sem fins lucrativos e a iniciativa privada, para prestarem ações e serviços no SUS e os objetivos específicos de apontar a diferenciação entre convênios e contratos realizados com instituições públicas e privadas, para prestarem serviços na rede do SUS, analisar os meios legais na firmação dos convênios e contratos efetuados entre o governo e as empresas prestadoras de serviços, identificar a responsabilidade da comissão de verificação de contratos e quais itens são analisados para identificar irregularidades e quais penalidades são aplicadas às prestadoras de serviços e levantar dados no portal de transparência de convênios e contratos firmados com instituições públicas e privadas que prestaram serviços na rede do SUS. Para a realização do estudo foi utilizado o percurso metodológico com revisão de bibliografia em conteúdos que abordaram a contratualização nos serviços públicos de saúde. Concluiu-se que o processo de contratualização na gestão pública nasceu da perspectiva de que o Estado, por meio de instrumentos contratuais, repassa às entidades não-estatais a execução de determinados serviços. Mas nesta transição, o Estado permanece como responsável pelas políticas públicas, exercendo o papel de financiador, indutor e regulador, para que os serviços sejam prestados adequadamente, com qualidade e eficiência definidas nos termos contratuais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Serviços Públicos de Saúde; Contratualização

ABSTRACT

THE OPTION FOR THE CONTRACEPTION OF HEALTH SERVICES IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL AS A MANAGEMENT AND TRANSFER MODEL OF PUBLIC RESOURCES

Abstract: This study was carried out in a theoretical framework to investigate the contractual forms of public and private services that provide health care in the Unified Health System (SUS) network, in order to achieve the general objective of knowing the forms of contracting used by the State of Rio Grande do Sul with social and non-profit organizations and private initiative to provide actions and services in the SUS and the specific objectives of pointing out the differentiation between agreements and contracts with public and private institutions to provide services in the SUS network, analyze the legal means in the signing of agreements and contracts between the government and service providers, identify the responsibility of the contract verification commission and what items are analyzed to identify irregularities and what penalties are applied to service providers and raise data in the transparency portal of agreements and contracts signed with public and private institutions that provided services in the SUS network. In order to carry out the study, the methodological course was used, with bibliographical review in contents that approached contracting in the public health services. It was concluded that the process of contracting in public management was born from the perspective that the State, through contractual instruments, passes on to non-state entities the execution of certain services. But in this transition, the state remains responsible for public policies, playing the role of financier, inductor and regulator, so that the services are provided properly, with quality and efficiency defined in the contractual terms.

Keywords: Unified Health System; Public Health Services; Contractualisation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Convênio assinado com o hospital no período de setembro de 2015.....	43
Tabela 2: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS.....	45
Tabela 3: Natureza Jurídica que gerencia as instituições que prestam serviços de saúde.....	47

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica
APS- Atenção Primária de Saúde
CAPS- Centro de Apoio Psicossocial
CACSS- Comissões de Acompanhamento dos Contratos dos Serviços de Saúde
CAMS- Centro de Assistencial Médica Social
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CO- Controle Organizacional
COAPS- Contrato Organizativo de Ações Pública Saúde
CF- Constituição Federal
CN- Conferência de Saúde
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CNASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
CNASMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRS- Coordenadoria Regional de Saúde
CR- Constituição de Saúde
CS- Conselho de Saúde
DAS- Departamento de Atenção à Saúde
DP- Direito Público
ESF- Equipe de Saúde da Família
GF- Governo Federal
HST- Hospital Santa Terezinha
NASF- Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PAIS- Programa de Atenção Integral de Saúde
PCEP- Protocolo de Cooperação Entre Públicos
PNAB- Política Nacional Atenção Básica
PNAH- Política Nacional de Atenção Hospitalar
PL- Plano Saúde
PNAH- Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNHHPP- Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte
PP- Poder Público
PRHE- Programa de Reestruturação Hospitais de Ensino

PS- Pública de Saúde

RS- Regional de Saúde

SAD- Serviço de Atenção Domiciliar

SCES- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SERGS- Secretaria Estadual Rio Grande Sul

SUDS- Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNA- Sistema Nacional de Auditoria

SUS- Sistema Único de Saúde

SPS- Serviço Público de Saúde

UB- Unidade de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

OS- Organização de Saúde

OSCIPS- Organizações Sociedade Civil de Interesse Público de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	16
2.1 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.2.SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	22
3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A CONTRATUALIZAÇÃO.....	24
3.1 CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	26
3.2 TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS	29
3.3 INSTRUMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	30
3.3.1 Cooperação Entre Entidade Públicas	31
3.3.2 Convênio	33
3.3.3 Contrato de Direito Público ou Administrativo.....	34
3.3.4 Contrato de Gestão	36
3.3.5 Plano Operacional.....	37
4 FORMA DE CONTARTUALIZAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL.....	38
4.1 DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL.....	40
4.2 COMISSÕES DE VERIFICAÇÃO DOS CONTRATOS	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Desde a medida provisória em 1591-1997, e posteriormente transformada na Lei 9.637/98, uma série de questionamentos e possibilidades se apresentaram frente à gestão, à organização e ao repasse de recursos para a prestação de serviços públicos de saúde no Brasil, pois o processo decorrente da Reforma do Estado possibilitou a transferência da prestação de serviços público de saúde a entidades privadas, por contrato de gestão, alternativa adotada para enfrentar a crise no Sistema Único de Saúde (SUS), desencadeada pela falta de políticas públicas, situação que gerou críticas severas que contestam a moralidade, a legalidade e as políticas públicas.

Neste trabalho, pretende-se averiguar a opção do Estado do Rio Grande do Sul pela contratualização de instituições privadas, para execução dos Serviços Públicos de Saúde (SPS), como modelo intermediário, para suprir a precariedade, pois o Estado assumiu compromisso de prestar atendimento universal à população através de um sistema eficiente e gratuito. Sendo assim, os gestores de saúde imaginam que conhecem o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, em especial o sistema de contratualização para a execução dos serviços de saúde na gestão do SUS. Entretanto, na realidade local onde os serviços funcionam, percebe-se o pouco conhecimento destes gestores sobre a funcionalidade deste serviço. Assim, pretende-se demonstrar as opções disponíveis na prestação de (SPS), para entender as razões do Estado do Rio Grande do Sul em optar, largamente, pelo modelo de contratualização direta, de empresas para a execução dos serviços de saúde e a maneira que operam no âmbito do SUS.

O objetivo empírico desta pesquisa é a contratualização dos Serviços de Saúde, cabendo explicar as razões da atuação do Estado neste setor, para acompanhar a evolução da saúde, pelo surgimento de novas drogas e novos equipamentos, que proporcionam melhor tratamento e cura para as diversas doenças que acometem a população. Junto com a necessidade da implementação de novas tecnologias, muitas delas são usadas sem critérios, acarretando e gastos públicos desnecessários e a perda de benefícios, quando não usados de maneira adequada.

Para compreendermos melhor a atuação do Estado no setor da saúde, dois fundamentos na Constituição Federal destacam o papel dos gestores na utilização dos recursos públicos, a equidade, que traduz a noção de justiça social, ou seja, um acesso e utilização dos equipamentos dos serviços de saúde de forma igualitária, de acordo com a necessidade e a eficiência, representam a realização do serviço com o menor custo possível

ou a obtenção de todos dos recursos disponíveis. Estes fundamentos implicam na atuação dos governos, na área de financiamento, para a prestação do cuidado e da regulação, funções de grande relevância entre si. “Da mesma forma, quando o Estado atua por meio de mecanismos de regulação e ou define a aplicação dos investimentos em saúde, pode garantir em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na alocação de bens e serviços” (BRASIL, 2011).

O Estado, exercendo a função reguladora, pode atribuir a outros a realização das ações e serviços e a má gestão dos governos, pode acarretar prejuízos à sociedade, pois se espera que o Estado atue em benefício do cidadão, distribuindo bens e serviços de acordo com a necessidade da população, e não por interesse de determinados grupos ou indivíduos.

Sendo assim, pelas Normas do SUS, as ações e serviços que eram de responsabilidade do Estado para a sua execução, foram delegadas ao município no processo de descentralização. Neste processo, as Secretarias Estaduais de Saúde assumiram a função de coordenar o Sistema de Saúde por meio de Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de assegurar a qualidade do acesso aos serviços.

Portanto, cabe à gestão estadual atuar no sentido de garantir o acesso a ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, fixando padrões de qualidade com eficiência e com base nos princípios de equidade e integralidade (BRASIL, 2011).

Em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, a descentralização passou a ser orientada pela regionalização e, conseqüentemente, desencadeou um processo contínuo de “compartilhamento de atividades mútuas”, através da atuação do governo, da sociedade e do cidadão. Assim, a estratégia de descentralização das ações e dos serviços de saúde pelo processo de regionalização ajudou na gestão do SUS, e também estabeleceu certos limites aos gestores estaduais e municipais.

A partir das reflexões sobre o papel da Secretaria Estadual de Saúde, na coordenação, articulação e regulação do sistema de saúde, nos últimos anos, poderemos entender a dinâmica e as opções que o Estado do Rio Grande do Sul tem para a contratação e a efetivação das políticas públicas de saúde, pois o processo de contratualização está articulado com diversas prestadoras de serviços, e assim buscamos demonstrar, o porquê da opção do Estado pela contratualização, como funciona esse sistema, e quais serviços são prestados por entidades públicas e por entidades particulares. Partindo desse princípio,

descrevemos como é realizado o modo de contratualização dos serviços de saúde, e o seu funcionamento na promoção de uma saúde, com qualidade dos serviços prestados.

Os objetivos desta pesquisa foram conhecer as formas de contratualização usada pelo Estado do Rio Grande do Sul, com as Organizações Sociais e sem fins lucrativos e iniciativa privada, para prestar ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), apontar as diferenciações entre convênios e contratos, realizados com instituições públicas e privadas para prestarem serviços na rede do SUS, analisar os meios legais na firmação dos convênios e contratos firmados entre o governo e as empresas prestadoras de serviços, identificar a responsabilidade da comissão de verificação de contratos e quais itens são analisados para identificar irregularidades e quais penalidades são aplicadas às prestadoras de serviços e levantar dados no portal de transparência de convênios e contratos firmados com instituições públicas e privadas que prestaram serviços na rede do SUS.

Para responder aos objetivos propostos no estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos publicados, manuais de saúde, Constituição Federal e Lei Orgânica 8080 do SUS, decretos e outras fontes publicadas na internet. Assim, o propósito desta pesquisa foi de fazer uma análise na área de saúde a respeito das formas de contratualização de instituições públicas e privada que prestam serviços na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma complementar. Os estudos encontrados foram lidos e as ideias foram interpretadas e transcritas para compreender a opção do Estado do Rio Grande do Sul pela contratualização.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Um conjunto de ações e serviços de saúde é prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais e também da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo Poder Público (PP). Os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população são executados de forma direta ou indireta e mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizados de forma regionalizada e hierarquizada. A respeito, disposições Gerais da Lei nº 8.080, de 19/9/1990:

Art. 2^a A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1.º 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.

