



<https://doi.org/10.26512/rgs.v14i3.47240>  
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785  
Da Silva JFM, Carvalho BG, Martins MSR

**Tipo de Artigo: Ensaio Teórico**

**Contratualização e Regionalização de Serviços Hospitalares no SUS: uma perspectiva municipal**

**Contracting and Regional Health Planning in Unified Health System (SUS)**

**Contractualización y regionalización de los servicios hospitalarios en el SUS**

João Felipe Marques da Silva <sup>1</sup>  
Brígida Gimenez Carvalho <sup>2</sup>  
Marina Sidnéia Ricardo Martins <sup>3</sup>

Recebido: 20.02.2023

Aprovado: 26.07.2023

**RESUMO**

A diversidade de atores e prestadores, as múltiplas funções gestoras e as distintas formas de contratualização para a oferta de serviços públicos de saúde são alguns dos condicionantes do processo de regionalização do SUS. Nessa perspectiva, esse artigo analisa o processo de regionalização e contratualização da assistência especializada hospitalar, tendo em vista os aspectos mencionados, na perspectiva da gestão municipal. Trata-se de uma reflexão teórica sobre o processo de regionalização e contratualização, a partir da análise das normativas que orientam esse processo, particularmente daquelas que tratam das responsabilidades de gestão do ente municipal. Conclui-se que as políticas voltadas à contratualização de serviços de saúde necessitam ser discutidas por constituir-se em aspecto fundamental para operacionalização da regionalização; além de evidenciar-se lacuna legislativa quanto à definição do papel e das responsabilidades gestoras. Diante disso, advoga-se a favor de um instrumento que permita a contratualização regionalizada e a segurança jurídica dos entes envolvidos.

**Palavras-chave:** Regionalização, Contratos, Municípios, Gestão em Saúde, Política Pública.

**ABSTRACT**

The diversity of actors and providers, the multiple management functions, and the different forms of contracting for the provision of public health services are some of the constraints of the SUS regionalization process. From this perspective, this article analyzes the process of regionalization and contractualization of specialized hospital care, considering the aspects, from the perspective of municipal management. This is a

<sup>1</sup> **Autor correspondente:** Doutor em Saúde Coletiva. Professor Colaborador do PPGSC – Universidade Estadual de Londrina – Londrina/Paraná E-mail: joaofelipe.cosems@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7198-8528>

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – Paraná – Brasil. Email: brigidagimenez@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

<sup>3</sup> Coordenadora Técnica do Cosems-PR – Curitiba - Paraná/Brasil. E-mail: marina.cosems@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8950-1586>.

theoretical reflection on the process of regionalization and contractualization, based on the analysis of the norms that guide this process, particularly those that deal with the management responsibilities of the municipal entity. It is concluded that policies aimed at contracting health services need to be discussed as they constitute a fundamental aspect for the operationalization of regionalization, in addition to this, there is evidence of a legislative gap regarding the definition of the role and managerial responsibilities. In view of this, we advocate in favor of an instrument that allows regionalized contracting and legal certainty for the entities involved.

**Key words:** Regional Health Planning, Contracts, Cities, Health Management, Public Policy

## RESUMEN

La diversidad de actores y proveedores, las múltiples funciones de gestión y las diferentes formas de contratación para la prestación de los servicios públicos de salud son algunas de las limitaciones del proceso de regionalización del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. Desde esta perspectiva, este artículo analiza el proceso de regionalización y contractualización de la atención hospitalaria especializada, considerando los aspectos mencionados, de la gestión municipal. Se trata de una reflexión teórica sobre el proceso de regionalización y contractualización, a partir del análisis de las normas que las orientan, en particular las que versan sobre las responsabilidades de gestión de la entidad municipal. Se concluye que las políticas dirigidas a la contratación de servicios de salud necesitan ser discutidas por constituir un aspecto fundamental para la operacionalización de la regionalización, además de eso, se evidencia un vacío legislativo en cuanto a la definición del rol y responsabilidades gerenciales. Ante ello, abogamos por un instrumento que permita la contratación regionalizada y la seguridad jurídica para las entidades involucradas.

**Palabras clave:** Regionalización de Salud, Contratos, Ciudades, Gestión en Salud, Política Pública de Salud.

## 1. Introdução

Esse ensaio objetiva analisar o processo de regionalização e contratualização da assistência especializada hospitalar no SUS, considerando os condicionantes desse processo, na perspectiva do ente municipal. Para tal, sistematiza as modalidades de contratos hospitalares, por meio de revisão documental, e apresenta uma proposta de organização de contratos regionais complementares, via ação consorciada. Além disso, convoca os leitores à reflexão sobre o processo de regionalização na perspectiva da contratualização, analisando a legislação e/ou a falta dela.

A etapa de contratualização de um serviço, antecede a oferta propriamente dita, ou seja, todo estabelecimento de saúde, seja ele regionalizado ou não, constituiu algum tipo de contrato. A ação de contratar e o neologismo “contratualização” são utilizados neste ensaio como sinônimos, no entanto, sabe-se que são conceitos distintos, na medida em que o primeiro se refere à prestação de um serviço mediante pagamento, e o segundo refere-se a uma relação de negociação, confiança e/ou colaboração mútua<sup>1</sup>.

Na perspectiva da administração pública, existem diversas possibilidades de contratos para a oferta de serviços. Discute-se nesse manuscrito os processos de contratualização realizados pelos entes federados, particularmente o municipal, para a atenção especializada hospitalar, movimento fortemente condicionado pelas responsabilidades de gestão assumidas por esse ente.

Na década de 1990, a contratualização dos serviços de saúde obedeceu aos critérios de habilitação dos municípios e estados por categorias de gestão, trazidos pela NOBs n. 01/1993 e n. 01/1996, ao definirem responsabilidades gestoras nos âmbitos da atenção básica (AB) e da média e alta complexidade (MAC). A partir dos anos 2000, devido ao esgotamento das ações de descentralização e a ausência de garantias de acesso e referência para os cidadãos entre os sistemas municipais, houve a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS n. 01/2001 e n. 01/2002). Nesse período iniciou-se no país um movimento com vistas à regionalização, organização da rede de atenção no nível microrregional e a formulação de diretrizes relacionadas a uma política nacional de contratualização de hospitais.

Destaca-se que o processo de contratualização visa sobretudo, garantir o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde com o objetivo de cumprir a obrigação constitucional da integralidade da atenção, propósito que depende especialmente do espaço regional, lócus privilegiado de organização do SUS.

Sabe-se que a implementação da política territorial ocorre em diferentes escalas e possui grande diversidade de processos sociais, econômicos e políticos. No Brasil é marcada por iniquidades internas que se sobrepõem aos problemas estruturais do sistema de saúde. No âmbito do SUS, ainda é condicionada por diferentes arranjos entre a esfera pública e privada, com expressivo empresariamento dos serviços, *pari e passu* ao processo de regionalização<sup>2</sup>.

As desigualdades regionais e diversidades territoriais desse processo devem-se, entre outros elementos, às características multiescalares de oferta, distribuição e utilização de serviços de saúde; multiplicidade de acordos entre atores no financiamento, gestão e prestação de serviços, por entidades públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos; diferentes arranjos de governança e atuação do Estado nas regiões<sup>3,4</sup> e, distintas modalidades de gestão, modificadas ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, esse manuscrito apresenta um resgate teórico a respeito do processo de contratação de serviços hospitalares e regionalização no âmbito do SUS, a partir da análise das normativas; propõe uma classificação a respeito das modalidades contratuais; e apresenta uma reflexão acerca da gestão e de estratégias de contratualização com vistas à regionalização. Para essa etapa, apoiou-se no referencial de análise de políticas, especialmente na corrente institucionalista histórica<sup>6</sup>.

Esse estudo é parte de uma tese, a qual teve seu projeto submetido e aprovado pelo CEP no qual os autores estão vinculados, sob o número 4.074.080.

## O processo de contratação hospitalar e regionalização no âmbito do SUS

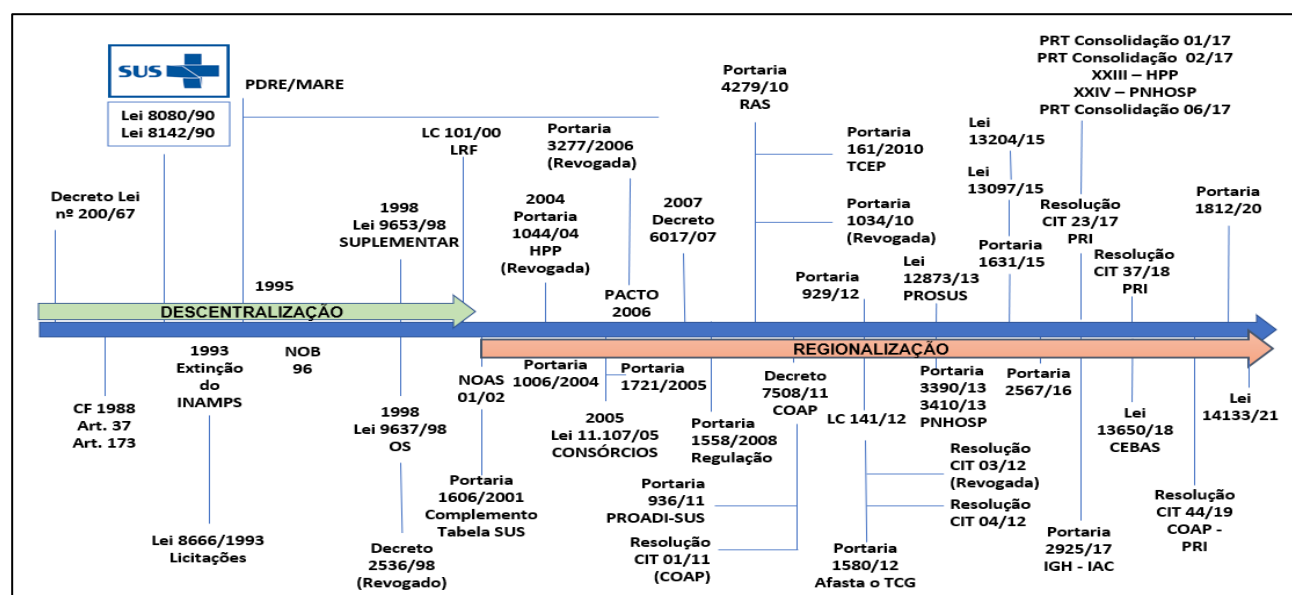
O processo de contratualização hospitalar é fortemente relacionado às questões que envolvem a apresentação e o pagamento por produção, fruto dos processos contratuais entre o instituto de previdência com os serviços de saúde, dentre outras normativas propostas para essa organização anteriores à década de 1990. Somente nos anos 2000 emergiram iniciativas que contemplaram a contratualização sob uma perspectiva mais ampliada<sup>7</sup>.