Ainda dentre as competências do SUS, no art. 200, está a prestação à saúde, nos níveis primário (promoção de saúde), secundário (diagnóstico e tratamento de doenças) e terciário (recuperação da saúde), e as ações na área de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

O modelo público de prestação de serviços do SUS, no Brasil, é com ações de saúde em âmbito nacional, sempre incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e na democratização da gestão. Estas ações visam integrar os subsistemas de saúde pública, com o de assistência previdenciária, no ramo da medicina preventiva e curativa, na integração dos serviços públicos e privados, com ações feitas em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível do governo, segundo as diretrizes da

descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde, e da participação da comunidade, visando ao controle social (BRASIL, 2011).

Segundo Paim (2009), o direito à vida, como direito humano básico, deveria constituir os primeiros fundamentos de qualquer Constituição que almeja um país democrático e pluralista, que tem como prevalência a igualdade e a justiça, como valores supremos da sociedade. Contudo, na Constituição originária, os primeiros fundamentos são: a dignidade da pessoa humana, a cidadania, a sociedade livre, justa e solidária, com erradicação da pobreza, a prevalência dos direitos humanos e do direito à vida e à saúde como fundamental.

Por ser direito de todos e obrigação do Estado, como está definido no art.196, Paim diz que

de início e de forma muito simples, poderíamos dizer que um sistema de saúde é o conjunto de agências e agente cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Essas agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) fazem parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde. Tais organizações e pessoas que integram o sistema são partes de um todo, mas cabe alertar que o todo pode ser mais que a mera soma das partes (2009, p13).

Os serviços do SUS são amplos e abrangem tanto ações como serviços de saúde da atenção básica, da atenção de média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2018)

As instituições públicas, filantrópicas ou privadas que realizam ações de saúde pelo SUS buscam o bem estar do paciente ou da comunidade na tentativa de cuidar, prestar assistência para recuperar a saúde da população em geral. As ações de saúde podem ocorrer nos ambientes dos hospitais públicos ou particulares, nas clínicas de reabilitação e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ações de saúde nas USB dos municípios são realizadas por equipes de multiprofissionais, compostas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, agentes comunitários de saúde e outros. Os pacientes que necessitam de tratamento e cuidados de outros serviços são referenciados aos serviços integrados ao SUS de média complexidade, aos hospitais ou aos serviços de alta complexidade, estes de referência do Estado, para solução dos problemas de saúde do usuário (PAIM, 2009).

Segundo Paim (2009), os estabelecimentos públicos de saúde que desenvolvem ações de saúde pertencem aos municípios, ao Estado, ao Distrito Federal ou à União e são pagos com dinheiro dos impostos. Já os serviços de saúde prestados por instituições particulares são mediante contrato firmado com o poder público, que necessita do serviço da instituição e repassa verbas para pagar os atendimentos realizados a população.

Os serviços de saúde são realizados com planejamentos, mediante as necessidades da população e na sua área geográfica de abrangência, pois a regionalizada possibilita a distribuição dos serviços de saúde na área de atuação de responsabilidade da união estadual, federal, estadual e dos municípios, que executam as ações e serviços públicos, pelas políticas públicas na sua área de responsabilidade. Visto que o SUS está sempre promovendo ações de saúde preventiva e curativa, também busca solucionar os problemas de saúde da população, de maneira adequada, conforme a necessidade de cada população, na sua área de cobertura, em cada bairro, distrito, cidade ou região (PAIM, 2009).

As ações e serviços do SUS são realizados por rede regionalizada, hierarquizada e organizada, a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade, pois no Brasil, o SUS desenvolve as ações e serviços de saúde, conforme estabelecido nas leis que objetivam para a sociedade a igualdade, uma sociedade solidária e democrática, sem privilégios e discriminação, ou seja, todos os brasileiros podem ter acesso gratuito ao serviço de saúde, sem qualquer discriminação ou preconceito (PAIM, 2009).

Os Princípios e Diretrizes do SUS que constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema no país, foram discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde de (CNS) de (1986) com a Constituinte de (1987 a 1988), onde se chegou ao consenso político de constituir um fator decisivo para a conformação federativa do SUS, com a defesa de três convergentes: 1) gestão compartilhada nos âmbitos federal, estadual e municipal, com direção única em cada esfera de governo; 2) descentralização, que concede papel destacado à gestão municipal e 3) funcionamento obrigatório do controle social, por meio dos conselhos de saúde (BRASIL, 2011). Os princípios e diretrizes discutidas foram:

Universalização: a saúde como direito de cidadania e dever do Governo: nas esferas municipais, estaduais e federal. Assim sendo, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e aos serviços contratados, independentemente de sexo, da raça, da renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Está é a garantia da atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (BRASIL, 2011)

Equidade: princípio de justiça social, que busca diminuir as desigualdades, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, com maiores investimentos nas áreas mais carentes, porque as pessoas não são iguais, mesmo se todos tiverem direito aos serviços, existem necessidades diferentes em determinada população, pois pela equidade, se investe mais nas áreas ou regiões mais carentes. Neste sentido, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida (BRASIL, 2011)

Integralidade: é a garantia do provimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, necessários em cada caso, para todos os níveis de complexidade de assistência. Neste caso, a pessoa deve ser considerada como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Portanto, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Neste critério, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2011)

Hierarquização e da Regionalização: além de prover à divisão dos níveis de atenção, é uma garantia nas formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis numa dada região. Precisa ainda, incorporar a rotina de acompanhamento dos serviços de saúde, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações do nível básico do serviço (contra referência). Nestes casos, os serviços necessitam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, circunscritos a uma área geográfica delimitada, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com a definição e o conhecimento da clientela a ser atendida. A população tem acesso a estes serviços pela atenção primária que tem a qualificação para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde à população, os demais casos devem ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2011)

Descentralização e Comando Único: é a redistribuição do poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. A descentralização na saúde tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e também garantir o controle e a fiscalização dos serviços pelos cidadãos, pois, quanto mais perto estiver a decisão, maiores são as chances de acerto. Neste a responsabilidade pela saúde do SUS deve ser descentralizada até os municípios, que devem ser dotados de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função, mas a decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do

problema. Portanto, a descentralização ou municipalização é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e também de transferir a responsabilidade aos municípios pela saúde dos seus cidadãos e, ainda, uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados na região. No entanto, para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único em cada esfera de governo que é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. De tal modo, que a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da saúde, nos estados pelos secretários estaduais de saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde (BRASIL, 2011)

Participação Popular: é a participação da sociedade nas discussões que deram origem ao SUS, para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, pelo exercício do controle social. Entretanto, devem ser criadas em todas as esferas do governo canais de participação popular na gestão do SUS, iniciativas que são voltadas à promoção dessa participação a criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 2011)

Resolubilidade: é a exigência de solução de um problema no atendimento de um indivíduo, ou de um impacto coletivo sobre a saúde dos indivíduos, neste caso o serviço correspondente para o atendimento deve estar capacitado para enfrentar e resolver até o nível da sua competência (BRASIL, 2011)

2.1 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Reis et al. (2018), no ano de 1982 foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), com os serviços da Atenção Primária (AP), onde a rede ambulatorial era a referência para a porta de entrada dos usuários nos atendimentos pelo SUS. A integração das instituições era mantida nas diferentes esferas de governo, na forma regionalizada e hierarquizada, pela criação do sistema de atendimento por referência e contra referência dos usuários, sendo que a atribuição de prioridade era para a rede pública de serviços de saúde, com a complementação pela rede privada. O programa previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação na transferência dos pagamentos pelos serviços prestados, com o efetivo controle, a racionalização de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios para a realização dos procedimentos. A VII CNS, no ano de 1986, com a intensa participação da população, deu o

fim na ditadura militar, e a origem do princípio de “saúde como direito universal do cidadão e como dever do Estado”, princípio que foi implantado da Constituição de 1988. As propostas das Conferências de Saúde (CS) que surgiram posteriormente, foram contempladas na Constituição Federal (CF) e nas leis orgânicas da saúde dos Municípios. A criação dos Sistemas Unificados e a Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, foram implantadas as diretrizes de: universalização e equidade no acesso aos serviços; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e a implementação de distritos sanitários. Neste período, o Governo Federal (GF) começou a repassar as verbas para que os Estados e Municípios ampliassem suas redes de serviços e ações que deu origem à descentralização dos serviços no SUS.

Em 1988 foi aprovada a Constituição do Cidadão que estabeleceu a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Nela os pontos básicos discutidos foram as necessidades individuais e coletivas, consideradas de interesse público, e o atendimento como um dever do Estado, na assistência médica sanitária e de forma integral, que passou a ter caráter universal e destinou a assegurar a todos o acesso aos serviços, que foram hierarquizados com gestão descentralizada. O custeio dos serviços deveria ser com os recursos da União, Estados e Municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde (CS), com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços. No ano de 1990, foi criado o SUS, que deu origem à Lei nº 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Na primeira lei deu origem aos objetivos e atribuições do SUS; a organização, direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera; a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento. Na sequência foi criada a Lei nº 8.142 que dispõe a forma da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e também instituiu-se os CS e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais. Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais Saúde (CNSESM) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CNSMS) (REIS et al; 2018).

A Atenção Primária de Saúde (APS) foi criada em 1978, como porta de entrada dos pacientes aos serviços de saúde pública de “baixa” complexidade, serviços que com o tempo se constatou que podem ser de baixa densidade tecnológica (utilizar menos tecnologia e equipamentos), mas não de baixa complexidade. Visto que, na atualidade, os atendimentos

prestados aos usuários nas instituições de saúde são complexos por exigirem inúmeras habilidades, competências e conhecimentos dos profissionais que atuam no cuidado. A ampliação do acesso aos serviços de saúde pelo usuário na atualidade é por diferentes formas no sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades e possibilidades. O primeiro atendimento realizado no paciente pelo acolhimento, já identifica e encaminha o mesmo para ser acompanhado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) ou equipes convencionais das UBS. Pois, os serviços de saúde, estão estruturados e organizados de acordo com seu perfil e são classificados em básicos e especializados, sendo esses, de média e alta complexidade (BRASIL, 2016).

2.2SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2016) transferiu a responsabilidade aos municípios, na gestão plena da Atenção Básica(AB) e a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi uma ferramenta importante na AT ou na APS, preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 648 de 2006, e redefinida pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que traz a seguinte definição:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o Contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

O atendimento aos usuários nas Unidades de Saúde (US) é realizado pelos profissionais das ESF e é articulado com as equipes de saúde bucal, no atendimento a toda a população. Estes profissionais formam uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dão apoio à ESF com profissionais psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros. Os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), outro serviço que integra a rede da AT, com atendimento a pessoas com transtornos mentais em interação com as famílias. Os CAPS são implantados em municípios pelos dados populacionais: CAPS tipo I, em municípios de 20 a 70 mil habitantes; CAPS tipo II, de 70 a 200 mil habitantes; CAPS tipo acima de 200 mil habitantes; CAPS ad (álcool e drogas), para municípios de 70 a 200 mil habitantes; CAPS i (crianças, adolescentes e jovens até 25 anos), em municípios com acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2016).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realiza serviços de pronto-socorro à população em casos de emergência, para reduzir o número de mortes e as sequelas decorrentes da falta do atendimento em tempo rápido. O serviço funciona ininterruptamente (24 horas/dia e sete dias/ semana), com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas com atendimento às urgências em todas as áreas (trauma, clínica, pediátrica, ginecologia obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica) e realiza atendimentos de urgência e emergência em diferentes locais, desde residências até vias públicas e rodovias (BRASIL, 2016)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são as portas de entrada para as urgências hospitalares, são referência às UBS e são também porta de entrada para os casos que requerem maior urgência no diagnóstico e definição do tratamento, nas mesmas áreas acima citadas e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), realiza atendimento às pessoas com alta hospitalar, mas que requerem cuidados específicos para sua recuperação, por incapacidades, dificuldades de locomoção, manutenção de aparelhos e/ ou equipamento por período prolongado (ex.: sondas, terapia nutricional), entre outros (BRASIL, 2016).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A CONTRATUALIZAÇÃO

Quanto à definição de políticas públicas, são várias as definições trazidas por diversos autores. Muitos destacam a PP como forma de solucionar problemas, mas a mais conhecida é a de H. Laswell, onde a análise das PP deve responder as questões de “quem ganha o quê, por que e que diferença faz”. A PP passa a ser uma área do conhecimento que busca analisar, propor mudanças e colocar o governo em ação, ou seja, em uma democracia os governos buscam através de PP planejar e organiza seu programa de governo, com o objetivo de proporcionar mudança, que beneficie a sociedade. No entanto, não cabe somente ao Estado e aos governos, definir e pôr em pratica as PP, como também não é necessário que o Estado opte por políticas impostas, por aqueles que permanecem no poder, bem como aos interesses de uma única classe social. Porém, há os que defendem que o Estado possua uma autonomia maior nesse processo de definição de PP, permitindo que o mesmo ocupe um campo mais amplo de atuação.

Essa autonomia relativa gera determinadas capacidades, as quais, por sua vez, criam as condições para a implementação de objetivos de políticas públicas. A margem dessa “autonomia” e o desenvolvimento dessas “capacidades” dependem, obviamente, de muitos fatores e dos diferentes momentos históricos de cada país (SOUZA, 2006).

Assim, além dos governos, os movimentos sociais e os grupos de interesses também participam da formulação da PP. Apesar de que, mesmo com “limitações e constrangimentos”, as instituições governamentais estão presentes no modo de governar a sociedade. Muitos governos deixam de promover ou promovem muitas ações necessárias para a sociedade, até mesmo porque são muitos os modelos de PP onde cada governo planeja a sua.

O autor Theodor Lowi, desenvolve uma tipologia em que “[...] cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas deferentes” (Souza, 2006). A PP passa a assumir formas como a das “políticas distributivas”, onde o governo não considera os limites de todos os recursos e passa a gerar efeitos, como privilegiado a certos grupos ou regiões. Já a questão das “políticas regulatórias”, que nada mais é que uma política de interesses, ou seja, questão burocrática. E as “políticas redistributivas” implicam em perdas e ganhos de um grande grupo de pessoas, exemplificando, o sistema previdenciário e as “políticas constitutivas” trabalham com procedimento. Os autores Lindbom, Caiden e Wildavsky passam a compreender a política

pública partir do “incrementalismo”. “Assim, as decisões dos governos seriam apenas incrementais e pouco substantivas” (Souza, 2006). Isso traz uma visão de que as determinações realizadas no passado estariam presentes nas decisões futuras dos governos, isso traria limites para novas políticas públicas.

O ciclo de política pública seria um ciclo deliberativo que destaca a definição de agenda, do por que, muitas questões políticas estão presentes nas agendas e muitas outras são deixadas de lado. Isso porque os governos definem suas agendas a partir dos problemas, em que os governos determinam que possuem condições de fazer algo para determinado problema, a partir de então construir uma consciência coletiva da necessidade de buscar a solução do problema. Isso se constituiria através das eleições, mudando o governo, sendo eleito um novo com nova ideologia. Nesse sentido de nova ideologia e consciência coletiva é fundamental, para que o governo possa decidir a agenda. Os participantes também ocupam um espaço fundamental, sendo esses classificados em visíveis (mídia, partidos e políticos) que definem a agenda e os invisíveis (burocracia) que definem as alternativas.

Muitos governos na tentativa de PP eficiente passam a ser influenciados pelo ajuste fiscal e pelo “novo gerencialismo público”. “Assim, a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer PP, aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das PP para instituições com “independência” política” (Souza, 2006). Além da eficiência, a credibilidade das PP também passa a ser um fator importante, onde o poder de decisão dos políticos perderia forças pelas regras pré-anunciadas, essas seriam mais eficientes. A credibilidade é composta por regras bem esclarecidas, ao contrário dos políticos e burocratas, que passam a organizar suas PP conduzindo a inconsciência.

Vários países em desenvolvimento são influenciados pelas PP do “novo gerencialismo público”, que buscam colocar em prática o modelo PP participativa, ou seja, seria atribuído a grupos sociais comunitários o poder de decisões e de escolhas de problemas. Exemplificando, o Brasil possui o “Orçamento participativo”, que seriam PP elaboradas por governos, onde a população escolhe através de eleições o que vai ser posto em prática.

Deste modo, outros campos teóricos passam a influenciar a PP como o “neo-institucionalismo”, que destaca a importância das instituições na elaboração e na ação das PP. Um dos fatores que ajudaram no debate tem sido a teoria da escolha racional, em que as ações coletivas gerariam bens coletivos, bem como unir os interesses geraria uma ação coletiva. Nesse sentido, as instituições ajudam na formulação das decisões, mas a “ação racional” do que decidem não está limitada somente aos seus “autointeresses”. Sendo assim, os interesses

das PP são projetados não apenas pelo “auto interesse, mas por processos históricos de cada país, além do fator instituição em que as pessoas participam em conjunto com os demais e por ideias novas. Portanto, as instituições e as regras que regem essas instituições influenciam nos resultados das PP, isso porque elas facilitam o andamento de certas políticas, além de definirem a implementação de muitas PP. Assim, além dos indivíduos ou grupos, as regras que regem as instituições também influenciam nas PP.

3.1 CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Através da contratualização dos serviços de saúde pela necessidade de complementar a rede no SUS, os contratos são firmados com as empresas privadas que participam do SUS de forma complementar, pois a contratualização dentro do Sistema Público de Saúde (SPS) é um conjunto de deveres e obrigações firmados entre contratante, e contratados, através de pactos. O contrato é firmado por metas, sendo avaliado mediante a verificação dos resultados. Assim, se produz uma contratualização formal. No que se refere aos recursos públicos em saúde, o contrato passa a ser de fundamental importância, possibilitando um acompanhamento das unidades que prestam serviços de saúde, permitindo assim, uma intervenção quando necessário, por parte do contratante, fazendo se necessário um monitoramento eficiente e contínuo, para que se tenha um serviço de qualidade.

Portanto, o Plano de Saúde (PL) é um planejamento da Gestão Estadual para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de ajudar na formulação das políticas públicas (PP) com base na necessidade de saúde de cada população, a partir de uma análise das necessidades de cada região, definindo assim as diretrizes, objetivos e metas por um período de quatro anos, e que será feito o monitoramento e a avaliação em nível estadual. O financiamento do SUS é realizado pelo governo federal, estadual e municipal, com objetivo de custear as despesas da saúde pública.

A Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (SERGS), juntamente com o Departamento de Ação em Saúde (DAS) tem como objetivo auxiliar a Atenção Básica à Saúde (ABS), como as Unidades Básicas (UB) municipais de saúde e estratégia de saúde da família (ESF), sendo essa a porta de entrada e articulação das pessoas que necessitam do SUS

para custear sua saúde. O DAS também organiza as PP de saúde no Rio Grande do Sul, (RGS), através da gestão, ciclos vitais, diversidade e transversalidades e atenção básica (AB), além de planejar e monitorar as ações desenvolvidas, organizada de forma a atender todo o território do Estado.

Os recursos federais que são destinados para custear os serviços de saúde são organizados e repassados em “blocos de financiamentos”, sendo esses formulados através das especialidades pactuadas: Gestão do SUS, AB, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde e da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar pela Portaria nº 3.319 de 2009, que incluiu os hospitais do Estado do Rio Grande do Sul e do Ceará na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e no cumprimento dos requisitos exigidos para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte estabelece:

Art. 2º Determinar que a transferência dos recursos financeiros referentes ao Incentivo à Contratualização (IAC), estabelecidos na [...] portaria, a serem incorporados ao limite financeiro anual da média e alta complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar dos Estados ocorra mediante a publicação de Portaria específica, condicionada ao envio dos instrumentos formais de contratualização para a Secretaria da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 3º Os recursos especificados [...] se referem aos valores de incentivo de contrapartida ministerial para a contratualização de Hospitais de Pequeno Porte, calculados conforme os parâmetros da política nacional, devendo compor a orçamentação global pactuada de cada unidade participante, e de acordo com o definido pelos gestores na programação loco - regional dos Estados.

Art. 4º Definir que os Estados farão jus à parcela mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) dos valores definidos na [...] Portaria.

Art. 5º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho [...] da Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada (BRASIL,2009).

Os repasses de AB são mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante o pacto ou contrato firmado pelos três níveis do governo, juntamente com o tribunal de contas, que regula a contratualização dos prestadores de serviços do SUS, sendo essa uma obrigação dos gestores públicos. Esse pacto determina a contratualização de 50% das unidades privadas para o atendimento do SUS. Sendo esses, hospitais, clínicas, laboratórios, dentre outros. Essa contratualização segue uma ordem, ou seja, em primeiro lugar é preenchida a capacidade das instalações públicas, em seguida contratam-se os filantrópicos e por último se contrata as instalações privadas. Esses contratos são feitos por um período de um ano, podendo ser prorrogados por um período máximo de cinco anos, conforme interesse de ambas as partes ou podendo ser cancelados, caso a entidade não cumprir com suas obrigações firmadas na contratualização.

Conforme Druck (2016), a participação das Organizações Sociais (OS) nos serviços de saúde pelos dados do IBGE de 2014, mostrou que no ano de 1999 as OS atingiram 27 estados e 5.570 municípios. Os trabalhadores estatutários municipais representavam 65%, diminuindo para 61,1% em 2014. O pessoal sem vínculo empregatício representou 13,4% subiu para 18,7% nos respectivos anos de 2012 e 2014. Os funcionários públicos estaduais, entre 2012 e 2014, diminuem para -5,9%, comparados com servidores sem vínculo, não concursados e não permanentes, que aumentou em 36,2%.