O processo de busca e seleção das normativas deu-se por meio de revisão não sistemática, a partir de distintos marcos legais, do processo de regionalização e contratualização no SUS, e pela publicação “Ciclos de descentralização e regionalização das políticas de saúde”<sup>8</sup>. A consulta dos documentos permitiu buscas retrospectivas e prospectivas das normativas, e teve como objetivo a construção de uma linha histórica, onde buscou-se desenvolver a relação entre os temas de pesquisa (figura 1) e o argumento central desse artigo, bem como a proposta de classificação das modalidades contratuais apresentadas na próxima sessão.

Para a análise dos documentos selecionados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, por meio das seguintes etapas: a) leitura geral do material coletado; b) análise do material por meio de unidades de contexto<sup>9</sup>; c) distribuição das normativas em categorias de análise; e, d) compreensão das unidades por inferência e interpretação.

A consulta das normativas deu-se no Sistema de Legislação do Ministério da Saúde (Saúde Legis), e no Portal da Legislação do governo federal, e ocorreu entre os meses de agosto de 2020 a maio de 2021.

Figura 1 – Processo de organização dos documentos selecionados para análise:



Fonte: Os autores, 2022

A primeira delas, a Portaria n. 1.044 (2004), também chamada de Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), foi voltada aos hospitais de pequeno porte (HPP) públicos e privados sem fins lucrativos (com 5 a 30 leitos) com intuito de fomentar o processo de organização microrregional e estimular a cooperação intergovernamental, técnica e financeira, por meio de um conjunto de metas direcionadas à instituição, e ao ente federado que detinha a gestão do estabelecimento.

Souza et al<sup>10</sup> ao analisarem a produção de quatorze HPP de uma região de saúde, constataram que a forma de pactuação e contratualização isolada, ou seja, de forma individualizada de cada hospital, não surtiu os efeitos desejados pela PNHPP. Além disso, observaram extrema ociosidade da capacidade instalada, centros cirúrgicos inativos e baixíssima ocupação dos leitos hospitalares.

Na mesma década, também ocorreu a publicação de normativas relacionadas à organização dos consórcios públicos, apesar de já existirem normativas anteriores que previam a possibilidade de organização dos entes federados por meio de consórcios e convênios de cooperação. Ocorre que os consórcios criados na década de 1990 não tinham uma legislação específica e apenas em 2005 foi publicada a lei dos consórcios públicos, Lei n. 11.107 (2005), regulamentada dois anos depois pelo Decreto n. 6.017 (2007).

A segunda portaria ministerial que abordou metas quali-quantitativas para a contratualização foi a Portaria n. 1.721 (2005) que criou o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos e o incentivo de adesão à contratualização (IAC), voltados às instituições que possuíssem o certificado de entidade beneficente de assistência social (CEBAS).

Viana, Miranda e Silva<sup>4</sup> e Lima et al<sup>11</sup> em estudos de abrangência nacional constataram que as instituições privadas sem fins lucrativos são as maiores provedoras de serviços de saúde na atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Sabe-se também, que o SUS é dependente dessas instituições desde sua concepção, fato que condiciona diretamente a regionalização dos serviços de saúde:

Atualmente para ser considerada uma associação privada sem fins lucrativos – filantrópica, a instituição precisa comprovar no mínimo 60% dos atendimentos destinado ao serviço público (Lei n. 13.650/2018), e pode solicitar o CEBAS, de acordo com a Lei n. 12.101 (2009). Enquanto vigente, o CEBAS permite que a instituição detenha isenção tributária e de contribuições sociais (Lei n. 12.101/2009). As Organizações Sociais (OS), criadas por meio da Lei n. 9.637 (1998), também sem fins lucrativos, são passíveis de solicitar o CEBAS. Além disso, hospitais com essa natureza jurídica podem não só celebrar contratos administrativos, mas também convênios com o serviço público (Portaria n. 2.567/2016).