Dados analisados de 2014 do quadro de funcionários na saúde pública indicaram que na administração municipal representou 24%, do total de pessoal ocupado na administração municipal brasileira. O pessoal ocupado sem vínculo permanente foram 28,6% do total de pessoal. Existiam 27% celetistas e 23,1% estatutários no total dos serviços públicos municipal. Pessoal sem vínculo empregatício municipal era de 58,5% estatutários, 11,4% celetistas, 5% comissionados e 22% trabalhadores eram sem vínculo permanente. O modo de gestão, 88% (4.924) dos municípios possui estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade, destes, 10,6% (522) dos municípios, os estabelecimentos eram administrados por terceiros e sendo um total de 2.316 unidades que foram terceirizadas. Organizações administrativas, administradas por organizações sociais (OSs) 43%, administradas por empresas privadas 28,4%, administradas por consórcios públicos 18,2%, administradas por organizações de sociedade civil de interesse público (Oscips) 5,7%, administradas por cooperativas 3,2%, administradas por consórcios de sociedade 1,3% (BRUCK, 2016).

Após o pacto estadual, todos os serviços prestados ao SUS deverão ter contratados com os gestores públicos, como ocorre em nossa região, entre o Hospital Santa Terezinha (HST) e o Estado, que repassa mensalmente verbas para o hospital, pelos atendimentos realizados à população da região, área de abrangência de competência da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo essa unidade uma extensão do próprio governo. Portanto, o HST assume o compromisso de atender a população da região, prestando serviços de alta e média complexidade. Contudo, para que este atendimento à população seja estendido à população dos municípios vizinhos, estes precisam complementar os gastos financeiros, com repasse de verbas para o hospital, para cobrir gastos com atendimentos médicos e hospitalar à população de todos os municípios que encaminham os pacientes para o hospital em Erechim-RS (BRASIL, 2015)

Outro contrato realizado em nossa região é entre o Hospital de Aratiba com o Estado, para o atendimento das especialidades oftalmologia e 1 otorrinolaringologia, dos pacientes encaminhados pelos serviços de saúde pública. Os pacientes são referenciados com encaminhamentos de referência e contra referência, para o serviço especializado no Hospital de Aratiba após avaliação e a distribuição destes atendimentos é feita através da 11ª CRS que analisa a necessidade deste atendimento à população (BRASIL, 2017).

3.2 TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Para Vasconcelos Junior (2012), a terceirização é conceituada pela descentralização de serviços de uma empresa para outra, ou seja, uma terceira empresa vai realizar as suas atividades. Para Delgado (2006), no consenso do direito trabalhista, uma determinada empresa contrata os serviços de uma terceira empresa para o desempenho de suas atividades-meio. Di Pietro (2012) diz que terceirização é o fenômeno que dissocia a relação econômica de trabalho da relação jurídica correspondente. O trabalhador é contratado pela empresa terceirizada, esta firma um vínculo jurídico trabalhista com o trabalhador, e esta dissociação entre a relação econômica de trabalho firmado com a empresa tomadora e a relação jurídica da empregatícia, firmada com a empresa terceirizada produz desajustes no direito trabalhista.

A terceirização na Administração Pública ocorre, porque ela precisa de ajuda de terceiros para a execução de atividades. Vasconcelos Junior (2012) explica que lhe são afetados dois tipos de categorias: a terceirização por contrato de prestação de serviços de atividades ligadas aos serviços públicos e a terceirização por concessão ou permissão de serviços públicos com parceria público-privada, que terá respaldo constitucional. Os serviços de saúde que são executados pelo Estado de forma gratuita podem ser executados em parceria com a iniciativa como os de relevância pública:

Art. 197, CR/88: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198, CR/88: Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

Art. 199, CR/88: Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 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. § 2º - É vedada

a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

A criação da lei de responsabilidade fiscal, para Druck (2016), é para realizar o controle das contas públicas e dos gastos na contratação de funcionários públicos. Ela incentivou a terceirização dos serviços, dando origem à ampliação das modalidades de terceirização na esfera pública, por concessão, permissão, parcerias, cooperativas, organizações não governamentais (ONGs), OSs e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips). Assim, parte dos serviços públicos é realizada por trabalhadores contratados, por contratos temporários e tempo determinado, e não possuem os mesmos direitos dos funcionários públicos. Segundo Vasconcelos Junior (2012), a terceirização dos serviços está ligada à inexistência de vínculos, ou seja, de laços trabalhistas, entre o ente tomador de serviços e o empregado terceirizado, logo, o vínculo social dessa relação está a cargo da entidade interveniente.

A terceirização dos serviços públicos de saúde, segundo Druck (2016), revelou o abandono do Estado a sua responsabilidade social e também a promiscuidade nas relações público-privadas, por altos valores de dinheiro repassados às empresas privadas, sem critério de avaliação, planejamento, supervisão ou controle, de onde o dinheiro foi utilizado, quais empresas prestam serviços, quais serviços são prestados, e em quais condições são realizadas as atividades. Segundo Vasconcelos Junior (2012) apud Martins (1997), o aumento nos gastos públicos não condiz com os objetivos da terceirização, que é a redução de gastos, maior agilidade, flexibilidade e competitividade à empresa.

Dados do Tribunal de Contas da União (TCU) apontou aumentaram nos gastos com os terceirizados dos serviços, em comparação aos gastos com funcionários públicos no Departamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no ano de 2004, onde as despesas com o pessoal terceirizado representou em 410% das despesas com o próprio pessoal; do Ministério do Turismo, com 85%; do Ministério dos Esportes, com 159%; dos Ministérios de Desenvolvimento Social e Comércio, com 110% e do Ministério da Defesa, com 82% (DRUCK, 2016; AMORIN, 2009).

3.3 INSTRUMENTOS DE CONTRATAÇÃO

Na Lei 8.080/88 da Constituição Federal, está disposto no art. 199, que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, mediante contrato de

direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, na prestação dos serviços na área da saúde. Portanto, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle na aquisição da compra de serviços de saúde, evidenciando a necessidade de planejamento de serviços, sendo que os municípios têm a competência para celebrar os contratos e convênios com as entidades prestadoras de serviços privados de saúde e também de controlar e avaliar sua execução (BRASIL, 2007).

A Portaria nº 2.567 de 2016 dispõe os requisitos de participação das instituições públicas, privadas e filantrópicas na oferta das ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º Assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos.

§ 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, [...]

§ 6º Para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

Art. 4º A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá:

I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante;

V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado;

VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS;

VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e

VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 9º O edital e o respectivo regulamento do chamamento público deverão ser disponibilizados no Diário Oficial correspondente, em jornais de grande circulação e por meios eletrônicos, contendo o prazo de inscrição.

Art. 10. O ente contratante deverá acompanhar todo o processo de credenciamento, podendo designar comissão especial para este fim.

Art. 11. No caso de contratação por inexigibilidade de licitação, como condição de eficácia dos atos, o gestor do SUS deverá publicar extrato da contratação na imprensa oficial, no prazo de 5 (cinco) dias, por força do que dispõe o art. 26 da Lei nº 8.666, de 1993 (BRASIL, 2016).

3.3.1 Cooperação Entre Entidade Públicas

Utiliza-se este termo de cooperação entre as entidades públicas, quando em um município existir uma unidade prestadora de serviços de saúde, pertencente à outra esfera administrativa e está almeja normatizar a pactuação entre as diferentes esferas de governo,

município, estado e união, sobre o uso de uma determinada unidade prestadora de serviços, sob a gerência de uma esfera de governo e a gestão de outra, esta instituição fixa as metas desse acordo e determina a elaboração de um plano operativo. A formalização é utilizada para manter a relação com as Organizações Sociais (OS), pois na área da saúde a prestação de serviços pela OS continua a ser pública e a entidade tem que seguir as regras do direito público (DP), e assim, a relação será entre as esferas governamentais e não entre essas e as OS (BRASIL, 2007).

A Lei nº 11.079 criada em 2004 segundo Diestmann (2013), institui as normas gerais de contratos e licitações para as parcerias no âmbito dos poderes da união, estados, distrito federal e municípios, definindo o contrato administrativo, como parceria que deve ser realizada como um contrato administrativo de concessão na modalidade patrocinada ou administrativa, celebrado com as, instituições privadas. Em contrato patrocinado dos serviços públicos ou de obras públicas, são cobradas tarifas dos usuários pela contraprestação pecuniária do parceiro público ou privado. O contrato por concessão administrativa de prestação de serviços, onde a administração pública é beneficiária, mesmo que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens (BRASIL, 1990), os serviços realizados na área da (educação, saúde, cultura) são através da gestão e as atividades de suporte são realizadas pelos parceiros privados (ARAGÃO, 2013)

No Brasil, entre os anos de 1970 a 1980, não havia a experiência do comando único na saúde (BRASIL, 2016). Nos Municípios havia vários serviços de saúde por diferentes razões porque os serviços serviam para fazer coisas distintas, como um hospital para internação de doentes e uma equipe de saúde da família; um serviço de saúde pertencia ao governo municipal, outro ao governo estadual e outro ao governo federal. Os centros de saúde, hospitais, pronto-socorro e vários outros serviços, pertenciam a comandos separados e cada um seguia um modo diferente de trabalhar com um modelo de atenção.

Com o tempo estas divergências de comando na atenção da saúde foram regulamentadas na Portaria nº 699/GM em 2006, que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão com o Termo de Cooperação entre Entes Públicos nos seguintes termos:

art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo;

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

A mudança que houve na Portaria nº 699/GM, no ano de 2010, está relacionada com o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, ora designado para Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.

art. 2º O Protocolo de Cooperação entre Públicos (PCEP) é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do Sistema Único de Saúde 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.

O PCEP é uma forma de ajuste para organizar os papéis distintos entre o responsável pela gestão e aquele que responde pela gerência do equipamento de saúde em seu comando, instrumento criado para otimização de funcionamento e qualificação da assistência, no entanto, não guarda correspondência com ações que objetivem complementar o sistema público com a iniciativa privada, que deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

3.3.2 Convênio

É uma forma de ajuste feito entre o poder público com entidades públicas ou privadas (BRASIL, 2007), para a realização de objetivos de interesse comum, por mútua colaboração, onde todos os partícipes almejam a mesma coisa e só se configura um acordo se os partícipes têm os mesmos interesses em comum e coincidente. No convênio segundo Di Pietro (2006), a posição jurídica dos signatários é uma só, igualmente para todos, e só pode haver diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades para a consecução do objetivo comum desejado por todos.

As entidades conveniadas possuem a condição de parceira do poder público, por possuírem os mesmos interesses recíprocos; os mesmos objetivos institucionais e se agrupam para alcançá-los; buscam resultados comuns; não é necessária a licitação por não haver

competição; a mútua colaboração ocorre no repasse de recursos na forma de incentivo; a cessão de uso de equipamento; recursos humanos; materiais; imóveis e não se menciona preço. Segundo Meirelles (2003) e Di Pietro (2006) o valor recebido pelas instituições conveniadas para a execução de determinada atividade que foi ajustada é o valor repassado pelo poder público, que não perde o caráter público e só pode ser utilizado para os fins explicitados no convênio. A entidade ainda é 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 as entidades privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas e, igualmente, com as outras entidades públicas, quando estas possuírem interesse mútuo em promover a saúde da população e o instrumento legal que deve ser utilizado é o apontamento do objeto do ajuste e não razão da natureza jurídica da instituição ou empresa a ser contratada (BRASIL, 2007).

Os convênios firmados por acordos ou ajustes ou outros instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros por consignados Dienstmann (2013), entre as esferas do governo, na participação dos serviços em que, de um lado está o órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro lado está o órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou até entidades privadas, mas sem fins lucrativos, com interesse na execução de programas de governo, com projetos, atividades, serviços, e aquisição de bens ou outros evento, com interesse recíproco, no regime de mútua cooperação, sem fixação de preços ou remuneração (GASPERIN, 1995)

Logo, se o objeto de ajuste for o desenvolvimento de um objetivo de interesse comum entre as entidades, o instrumento legal a ser utilizado será o convênio, se o objeto do ajuste for somente a compra de serviços, o instrumento legal utilizado será o contrato administrativo (BRASIL, 2007).

Podem firmar convenio os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, as prefeituras municipais, as entidades filantrópicas, as organizações não-governamentais e outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde. O repasse para os convênios são por transferências voluntárias com recursos de menos de 10% do montante das transferências. Contudo, exige uma contrapartida nos convênios, esta sempre será variável pela capacidade de cada parceiro. Os convênios podem ser firmados para a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde (BRASIL, 2006).

3.3.3 Contrato de Direito Público ou Administrativo

É o ajuste firmado pela administração pública com entidade particular ou outra entidade administrativa, para a realização de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração, onde os ajustes dizem a respeito das características básicas de consensualidade: da substância à vontade entre as partes; a formalidade por escrita; a onerosidade convencionada entre as partes; a comutatividade das obrigações recíprocas que é equivalente para as partes onde o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado, como também devem ser observados os interesses patrimoniais do contratante particular (BRASIL, 2007; DIENSTMANN, 2013; GASPERIN 1995)

Não se configuram características de contratos os acordos firmados entre os órgãos da administração direta, diz Diestmann (2013), que não são dotados de personalidade jurídica, só atuam em nome da pessoa jurídica a que estão integrados, e não havendo oposição de interesses, nesses casos se configuram em termo de compromissos, firmados pelos dirigentes dos órgãos (DI PIETRO, 1999).

Contudo, nos convênios não há personalidade jurídica, somente a cooperação associativa, e sem nenhum vínculo contratual, que gera instabilidade e associado à precariedade da administração, com dificuldade operacional que determina pessoas e órgãos responsáveis para a contratação de grandes corporaturas (DIENSTMANN, 2013; MEIRELLES, 2005; MELLO, 2001).

Está definida Brasil (2018), a forma de Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAPS), Decreto nº 7.508 de 2011, da Lei Orgânica da Saúde (LOS). O acordo de colaboração firmada 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 individuais e solidárias dos entes federativos, com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados, a forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. No art. 34 está disposto o objeto do COAPS e a responsabilidade dos entes federativos RS, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, definindo que o contrato organizativo (CO) deve conter:

- I: identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II: oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III: responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV: indicadores e metas de saúde;

V: estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
 VI: critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
 VII: adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
 VIII: investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
 IX: recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução (BRASIL, 2018).

3.3.4 Contrato de Gestão

É um acordo de direito público, firmado com a finalidade básica da administração, de fixar metas e prazos para a execução dos serviços, a serem cumpridos pelas entidades privadas ou entre administração indireta, a fim de permitir melhor controle dos resultados, e como não há interesses contraditórios, é mais utilizado como forma de ajuste entre a administração pública direta e entidades da administração indireta ou entidades privadas, que exercem atividades paralelas às ações do Estado. Contudo, este contrato de gestão possui tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação do cumprimento das metas estabelecidas (BRASIL, 2007)

A lei nº 9.637/1998 estabelece o vínculo jurídico na transferência de gestão entre OS e a administração pública, onde o objetivo é a transferência da gestão pública para OS, o contrato de gestão deve ser celebrado com entidades de administração indireta, e se o objetivo for a ampliação de sua autonomia, o contrato de gestão deve celebrado com a OS, explicam Meirelles (2003) e Di Pietro (2006). O contrato de gestão com as OS, segundo Dienstmann (2018), Rocha (2006), contém as observâncias dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, como dos subjacentes de hegemonia do interesse público sobre o privado, e da indisponibilidade do interesse público, o que torna insustentável o argumento de Contrato Administrativo, que será submetido ao regime jurídico privado, com ressalvas, e não como contrato administrativo (BRASIL, 2007)

O contrato de gestão com OS, de poder jurídico e de direito privado, sem fins lucrativos, entidades estas que executam ações relevantes na área social e que independem de concessão ou permissão do poder público, foi criado a partir de uma lei reconhecida, fiscalizada e fomentada pelo Estado (DIENSTMANN, 2013).

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) têm semelhanças com as OS, entidades de direito privado, sem finalidade lucrativa, instituídas para prestar serviços sociais não privativos do PP; recebem incentivos e são fiscalizadas pelo termo de parceria que substitui o convênio disposto na Lei nº 9.790/99, que institui o instrumento para firmar contrato, com vínculo de cooperação entre a execução das atividades de interesse

público, com a promoção do serviço de saúde gratuita, na forma complementar, com observância a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência (DIENSTMANN, 2013; BRASIL, 1999).

3.3.5 Plano Operacional

Instrumento que apresenta as ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e os indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. O Plano deverá conter a caracterização da instituição, sua missão na rede, a capacidade instalada, a utilização e a definição de oferta e fluxo de serviços. Serão acompanhados todos os ajustes realizados entre administração pública e setor privado. Na rede de serviços própria de saúde também poderá ser utilizado o plano operacional pelo gestor da própria rede, para diagnosticar a capacidade instalada, para organizar a rede de tal modo, que possa demonstrar a real necessidade de contratação de serviços, para fins de complementar os serviços da rede (BRASIL, 2007).

4 FORMA DE CONTRATUALIZAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL PELO SUS

Segundo Barbosa et al. (2016), a contratualização dos serviços de saúde objetiva não somente aumentar o número de pacientes atendidos pelo SUS, mas também que os atendimentos sejam realizados com qualidade e eficiência, pois as necessidades apresentadas pela população vão traçar as metas, os meios, o controle e o incentivo financeiro necessário que aponte os bons resultados na ampliação de recursos que melhorem a saúde da população na sociedade. A contratualização por parceria do setor público e do setor privado é importante para: ampliação dos serviços de saúde e conseqüentemente a descentralização da gestão, que aumenta a responsabilidade dos gerentes locais; proporciona maior controle no desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde local; oferece a oportunidade de planejamento estratégico das instituições, pela exigência de maior empenho destas na oferta de seus produtos contratados; acrescenta maior eficiência dos prestadores de serviços; impulsiona a criação e a utilização dos sistemas de informação gerenciais; aperfeiçoa a gestão da clínica; permite melhor focalização nos interesses da população e também torna as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social (DITTERICH et al. 2013; Souza et al. 2010).

Na Portaria nº 2.567 de 2016, está disposto a forma de participação complementar da iniciativa privada, na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I: chamamento público: ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciá-los;

II: credenciamento: procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993;

III: inscrição: preenchimento de formulário próprio disponibilizado pelo ente federado contratante, acompanhado dos documentos previstos no respectivo regulamento, que serão encaminhados à comissão responsável;

IV: cadastro: registro das informações apresentadas junto ao formulário de inscrição, como o nome da entidade, endereço, descrição da atividade econômica, natureza jurídica, entre outros dados que são de interesse da Administração;

V: habilitação: consiste na análise dos documentos entregues no ato de inscrição e parecer emitido por ocasião da visita técnica do ente federado contratante;

VI: inabilitação: situação em que o licitante não se habilita por não preencher qualquer dos requisitos constantes nos artigos 27 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

VII: visita técnica para qualificação: inspeção realizada pelo ente federado contratante à entidade cadastrada com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão

de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade;

VIII: convênio: instrumento 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.

IX: contrato: ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS;

X: contratação: ato ou efeito de contratar, firmando vínculo formal com a assinatura do instrumento contratual pela credenciada, com publicação do extrato no respectivo Diário Oficial, além da divulgação em meio eletrônico;

XI: documento descritivo: instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, identificando, quando couber, metas relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa, anexado ou parte integrante do termo contratual ou contrato;

XII - fiscalização: verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993 XIII: descredenciamento: rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa (BRASIL, 2016)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH) apontam Castro e Oliveira (2015) está definida no Art. 29 da Constituição, onde os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que realizam ações e serviços ao SUS e firmam contrato com a instituição, independentemente de sua natureza jurídica, esfera administrativa ou de gestão. Já no Art. 30 da Constituição, está definido que a contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino e/ou pesquisa pelas diretrizes de:

I: adequação das ações e serviços contratualidades às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver;

II: definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;

III: estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;

IV: aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais;

V: efetivação do controle social e garantia de transparência.

Ainda Casto e Oliveira (2015) dizem que o Art.31 da Constituição aponta que o gestor local levará em consideração, para a contratualização, os critérios de prioridade de:

I: hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais;

II: hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS;

III: hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS;

IV: demais hospitais privados sem fins lucrativos;

V: hospitais privados com fins lucrativos.

A contratualização ocorre quando o Estado descentraliza para o setor público não estatal a execução de serviços que não envolvam o seu exercício de poder em: saúde, educação, cultura e pesquisa científica, segundo Leite et al. (2010). Na contratualização, o Estado repassa às entidades não-estatais a execução de determinados serviços, mas permanece como responsável pelas PP, como financiador, indutor e regulador, para que os serviços sejam prestados com qualidade e eficiência. O objetivo da contratualização dos serviços é a prestação de um serviço eficiente, de qualidade, com a definição de metas, para que resultados sejam atingidos, tendo como foco as necessidades de saúde da população, assim o relacionamento de parceria entre as partes contratantes passa a ser mais importante que o formalismo do contrato.