Em 2006, a regionalização ganha destaque com um eixo estruturante do Pacto de Gestão (Portaria n. 399/2006) e como medida para sua institucionalização, foi publicada em anos posteriores a Portaria n. 4.279 (2010), cujo objetivo era a organização da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da cooperação entre os entes federados de uma mesma região e na reestruturação de pontos de atenção baseados nos fundamentos de economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

No entanto, estudo de revisão sistemática concluiu que, mesmo após a publicação do pacto pela saúde, a fragmentação do sistema de saúde e a histórica deficiência do planejamento, reforçada por uma cultura de amplo privilégio para negociação política em detrimento do planejamento executado, prejudicavam a governança regional<sup>12</sup>.

Em 2010, duas outras normativas merecem destaque. A primeira é a Portaria n. 161 (2010) que institui o Termo ou Protocolo de Cooperação entre entes Públicos (PCEP), e a segunda, a Portaria n. 1.034 (2010), publicou normas para reforçar os artigos trazidos na Constituição Federal (1988) e na Lei n. 8080 (1990) que mencionam a contratação complementar de serviços públicos. A normativa enfatiza e corrobora a preferência para a complementação de serviços pelas instituições sem fins lucrativos, caso cumpram os requisitos da Lei Orgânica de Assistência Social (Lei n. 8.742/1993) e possuam o CEBAS, em prioridade às privadas.

A Portaria n. 1.034 (2010) também destaca a importância do Plano Operativo (PO), instrumento que integra todos os ajustes entre entes públicos e desses com instituições privadas com ou sem fins lucrativos. Esse instrumento deve conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a caracterização da instituição, sua missão na rede, a definição de oferta, fluxo de serviços, e a pactuação de metas. Deve ainda conter a formalização do instrumento contratual, se o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

Dentre os contratos, os do tipo administrativo, regidos pela Lei das Licitações (Lei n. 8.666/1993 – até sua substituição total pela Lei 14.133/2021), são alvo de muitas críticas por serem estruturados por meio de uma legislação genérica à administração pública, e por não levar em conta as especificidades e regras do SUS. Além disso, esse tipo de contrato, em geral, não considera as metas quali-quantitativas específicas do setor saúde.

Ou seja, o contrato administrativo para aquisição de serviços públicos de saúde é realizado mediante as mesmas regras de aquisição de bens não duráveis, aspecto que reforça o custeio das instituições de saúde baseado na produção, na quantidade de serviços executados (*fee-for-service*), e/ou no teto físico-orçamentário pré-estabelecidos para esses prestadores. Nessa modalidade, cada procedimento é mensurado por um valor e pago separadamente<sup>13</sup>. Estratégias de complementação

dos procedimentos (Portaria n. 1.606/2001) em até 100% do valor da tabela, como no caso de campanhas de cirurgias e mutirões, reforçam ainda mais o pagamento por produção, e por vezes não atingem os resultados propostos, explicitando o esgotamento desse método.

Diante desses problemas, e considerando que a regionalização e a organização de serviços regionais são condicionadas por fatores que envolvem os modelos de contratos entre os entes federados, foi o Decreto n. 7.508 (2011) que inovou ao instituir um novo formato contratual baseado nas necessidades regionais e no financiamento tripartite, com responsabilidades às pessoas físicas signatárias – o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).

Após a publicação do Decreto, as instâncias colegiadas do SUS organizaram-se para a materialização do instrumento por meio de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao estabelecer diretrizes para a organização regional e para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS (Resolução CIT n. 01/2011); normas e fluxos para a elaboração do COAP (Resolução CIT n. 03/2012); e regras de transição para as responsabilidades gestoras advindas do Pacto pela Saúde para o modelo do Contrato Organizativo (Resolução CIT n. 04/2012).

No entanto, apenas dois estados da federação assinaram de fato o COAP, e a oportunidade de sua construção foi pulverizada devido à necessidade de demonstração de recursos financeiros pelos entes contratantes<sup>14</sup>, bem como pela complexidade que está envolvida no planejamento regional. Dessa forma, o COAP não foi viabilizado em território nacional, e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) somente foi publicada cerca de vinte anos após a extinção dos institutos de previdência, em grande medida, impulsionada pela Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria n. 1.559/2008), que orientou a implantação de ações de regulação em todas as unidades federadas e reforçou o credenciamento e a contratação de prestadores de serviços de saúde.

A PNHOSP, Portaria n. 3.390 (2013), nasceu com o objetivo de estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção hospitalar no âmbito do SUS, proporcionando cuidado integral em saúde com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência, por meio do fortalecimento de práticas assistenciais seguras e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde e da qualificação dos processos de trabalho. Além disso, reforçou a construção do Plano Operativo (PO), instrumento vigente e instituído pela Portaria n. 1.034 (2010).