Ainda os autores Leite et al. (2010) dizem que o ponto crucial desse processo é o custo de transação, ou seja, os custos incorridos na efetivação do processo de negociação com a formação de pessoal, reengenharia organizacional e alteração cultural que ocorre pelo elevado nível de capacidade técnica e de gestão de que o Estado deve dispor na sua função regulatória, com sistema de informações confiáveis e integradas. Na contratualização, o contrato é o instrumento com que os compradores podem influenciar os prestadores de serviços, explicando quais serviços e em que termos devem ser prestados e também contém a definição e as condições de alocação dos riscos que estão subjacentes. No contrato são definidas as responsabilidades do contratante e do contratado e além de explicar os compromissos assumidos entre as partes, também podem servir como referência para uma contratualização interna das instituições prestadoras de serviços.

Na gestão do SUS, o processo de contratualização objetiva repassar para o setor privado a execução de determinado serviço de saúde, por contrato, para ampliá-la no atendimento à população. Neste processo de parceria, estão envolvidas questões políticas, jurídicas e financeiras, que muitas vezes não são foco da prestação de serviço, se os objetivos entre as instituições não forem os mesmos, o contrato deve ser reformulado e fiscalizado (BARBOSA et al; 2016; MACHADO et al; 2009; ERMEL et al;2009; SOUZA et al; 2010).

4. 1 DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

A Portaria GM/MS nº 1.044, de 01/06/2004 da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) (BRASIL, 2007), foi criada com o objetivo de incrementar um novo modelo de organização, e financiamento, para os pequenos hospitais públicos e

filantrópicos brasileiros, redefinindo assim seu papel assistencial no SUS, para conferir maior resolutividade às suas ações. Nos dados apontados, 70% dos Hospitais de Pequeno Porte, são hospitais municipais e estes não estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, assim a contratação destes hospitais é feita pelo Estado com o Município, pelo Termo de Cooperação entre Públicos. Os 30% dos hospitais restantes são filantrópicos, sem fins lucrativos, e a contratação ocorre por meio de convênio entre o Estado e a instituição, e pela sua condição, de gestão, o município não possui gerência sobre estas instituições que estão situadas em seu território.

A Portaria Interministerial do MEC/MS nº 1006 de 2004 (BRASIL, 2007) institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE) e a Portaria GM/MS nº 1702, inclui estes hospitais no SUS e a Portaria GM/MS nº 1703 define os recursos de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados. A Portaria GM/MS nº 2352 regulamenta a alocação de recursos ao processo de contratualização destas instituições no SUS. O programa almeja o aprimoramento e a inserção destas instituições nos serviços de saúde ofertados à população por contrato, a forma de financiamento, a definição dos mecanismos de acompanhamento, a avaliação das atividades de atenção, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Neste sentido, as medidas adotadas buscam redefinir o papel destas instituições no sistema municipal ou de referência, pela abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, pelas necessidades de saúde da população, definindo assim as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal, as definições de referência e contra referência, com unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS. Caso a entidade seja filantrópica, o gestor deverá firmar Convênio pelo Termo de Cooperação entre Públicos e o hospital for público, segue a \portaria nº1702 (BRASIL, 2007).

4.2 COMISSÕES DE VERIFICAÇÃO DOS CONTRATOS

Na Portaria nº 294/2017 das Comissões de Acompanhamento dos Contratos dos Serviços de Saúde (CACSS), a avaliação ocorre nos termos de:

Art. 12: Os Hospitais serão avaliados através do monitoramento das metas quantitativas, metas qualitativas e Indicadores de Saúde previstos no Instrumento

Contratual, e, em conformidade com as diretrizes do SUS e as normativas do SES, do Ministério da Saúde, objetivando:

- I.** a melhoria da qualidade com humanização e foco no usuário;
- II.** a gestão participativa com valorização profissional;
- III.** a eficiência e co-gestão de resultados.

Art. 13: A avaliação do desempenho da Instituição Hospitalar, consiste em:

- I Atribuir a pontuação para cada meta ou indicador pactuado no contrato;
- II Propor a adequação ao Documento Descritivo, se necessário;
- III Avaliar a resolutividade da instituição;
- IV Avaliar a observância das demais normas do SUS.

§1º As deliberações quanto às avaliações serão decididas por consenso entre integrantes da Comissão, as quais serão registradas em Ata e notificado o representante legal da instituição com cópia do relatório.

§2º Não havendo consenso, a Comissão fará constar em ata os pontos discordantes, devendo o assunto ser encaminhando à área técnica da CRS, que emitirá parecer sobre o assunto e encaminhará a(o) Coordenador(a) da Regional respectiva.

§3º Recebido o parecer técnico que se refere o parágrafo anterior, o (a) Coordenador (a) notificará o representante legal da instituição, por escrito, para, querendo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do seu recebimento, apresentar sua defesa, sendo registrada pelos representantes da SES, junto à Comissão a data de seu recebimento.

§4º A defesa prevista no §3º será direcionada para o(a) Coordenador(a) da CRS respectiva, o(a) qual decidirá, por escrito e fundamentadamente, sobre a(s) questão(ões) divergente(s).

§5º Da decisão de que trata o §4º será dada ciência pela Comissão, por escrito, ao representante legal do Contratado, sendo registrada a data de seu recebimento.

§6º O Prestador Hospitalar inconformado poderá interpor Recurso Administrativo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, dirigido ao(a) Diretor(a) do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), o qual será recebido nos efeitos suspensivo e devolutivo, que decidirá por escrito e Fundamentadamente a controvérsia.

§7º Da decisão do(a) Diretor(a), previsto no §6º, será notificado, pela Comissão e por escrito. o prestador contratado que poderá apresentar, se o quiser, no prazo de 10 (dez) dias, o pedido de reconsideração, direcionado ao(a) Secretário(a) de Estado da Saúde.

§8º O pedido de reconsideração que trato o §7º será recebido apenas no efeito devolutivo e da decisão do(a) Secretário(a) de Estado da Saúde não caberá recurso.

Art. 14: A periodicidade de emissão da avaliação é trimestral e a pontuação de desempenho, atribuída mês a mês.

Art. 15: A avaliação será registrada em Relatório padrão a ser definido pelo DAHA, que corresponderá a três meses de competência, devendo ser remetido até noventa (90) dias corridos após o último mês do trimestre avaliado.

§1º: A SES publicará no sítio eletrônico do Estado documento instrutivo sobre a operacionalização da avaliação a ser padronizada e emitida pelas Comissões de Acompanhamento Contratual.

§2º: Para a contagem dos prazos aqui estabelecido excluir-se-á o dia do início incluir-se-á o do vencimento e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

§3º: Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste artigo em dia de expediente no órgão ou na entidade.

No portal de transparência do Estado do Rio Grande do Sul, constam os contratos e convênios que foram fechados com hospitais que realizaram atendimento na rede do SUS em 2015, tabela 1 convênio e os contratos.

Tabela 1: Convênio e contratos assinados com o hospital no período de setembro de 2015

CONVÊNIO			
Município	Entidade	Valor/ano	Objeto
Caxias do Sul	Hospital Geral Leitos: 174 Sus: 100%	Total.30.983.04.0	Local referência para 49 municípios da Serra, abrangendo uma população de aproximadamente 1,1 milhão de pessoas.
CONTRATO			
Município	Entidade	Valor em R\$/ano	Serviços Contratados (por ano)
Camaquã	Hospital Nossa Senhora Aparecida Leitos: 149 SUS: 122	Total. 28.837.160,64 Esta. 19.646.760,00 Fed. 9.190.400,64	66 atendimento de urgência 25 mil consultas médicas especializadas 1,5 mil partos 360 cirurgias do sistema osteo muscular 2,4 mil mamografias bilaterais 4,8 mil tomografias 240 ressonâncias magnéticas
Cerro Largo	Hospital Caridade Leitos: 55 SUS:34	Total:1.459.019,64 Esta. 1.008.000,00 Fed. 451.019,64	24 consultas medicas especializadas 1,9 mil atendimentos de urgência 660 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais 2,9 mil diagnósticos por radiologia 588 ultrassonografias
Constantina	Hospital Comunidade 25 SUS: 20	Total: 1.158.458,64 Esta. Leitos:504.000,00 Fed. 654.458,64	6,7 mil consultas médicas especializadas 4,2 mil atendimentos de urgência 240 pequenas cirurgias ambulatoriais 1,2 mil diagnósticos por radiologia 300 ultrassonografias 1,2 mil exames de densitometria óssea
Erechim	Hospital Terezinha 181 SUS: 100%	SantaTotal: 67.820.382,00 Esta. Leitos:19.510.875,24 Fed. 48.309.506,76	10 mil consultas médicas especializadas 60 mil atendimentos de urgência 540 partos 60 transplantes de órgãos e tecidos 360 procedimentos cirúrgicos de alta complexidade eletivos e de urgência 60 mil diagnósticos por radiologia 4,8 mil diagnósticos por tomografia 960 diagnósticos por ressonância magnética 300 tratamentos em nefrologia 420 tratamentos em oncologia 36 mil procedimentos de radioterapia 10 mil procedimentos de quimioterapia
Quaraí	Hospital de Caridade Leitos: 62 SUS: 51	Total: 2.598.415,92 Esta. 1.116.000,00 Fed. 1.482.415,92	6 mil consultas médias especializadas 3,9 mil atendimentos de urgência 264 procedimentos cirúrgicos 108 partos 4,8 mil diagnósticos por radiologia 300 ultrassonografias 276 tratamentos de doenças do ouvido e vias aéreas 204 emissões otoacústicas para triagem auditivo
Santa Bárbara do Sul	Hospital Beneficente Leitos: 50 SUS: 40	Total: 882.831,60 Esta. 276.000,00 Fed. 606.831,60	120 consultas médicas especializadas 3,8 mil atendimentos de urgência 3 mil diagnósticos por radiologia 960 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais
Tuparendi	CAMS Leitos: 40 SUS: 29	Total.1.283.899,20 Esta.777.600,00 Fed. 506.299,20	6 mil consultas médicas especializadas 3 mil atendimentos e consultas de urgência 1,2 mil cirurgias ambulatoriais 1,3 mil diagnósticos por radiologia; 180 ultrassonografias

Fonte: <https://estado.rs.gov.br/estado-firma-contratos-e-convenio-com-hospitais-que-atendem-pelo-sus>.

Na tabela 1, constam os contratos e convênios firmados pela Secretaria Estadual de Saúde com nove hospitais na Região Sul, que prestaram serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2015.

Com o hospital geral de Caxias do Sul, firmou-se convênio e o hospital destinou 100% de todos os atendimentos à saúde pelo SUS. O convênio beneficiou 49 municípios da região, com uma população de 1.1 milhões de pessoas, que foram referenciadas para atendimento no ambiente hospitalar. Foi gasto com serviços de saúde um total de R\$ 30.983.040,00 que foram pagos pelo poder público à instituição pelos serviços prestados.

Com sete hospitais da região foram firmados contratos na compra de leitos para internação hospitalar, atendimentos de urgência, consultas médicas especializadas, partos, exames por imagem diagnóstico, cirurgias, pequenas cirurgias ambulatoriais e outros serviços.