Já as diretrizes de contratualização da PNHOSP foram estabelecidas pela Portaria n. 3.410 (2013), por meio de compromissos assistenciais em rede, de ensino e pesquisa, de aperfeiçoamento da gestão da clínica, e da gestão administrativo-financeira. Contemplou os seguintes estabelecimentos: a) públicos com no mínimo 50 leitos; b) privados com fins lucrativos com no mínimo 50 leitos; c) privados sem fins lucrativos com no mínimo 30 leitos, sendo pelo menos 25

destinados ao SUS. A PNHOSP instituiu ainda, o incentivo de qualificação da gestão hospitalar (IGH) em substituição ao IAC (Portaria n. 142/2014). O IGH foi destinado aos hospitais públicos com mais de 50 leitos e hospitais privados sem fins lucrativos, com no mínimo 30 leitos.

Muitas críticas foram tecidas à PNHOSP, entre elas, a não operacionalização da política; a falta de disponibilidade financeira para o repasse do IGH; e a ausência de um sistema de monitoramento para o acompanhamento do processo de contratualização e das metas e indicadores definidos no documento descritivo<sup>15</sup>. Além disso, a PNHOSP não priorizou os hospitais públicos de pequeno porte e sem fins lucrativos com menos de 30 leitos, mesmo com significativas mudanças na organização da rede de serviços durante este período. Esse aspecto pode ser identificado como um fator que limitou o avanço da política, concomitante ao processo de regionalização.

Os estabelecimentos hospitalares contratualizados à época da PNHOSP, ainda a utilizam como modelo técnico para as metas quali-quantitativas e para transferência de recursos federais, sejam no âmbito da gestão estadual, ou no âmbito dos municípios que possuem a gestão do teto da MAC. Atualmente essas diretrizes podem ser consultadas nos anexos XXIII (Política Nacional dos HPP) e XXIV (PNHOSP) da Portaria de Consolidação n. 02/2017 (2017).

### **Modalidades contratuais entre entes federados e instituições hospitalares**

Como método de sistematização, é proposta uma classificação dos contratos hospitalares em três categorias principais: *quanto ao modelo de financiamento federal; quanto à gestão municipal; e quanto ao instrumento contratual compatível com a natureza jurídica da instituição contratada* (quadro 1). Essa classificação, resultante da análise documental, é proposta diante da complexidade do tema e busca conceituar as distintas formas de organização dos contratos hospitalares, tendo como base a política de financiamento de recursos da União na qual o estabelecimento hospitalar está inserido; a caracterização de responsabilidades assumidas pela gestão municipal quanto ao teto federal da MAC; e, o instrumento contratual adequado à natureza jurídica da instituição hospitalar.

## Quadro 1 – Modelo de sistematização dos contratos hospitalares

<b>Financiamento de recursos federais</b>
<i>Teto físico-financeiro da instituição:</i> o prestador recebe o valor compatível com seu teto conforme a produção apresentada para faturamento. Nesse caso não se estabelecem metas quali-quantitativas, e a apresentação dos procedimentos a serem faturados podem estar associados aos mais rentáveis à instituição, escondendo a realidade dos atendimentos, e em algumas vezes, dados até deturpados para garantir o recurso.
<i>Contratualização por metas quali-quantitativas:</i> hospitais inseridos nos critérios da PNHOSP. Recebem o recurso baseado no alcance das metas estabelecidas no plano e pelos demais incentivos da contratualização;
<i>HPP contratualizados pela Portaria n. 1.044 (2004):</i> esses estabelecimentos possuem um teto fixo de custeio independente da produção apresentada para faturamento. Nessa regra, o governo federal transfere o valor faturado e o ente federado que possui a gestão do estabelecimento complementa até o fixo determinado, por meio da avaliação de metas estabelecidas;
<i>Hospitais de Ensino:</i> contratualização realizada por meio do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação (MEC), por meio da Portaria Interministerial n. 1.006 (2004), que reorientou e reformulou a política para os hospitais de ensino do MEC no SUS e promoveu a inserção e a integração desses serviços na rede assistencial, mediante ações estratégicas definidas no processo de contratualização, com metas e indicadores especificados.
<b>Gestão Municipal</b>
<i>Municípios com gestão orçamentária do teto da MAC,</i> ou seja, municípios que assumiram, além da AB, a gestão orçamentária do teto da média e alta complexidade municipal. Nessa situação o município é o responsável pela contratualização dos prestadores do seu território. Para estabelecer essa relação deve considerar a PNHOSP e os preceitos legais da Lei n. 8.666 (1993);
<i>Municípios sem gestão orçamentária do teto da MAC,</i> ou seja, municípios que não assumiram a gestão orçamentária do teto da média e alta complexidade municipal, e, portanto, a contratualização dos estabelecimentos de seu território fica sob responsabilidade do ente estadual. Aqui é o estado que realiza o contrato com o prestador, considerando a PNHOSP e obedecendo os preceitos legais da Lei n. 8.666 (1993).
<b>Instrumentos Contratuais</b>
<i>Contrato Administrativo:</i> firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, por meio da Leis de Licitações, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde, estando sujeito às regras e fiscalização do Tribunal de Contas;
<i>Convênios:</i> firmado entre entes públicos ou entre um ente público e uma instituição privada sem fins lucrativos, também sujeitos ao Tribunal de Contas;
<i>Contrato de Rateio e de Programa:</i> instrumentos realizados no âmbito dos consórcios. O primeiro para a execução da ação consorciada entre os municípios, e o segundo para determinada ação coletiva entre os entes consorciados;
<i>Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP):</i> utilizado quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob a gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra;
<i>Contrato de Gestão:</i> instrumento utilizado para a relação contratual entre OS e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP);
<i>Termo de Parceria:</i> instrumento utilizado para a relação contratual com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP);
<i>Termo de Compromisso:</i> firmado entre os gestores e os estabelecimentos que estão sob sua gerência e gestão.