Com o Hospital Santa Terezinha, no município de Erechim-RS, foram contratados 100% de todos os serviços da instituição pelo SUS. O hospital atendeu os pacientes dos municípios da Região do Alto Uruguai por referência que foram encaminhados para internação, partos, cirurgias, consultas especializadas, atendimento de urgência, transplante de órgãos e tecidos, procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, eletivos e de urgência, tratamento de nefrologia e oncologia, procedimento de radioterapia e quimioterapia e de diagnóstico por imagem. A instituição gastou R\$ 67.820.382,00 com os atendimentos e o Estado repassou um total de R\$19.510.875,24 e a esfera federal repassou um montante de R\$ 48.309.506,76 para cobrir os gastos com os serviços destinados à população.

Gastos com os contratos dos hospitais que prestaram serviços no SUS, totalizaram R\$104.040.167,64, destes o Estado repassou um total de R\$ 42.839.235,24 e o Governo Federal repassou às instituições um valor de R\$ 61.200.932,40.

Sendo dever do poder público realizar as ações de saúde à população, em todas as regiões do Estado e mediante a ausência destes serviços, pode contratar as instituições privadas para participar de forma complementar no atendimento do SUS, na forma preventiva e curativa, e também pode firmar convênios com as instituições públicas e filantrópicas sem fins lucrativos para participarem das ações do SUS conforme a Lei nº 8.080 Art. 2º, at. 196, Art. 197, Art. 199 e §1º da Constituição Federal.

Os dados apontados no relatório da Secretaria da Saúde do Rio Grande (SES/RS) das ações e serviços de saúde realizadas pelas instituições contratadas e/ou conveniadas ao SUS de serviços de média a alta complexidade, realizados no ano de 2016, na rede assistencial própria, contratada e conveniada do SUS nas esferas do governo, estão dispostas na tabela 2 o tipo de estabelecimento de saúde e a esfera de gestão e na tabela 3, a natureza jurídica da gerência destas instituições que prestaram os serviços ao SUS.

Tabela 2: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS

Tipo de Estabelecimento	Total	Muni	Esta	Dup/Est.
Central Gestão em Saúde	516	473	18	25
Central Notificação, Capitação e Distribuição de Órgãos Estaduais	5	4	0	1
Central Regulamento de Serviços de Saúde	4	2	2	0
Central Regulamento Acesso	8	8	0	0
Central Regulamento Urgências	5	3	1	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	24	24	2	0
Centro Atenção Hemoterapia ou Hematológica	10	7	3	0
Centro Atenção Psicossocial	200	176	7	17
Centro Saúde Unidade Básica	1892	1783	1	108
Clínica Centro Especialidade	644	381	144	119
Consultório Isolado	237	224	6	7
Farmácia	52	46	1	5
Hospital Especializado	14	10	2	2
Hospital Geral	292	79	36	177
Hospital Isolado	4	2	1	1
Laboratório Central de Saúde Pública Lacem	2	2	0	0
Laboratório Saúde Pública	15	9	5	1
Oficina Ortopedia	2	2	0	0
Policlínica	241	60	41	140
Posto Saúde	141	141	0	0
Pronto Atendimento	694	686	0	8
Pronto Socorro Especializado	51	33	0	18
Pronto Socorro Geral	1	0	0	1
Serviço Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	13	7	0	6
Telessaúde	1	1	0	0
Unidade Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	1	1	0	0
Unidade Atenção Saúde Indígena	1144	729	222	193
Unidade Atenção Regime Residencial	14	12	0	2
Unidade Vigilância em Saúde	1	1	0	0
Unidade Mista	39	38	0	1
Unidade Móvel Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	17	5	0	12
Unidade Móvel Fluvial	235	147	53	35
Unidade Móvel Terrestre	1	1	0	0
Unidade Móvel Terrestre	66	59	2	5
Total	6.586	5.156	545	885

Fonte: SARGSUS.2016

Dos 6.586 estabelecimentos na rede do SUS pelo regime próprio, contratado ou conveniado com os seguintes tipos de gestão, 78,3% gestão municipal, 13,4% gestão dupla Estado também realiza ações da atenção básica e 8,3% Gestão estadual.

Quanto à competência dos municípios na gestão, até o mês de agosto de 2016, um total de 140 municípios tinham a gestão de todos os estabelecimentos de saúde localizados em seus territórios e dentre estes, 58 municípios possuem estabelecimentos hospitalares. Já um grupo de 33 municípios detinha a gestão de todos os estabelecimentos ambulatoriais. E um terceiro grupo de 113 municípios detinha a gestão de um ou mais prestadores ambulatoriais.

Os estabelecimentos de saúde em maior prevalência foram os municípios seguido pela esfera estadual e a esfera dupla (Estado e município).

Foram contratados (310) hospitais nas seguintes especialidades: hospital especializado, hospital geral e hospital isolado.

Um total de (746) clínicas prestaram serviços de pronto atendimento, pronto-socorro especializado e pronto socorro geral.

As centrais reguladoras de serviços de saúde foram (538) que monitoraram a quantidade e disponibilidade de vagas para o atendimento de serviços especializados, de leitos hospitalares, marcação de consultas, exames, transferência de paciente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou encaminhamento para cirurgias cardíacas, neurológicas e outros serviços de alta complexidade.

Os centros de saúde foram (2.126), destes, em maior prevalência, foram as unidades básicas de saúde seguidas pela atenção psicossocial. As ações de saúde realizadas em maior número na atenção primária foram de carácter preventivo, curativo (diagnóstico, tratamento e referência dos pacientes aos níveis diferenciados), cuidados de reabilitação e o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde a toda a população na sua área geográfica.

Foram apontadas (1.518) unidades de saúde com ações de saúde na área de diagnose e terapia (SADT ISOLADO), na Saúde Indígena, Saúde em Regime Residencial, Vigilância em Saúde, Saúde Mista, Atendimento Pré-Hospitalar na Urgência, Saúde Móvel Terrestre, Saúde Móvel Fluvial.

Um total de (17) laboratórios foram contratados, laboratórios centrais de saúde pública Lacem e laboratórios de saúde pública.

Foram contratados outros estabelecimentos (1.331) nas seguintes especialidades: clínica centro de especialidades, consultório isolado, farmácias, oficinas de ortopedia, policlínicas, postos de saúde, serviços de atenção domiciliar isolados (Home Care) e telesaúde.

Tabela 3: Natureza Jurídica gerência das instituições que prestam serviços de saúde

Natureza Jurídica	Total	Municipal	Estadual	Dupla/Est
*Federal	15	13	0	2
Autarquia Federal	6	5	0	1
Fundação Federal	9	8	0	1
* Estadual	68	16	46	6
Fundação Estadual ou Distrito Federal	26	3	19	4
Fundação Pública do Direito Privado Estadual ou do Distrito Federal	10	9	1	0
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	32	4	26	2
* Municipal	4509	3884	140	485
Autarquia Municipal	4	0	3	1
Fundação Municipal	40	37	0	3
Fundação Pública de Direito Privado Municipal	4	2	2	0
Município	4460	3845	135	480
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	1	0	0	1
* Privada	1972	1234	355	383
Associação Privada	368	141	52	175
Cooperativa	2	1	0	1
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada de Natureza Empresarial	19	10	5	4
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada de Natureza Simples	1	0	1	0
Empresa Individual Imobiliária	2	1	0	1
Empresa Pública	2	2	0	0
Empresário Individual	133	85	25	23
Entidade Sindical	12	12	0	0
Fundação Privada	33	15	1	17
Pessoa Física	156	149	4	3
Serviço Social Autônomo	2	2	0	0
Sociedade Anônima Fechada	1	1	0	0
Sociedade Economia Mista	3	3	0	0
Sociedade Empresaria Limitada	911	606	185	120
Sociedade Simples Limitada	308	191	79	38
Simples Pura	19	15	3	1
*Outras	22	9	4	9
Associação Pública	19	7	4	8
Fundo Público	3	2	0	1
Total	6586	5156	454	885

Fonte:SARGSUS.2016

A assistência de atenção de mínima e média complexidade é realizada pelas instituições de saúde nos municípios, nas unidades básicas de saúde e as ações de saúde de alta complexidade são encaminhadas por referência aos municípios polo referência em saúde nestas especialidades.

Os serviços de saúde prestados pelo SUS, através dos centros de saúde, unidades ambulatoriais e hospitais, visam à equidade no atendimento à população no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde, independente do poder aquisitivo do cidadão.

A natureza jurídica gerencial dos 6.586 estabelecimentos foram 69,7% públicos (associação pública e fundo público) e 29,9% privados.

Do total de (6.586) estabelecimentos, em 4.509 a gerência foi a nível municipal, 1.972 foi pelas empresas privadas, 68 foi estadual e 15 foi federal.

Analisando a tabela acima, o maior número de gerências dos estabelecimentos de saúde ficaram com o poder municipal, isto ocorreu porque os serviços de saúde foram descentralizados da esfera estadual, para a esfera municipal, que ficou com a gestão plena de atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, visto que os municípios conhecem a sua realidade e podem realizar convênios e contratos dos serviços de saúde, de acordo com a sua capacidade de gestão e complexidade da rede de saúde no seu âmbito. Assim, os municípios ficaram com a responsabilidade pelos serviços de atenção básica, como clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia, serviços de média e alta complexidade de saúde e outros, conforme a necessidade da população.

Ficaram com gerencia dupla 885 instituições, ou seja, os serviços foram realizados pelos estabelecimentos e informaram dados da produção ao Estado, que processa toda a parte da média e alta complexidade e encaminha para a base de dados nacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, apontamos as opções do Estado como provedor de ações de serviços públicos de saúde, pela contratualização do setor da iniciativa privada, para prestar os serviços na rede do SUS. Na Constituição Federal, o Estado está organizado com atribuições e responsabilidade jurídica e administrativa em todas as esferas do governo, e nas diretrizes as responsabilidades das instituições públicas federativas na esfera Federal, Estadual e Municipal, bem como a forma como a iniciativa privada pode participar do SUS, na prestação dos serviços e ações na área da saúde, em cada esfera do governo.

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo ao princípio da universalidade em todos os níveis de assistência, e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Os serviços públicos de saúde, cuja execução fica sob responsabilidade dos Estados, podem ser transferidos às entidades sem fins lucrativos e filantrópicos, de forma complementar, por cooperação entre entidade pública ou por convênio. Já para a iniciativa privada apenas por contrato.

O contrato de gestão é adotado para instrumentalizar a relação entre o Estado e as organizações sociais, e se não atenderem aos preceitos legais, como características de um contrato, este apontando contraposição de interesses, não pode ser firmado como contrato de gestão. A complementaridade da participação privada na prestação de serviços públicos de saúde, prevista na Constituição, não se refere à hipótese de incentivo estatal à prestação privada de serviços de saúde, mas de serviços públicos de saúde, prestados por particulares.