Fonte: os autores. Adaptado: BRASIL (2010,2016)\*

\*Portarias GM/MS nº 161/2010, 2567/2016.

Na perspectiva da regionalização e da direção única em cada esfera de governo, a multiplicidade de normas do direito administrativo associada às diferentes diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada política, e somadas ao contexto atual da pluralidade de modelos de gestão, se apresentam como alguns dos desafios a serem confrontados para a garantia do acesso e das necessidades de saúde da população.

É nesse cenário que algumas irregularidades ocorrem, especialmente a contratualização paralela, ou em duplicidade por parte do ente municipal, nesse caso, em estabelecimentos que estão sob a gestão estadual. Entende-se por contrato paralelo ou duplo a realização de um segundo contrato com um estabelecimento de saúde que já possui o serviço contratualizado com o ente responsável por sua gestão, seja de procedimentos, retaguarda clínica e/ou voltados à assistência de urgência e emergência<sup>16</sup>.

Essa ação é justificada pelos gestores municipais devido à insuficiência dos contratos estabelecidos. O problema é que são executadas à revelia das normas legais do SUS e do próprio direito administrativo, e ainda carregam consigo iniquidades na oferta e nos valores contratados<sup>17</sup>.

Além disso, a diversidade contratual com diferentes modelos de gestão e prestação de serviços resulta em maior dificuldade para a ação regulatória pelo ente público, e certa manutenção do *status quo* quanto à sua ineficiência. Tais aspectos tornam a gestão do SUS ainda mais complexa, com reflexos na oferta e no acesso de serviços à população.

### **Estratégias de gestão de contratos complementares com vistas à regionalização**

Diante dos problemas apresentados e considerando que os processos contratuais interferem na rede de atenção e na assistência à saúde, como corrigi-los, tendo como pano de fundo o processo de regionalização?

Pelas análises dos documentos são apontadas algumas estratégias. Uma delas é referente ao ente municipal assumir a gestão orçamentária do teto da média complexidade, em outras palavras, assumir a gestão “do todo” e não apenas “da metade”. Mas para que essa decisão seja coerente, o município necessita analisar quais são os serviços que estarão sob sua gestão, e se possui recursos técnicos, administrativos e organizacionais para essa ação, características que as normativas detalham de forma parcial. Essa perspectiva está baseada na compreensão de que todos os municípios, independente do porte, aportam recursos financeiros tanto na atenção básica como na MAC.

Essa estratégia, contrapõem-se à perspectiva que compreende que a atenção de média complexidade deve ser executada e financiada prioritariamente pelo ente estadual. De qualquer forma, a Constituição Federal (1988) e normativas infraconstitucionais preveem que o financiamento dos serviços de saúde é tripartite, portanto, executado pela união, estados e municípios de forma integrada e organizada por níveis crescentes de complexidade (Lei n. 8.080/1990 e Portaria n. 2.135/2013).

Ainda assim, não há como ignorar que os municípios vêm assumindo parcelas cada vez maiores do orçamento do sistema de saúde, configurando-se, proporcionalmente, como os maiores financiadores da política, em comparação aos demais entes. Estudos apontam que, em relação à

participação percentual na saúde, o ente federal no ano 2000 participou com 59,8% do total de gastos públicos em saúde, passando em 2011 para 44,7%, e para 42,1% em 2019. Já a participação dos municípios passou de 21,7% para 29,6%, ampliando-se para 31,4% no mesmo período<sup>18,19</sup>.

Neste contexto, o município que optar pela gestão orçamentária do teto da MAC, deve formalizar pedido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) conforme disciplina a Resolução CIT n. 04 (2012), já mencionada, bem como seguir as instruções da Portaria n. 1.580 (2012), a mesma que afastou a exigência de adesão ao Pacto ou à assinatura do Termo de Compromisso de Gestão pelos entes federados.

A segunda estratégia proposta se pauta na construção de um contrato único com cada prestador, considerando as características de aporte de recursos dos três entes federados e os instrumentos legais compatíveis com a natureza jurídica do estabelecimento que pretende contratar.

A terceira estratégia para a organização dos contratos com vistas à regionalização perpassa pelos consórcios públicos de saúde, para os territórios que os possuem. Esse arranjo federativo mostra-se como um instrumento potente para o alcance da regionalização dos serviços, ao mesmo tempo em que se apresenta como ferramenta de contratualização<sup>20</sup>. Para tal, necessita de um planejamento local e regional, para que o contrato intermediado pelo consórcio e o prestador não se configure apenas como um modelo legal de ajuste contratual à um, ou à um grupo de municípios, o que em tese não potencializa o processo de regionalização.

As estratégias mencionadas correspondem às medidas legais presentes no ordenamento jurídico do direito administrativo, e em documentos oficiais que regem a organização dos serviços de saúde. A responsabilidade de sua execução é de competência do ente que detém a gestão de determinado serviço, no entanto, essa questão nem sempre prioriza e considera o acesso, as necessidades regionais e coletivas da população. Esse aspecto poderia ter sido reorganizado se o instrumento de contratualização entre entes públicos – o COAP, instituído por meio do Decreto n. 7508 (2011), fosse materializado e institucionalizado no território.

Como isso ainda não ocorreu, as possibilidades de ajustes no processo de contratualização ao considerar a direção única do sistema de saúde e a redução da multiplicidade de contratos, com vistas à implementação de contratos regionais alicerçados nas redes temáticas e linhas de cuidado, podem ser sintetizadas em duas situações principais:

a) Para os estabelecimentos de referência regional inseridos no território de municípios **sem a gestão do teto MAC**, o ente estadual permanece com seu contrato, pois é o ente que detém a gestão do teto. No entanto, deve rever sua pactuação e assumir sua contrapartida financeira, podendo também realizá-la por meio de um instrumento formal (contrato, convênio, termo de cooperação técnica e

financeira ou outro previsto na legislação) relacionados à implantação de redes e programas específicos. Um segundo contrato adicional ou complementar de cunho regional, a partir dos municípios via consórcio, por exemplo, pode ser realizado de acordo com as necessidades locais regionais, expressas nos instrumentos de planejamento, potencializando a regionalização. Ainda que essa estratégia não se organize como a opção ideal, por manter-se dois contratos, um de gestão estadual e outro coletivo, com determinado prestador, esse movimento já colaboraria com a redução dos inúmeros contratos paralelos realizados na atualidade. Além disso, argumenta-se que o contrato quando consorciado é legal e não contraria o princípio da direção única, no que diz respeito à entrada no território municipal, uma vez que o município sede do estabelecimento dificilmente não é membro da ação consorciada.

b) Para os estabelecimentos inseridos no território de municípios **com a gestão do teto MAC**, estabelecer-se-ia apenas um único contrato sob gestão do município sede, com o aporte de recursos do teto da União e do estado que estão sob sua gestão, e de recursos municipais via consórcio. Ou seja, o município sede permanece como contratante e é o responsável pelas etapas de avaliação, regulação e auditoria, uma vez que recebe em seu fundo municipal o teto da MAC da região, e possíveis contrapartidas estaduais. A contrapartida dos demais municípios, por sua vez, baseada no planejamento regional, ocorreria por meio do consórcio e/ou convênio, ou outro previsto na legislação, e repassaria o valor ao município contratante, excepcionalmente para esta atividade.

No entanto, a organização dos contratos para a lógica regional, necessária para garantia de acesso e atenção integral, exige esforços técnico-políticos, destacando-se o planejamento, o levantamento de custos dos serviços, e a ação coletiva entre os entes federados<sup>21</sup>. A coordenação desses esforços deve ser direcionada pelo ente estadual<sup>22</sup>. Além disso, é necessário como passo anterior a esse processo, a análise dos documentos de planejamento regional, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a fim de verificar os serviços existentes no território. Outro importante detalhe é que todas essas ações devem ser realizadas junto ao coletivo regional, estimulando a governança e mecanismos de regulação e controle.

Também exige atenção do contratante aos requisitos impostos em lei para a participação complementar da iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos, quanto à execução de ações e serviços de saúde, bem como do credenciamento destes prestadores no SUS. E ainda, atentar-se ao fato que foram revogadas as legislações que instituíram o IGH e novas adesões na contratualização de metas pela PNHOSP (Portaria n. 2.925/2017).

Ainda assim, mesmo com o insucesso do COAP e da ausência de clareza das responsabilidades gestoras pós Decreto n. 7508 (2011), o processo de regionalização continuou sendo percebido como diretriz e orientador técnico-político do sistema de saúde pública no país<sup>23</sup>.