A participação privada no SUS deve ocorrer por meio de mecanismos jurídicos que garantam ao sistema um controle e fiscalização, sobre o serviço e que garantam ao prestador privado segurança jurídica e financeira, pois a participação privada de forma complementar no setor de saúde comporta a prestação de serviços de saúde por particulares fora do sistema público de saúde no SUS. Assim, a complementaridade privada nos serviços de saúde condiz como reconhecimento da possibilidade de delegação de serviços públicos de saúde a particulares, por meio de ajustes celebrados com a iniciativa privada.

No portal de transparência do Estado do Rio Grande do Sul, constam contratos e convênios com hospitais assinados ou renovados no ano de 2015 que prestaram serviços na rede do SUS. Um convênio com um hospital com 174 leitos, que atendeu 100% pelo SUS foi referência a 49 municípios, abrangendo uma população de 1.1 milhões de pessoas. Foram

realizados contratos com sete hospitais, destes um atendeu 100% pelo SUS e o restante ofertaram a contratação de leitos, conforme a sua capacidade de atendimento. Aos hospitais foi repassado um total de R\$ 104.040.167,64, o Estado repassou 42.839.235,24 e o Governo Federal repassou R\$61.200.932,40 às instituições que prestaram serviços pelo SUS.

Dados do relatório do Estado do Rio Grande do Sul, no período de setembro de 2016, constataram que 6.586 estabelecimentos prestaram serviços de média e alta complexidade na rede do SUS, por convênio ou contrato, sendo que a gestão em 78,3% foi dos municípios, em 13,4% gestão dupla e em 8,3% a gestão foi do Estado. As instituições públicas, as associações públicas e o fundo público foram de 69,7% em relação aos privados com 29,9%.

Nesta situação, o Estado do Rio Grande do Sul escolheu as melhores opções de contratualização e convênios com as instituições que prestam serviços de saúde a todos aqueles que deles necessitam, adotando, para tanto, se fosse o caso, um modelo de ajuste mais adequado para o período, frente às necessidades de serviços da população, em sua área de abrangência.

Mas digno de nota é a percepção de que dentre os modais possíveis para a prestação (direta, indireta e privatizada), o Estado do Rio Grande do Sul, ao contrário de experiências como as do Estado de São Paulo, optou por não entregar a gestão da saúde para Organizações Sociais de Saúde (OSS). De seu turno, o modal da prestação direta por meio de uma rede própria de hospitais estaduais regionais também não foi construído ou mesmo pensado pelos governos que se sucedem reiteradamente sem reeleição do Rio Grande do Sul.

Com isso, podemos perceber que, ao passo que a legislação permitiria uma prestação dos serviços em três modalidades puras (não impossibilitando formas mistas). O que vemos é uma opção política por uma modalidade intermediária (não pura) da prestação por meio de convênios e contratos (com entes públicos e privados), que atravessa vários governos, de vários partidos e de ideologias díspares. Nisso percebemos que as opções de governos passados em não estabelecer uma rede pública estadual ampla de serviços de saúde, opera como uma forma de *path dependence*, para o Estado e os governos que se seguem. Caracterizando uma opção política vinculada às decisões políticas anteriores.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Alexandre. **As Parcerias Público-Privadas: PPPS No Direito Positivo Brasileiro**. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-2-MAIO2005ALEXANDRE%20ARA%20G%20C3O.pdf>> Acesso em: jul.2013.

BARBOSA, Waldileuza Ferreira Rodrigues et al. **Parcerias Público-Privadas Para Consolidação do SUS**. 2012. Disponível em: < <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-13-Artigo08.pdf>>. Acesso em: mar. 2018.

BARBOSA, Alessandra de Oliveira et al. **Novas Perspectivas na GestãoSUS: dos Pactos a Contratualização**. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988. Seção II da Saúde**. Disponível em:<http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf>. Acesso em: fev. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde. Disponível em:<<http://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guiaconcurso/UNCISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf>>. Acesso em: fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19/09/1990**: Sistema único de Saúde. Disponível em:<<http://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guiaconcurso/UNCISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf>>. Acesso em: fev. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19/09/1990. **“Dispõe Sobre as Condições para a Promoção Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e de Outras Providencias”**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> acesso em: 30 jul. 2013.

BRASIL. **Manual de Orientação para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde**. 2007. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_sus.pdf>. Acesso em: ab. 2018.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>.Acesso em: nov. 2017.

BRASIL, **Ministério da Saúde Gabinete do Ministro**. 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3319_30_12_2009.html> acesso em: Mar. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 Dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.Acesso em : ou. 2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Resolução CIB-RS 402 de 2011. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340039262_cibr402_11.pdf>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 DE JANEIRO DE 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 978, de 16 de Maio de 2012**. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html>. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. **Secretaria da Controladoria Geral do Estado**. Manual Contrato de Gestão Organizações Social de Saúde. 2014. Disponível em:<www.scge.pe.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Manual-Contrato-de-Gestao-Saude-versao1.1.pdf>. Acesso em: ab. 2018.

BRANCALEON, Brigitte et al. **Políticas Públicas: Conceitos Básico**. 2015.

BRASIL. **A Saúde no Brasil**. 2011. Disponível em:<http://www2.camara.leg.br/legis/l11/legisla/leis/2011/2011-01/leis_2011-01_01-12/leis_2011-01_01-12_10.pdf>. Acesso em: fev. 2018.

BRASIL. **Manual de Orientação para Contratações de Serviços de Saúde**. 2016. Disponível em:<<http://enccla.camara.leg.br/acoef/arquivos/resultados-enccla-2017/manual-de-orientacoes-para-contratacao-de-servicos-de-saude>>. Acesso em: ab. 2018.

BRASIL. **Comunicado de Práticas**. Disponível em:<<https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/2732>>. Acesso em: set. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.567, de 25 de Novembro de 2016**. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20_Portaria_2567_Participacao_Complementar_Iniciativa_Privada.pdf>. Acesso em: ab. 2018.

BRASIL. **Contrato nº 267/2015, de 17 de Setembro de 2015**. Entre o Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Hospitalar Santa Terezinha.

BRASIL. **A Importância do Planejamento na Gestão do SUS**. 2016. Disponível em:<http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp03.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. **Resolução CIB/RS nº 121/13**. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/542/Resolu%C3%A7%C3%B5es_CIB_-_2013>. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. **Manual de Orientação para Contratação de Serviços no Sistema de Saúde**. 2007. Disponível em:<file:///D:/manual_orientacoes_contratacao_servicos_sus.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. **Resolução CIB/RS nº 555/12-CIB/RS.** Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL, **Estado Firma Contratos e Convenio com Hospital que Atendem pelo SUS.** Disponível em:<<https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos/20170707/20150914175437convenio-e-contratos-14-09-15-tabela.pdf>>. Acesso em: mai. 2018

BRASIL. **Relatório Detalhado de Prestação de Contas do 2º Quadrimestre de 2016.** Porto Alegre, 07 de outubro de 2016. Disponível em:<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28114433-2016-2-rdqa.pdf>>. Acesso em: maio. 2018. 2018.

BRASIL. **Portarias nº 2.567, DE 25 de Novembro de 2016.** Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20_Portaria_2567_Participacao_Complementar_Iniciativa_Privada.pdf>. Acesso em: mor. 2018.

BRSIL. **Portaria SES nº 294/2017 – DOE 05/06/2017.** Disponível em:<<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/12124027-regimento-das-comissoes-de-acompanhamento-contratual.pdf>>. Acesso em: maio. 2018

BRASIL. **Instrumento de Planejamento do SUS.** Disponível em:<<https://www.mpes.mp.br/Arquivos/Anexos/a277900b-81da-411e-9b64-e819e4a1bc13.pdf>>. Acesso em: ab. 2018

CASTRO, Sandra Mara de; OLIVEIRA, Andre Junior de. **Contratualização: Um Estudo Sobre os Convênios Firmados Entre os Hospitais Filantrópicos e de Ensino Sob a Gestão do Estado do Espírito Santo.** 2015. Disponível em:<<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/3950/3951>>. Acesso em: ab. 2018.

DIENSTMANN, Soeli Teresinha Schilling. **A Transferência da Prestação dos Serviços de Saúde Pública à Iniciativa Privada Antes os Princípios Constitucionais.** Disponível em:<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjL8K3WuZzbAhVEmJAKHT5jAbwQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fcmpr.org.br%2Fpublicacoes%2Fcientificas%2Findex.php%2Farquivos%2Farticle%2Fdownload%2F457%2F447&usq=AOvVaw36gX87TiTlx3VbtARVyrqy>>. Acesso em: mar.2018

DITTERICH, Rafael Gomes. et al. **A Contratualização como Ferramenta da Gestão na Atenção Primária á Saúde n Percepção dos Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil.** 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00207.pdf>>. Acesso em: maio de 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito |Administrativo.** 19.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DRUCK, Graça. **A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas de Precarização do Trabalho.** Rio de Janeiro. 2016.

LEITE, Jaqueline Dagmar Barros et al. **Contratualização na Saúde:Proposta de um Contrato Único para os Programas no Estado de Minas Gerias.** 2010. Disponível em:<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWj8m>

[vaOupzbAhVCHpAKHXwuDMEQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cqh.org.br%2Fportal%2Fpag%2Fanexos%2Fbaixar.php%3Fp_ndoc%3D208%26p_nanexo%3D123&usg=AOvVaw1kfg_wrU28pptr1R_KL8B3](http://www.cqh.org.br/portal/2Fpag%2Fanexos%2Fbaixar.php%3Fp_ndoc%3D208%26p_nanexo%3D123&usg=AOvVaw1kfg_wrU28pptr1R_KL8B3)>. Acesso em: ab. 2018.

LEITE, Marco Antônio Santo. **O Terceiro Setor e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs.** Disponível em:<https://www.almg.gov.br/export/sites/default/educacao/sobre_escola/banco_conhecimento/arquivos/pdf/terceiro_setor.pdf>. Acesso em: jev. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** São Paulo: Malheiros, 2003

REIS, Denizi Oliveira et al. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde.** Disponível em:<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: mar.2018

SANTOS, Lenir. **A Natureza Jurídica Pública de Saúde e o Regime de Complementariedade dos Serviços Privados à Rede Pública do Sistema único de Saúde.** 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00815.pdf> >. Acesso em mar. 2018.

SILVA, Vanessa Costa E et al. **Contratualização na Atenção Primária a Saúde: A Experiência de Portugal e Brasil.** 2014. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03593.pdf>. Acesso em: mar.2018.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: Uma revisão da Literatura.** Sociologia, Porto Alegre. 2006.

SOUZA, H. I. et al. **O Processo de Contratualização da SES/MG: A Proposta de um Contrato Único no Âmbito dos Programas Estaduais.** 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equidade Entre As Necessidades de Saúde e Tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

VASCONCELOS, Junior Marcos de Oliveira. **A Terceirização na Administração Pública e os Serviços Públicos de Saúde.** 2016.