Neste contexto, esse processo foi destacado em um novo movimento de organização ascendente, o Planejamento Regional Integrado (PRI) (Resolução CIT n. 23/2017), que expressa as responsabilidades dos gestores em relação à população do território, por meio da garantia de acesso e da resolubilidade da atenção, com a organização da RAS, e dos mecanismos de governança regional (Resolução CIT n. 37/2018).

Para sua operacionalização foi publicada a Resolução CIT n. 37 (2018) que abordou entre outros aspectos: a organização de macrorregiões de saúde, em um contingente populacional mínimo de 700 mil habitantes; a coordenação e a condução desse processo pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e a institucionalização do PRI por meio de um novo modelo de financiamento baseado na alocação global dos recursos, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado. Cabe ressaltar que a organização de regiões sanitárias com contingente populacional de no mínimo 700 mil habitantes, não leva em consideração as disparidades regionais e geográficas das diferentes regiões brasileiras.

O PRI apresenta-se como importante ferramenta à cooperação técnica e financeira nas macrorregiões de saúde, e possibilitou a publicação da Resolução CIT n. 44 (2019), a qual definiu que o acordo de colaboração contratual entre os entes federados deixava de ser o COAP e passava a ser o resultado do PRI.

No entanto, o capítulo V, seção II que trata do contrato organizativo de ação pública da saúde, no Decreto n. 7.508 (2011) não foi alterado ou revogado e quando analisado sob a perspectiva jurídica, possui maior peso que uma Resolução (neste caso a Resolução CIT n. 44/2019), pois é um ato administrativo deliberado pelo chefe do poder executivo federal. Nesse aspecto, as responsabilidades gestoras e a organização do SUS situa-se em um impasse normativo disciplinar de quase uma década, pois essa discussão paralisou-se nas regras de transição entre o Pacto pela Gestão e o Decreto n. 7.508 (2011). Os elementos dessa transição podem ser observados na Resolução CIT n. 04 (2012).

Tal fato, demanda a necessidade da construção de um instrumento contratual de cooperação microrregional, regional e macrorregional que permita o planejamento territorial e a segurança jurídica para alocação e transferência de recursos tripartite, e ao mesmo tempo, normatizar as responsabilidades gestoras de cada ente federado desse nível de atenção.

### **Considerações finais**

Esse ensaio teve como objetivo principal analisar a relação entre o processo de regionalização e contratualização do SUS, tendo como eixo principal a contratualização hospitalar. A partir das normativas analisadas, advoga-se a favor da contratualização de serviços de saúde como um aspecto fundamental para operacionalização da regionalização. A ausência de normas mais claras para esse processo aumenta as iniquidades na oferta, e sua consequência incide diretamente na garantia do acesso e do direito à saúde da população. Reforça-se também a necessidade de voltar o olhar aos problemas locais, da gestão municipal, e dos arranjos condicionados pelas regras contratuais.

Compreende-se que a análise das normativas, com foco no componente hospitalar, constitui-se uma das limitações metodológicas desse estudo, no entanto, esse recorte evidencia que a regionalização está condicionada, entre outros fatores, aos aspectos relacionados à contratualização dos serviços e à ausência de normativas que definam o papel e as responsabilidades gestoras dos entes federados.

Este tema precisa ser debatido e discutido pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS, uma vez que apresenta características mais ou menos veladas que envolvem a prestação dos serviços, a garantia da integralidade nas linhas de cuidado, e a responsabilidade gestora frente à alocação de recursos públicos.

### **Referências**

- 1- Salgado V. Aspectos gerais da Contratualização de Desempenho Institucional. 2018.
- 2- Viana AL d'Ávila, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(suppl 2):e00022519.
- 3- Lima LD de, Viana AL d'Ávila, Machado CV, Albuquerque MV de, Oliveira RG de, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc saúde coletiva*. novembro de 2012;17(11):2881–92.
- 4- Lima LD de, Albuquerque MV de, Scatena JHG, Melo ECP de, Oliveira EXG de, Carvalho MS, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(suppl 2):e00094618.
- 5- Ravioli AF, Soárez PCD, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 23 de abril de 2018 [citado 3 de maio de 2021];34(4). Disponível

- em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000402001&lng=pt&tlng=pt).
- 6- Pierson P. Politics in time: history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.
  - 7- Feliciello D. Contratualização de serviços de saúde: guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS. NEPP. UNICAMP. Campinas, SP. 2016, 229p.
  - 8- Viana A.L D, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
  - 9- Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
  - 10- Souza FEA de, Nunes E de FP de A, Carvalho BG, Mendonça F de F. Hospitais de cidades pequenas: inserção e pactuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Medicina (Ribeirão Preto). 14 de outubro de 2020;53(3):300–8.
  - 11- Viana, ALD, Miranda AS, Silva, HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha JC de, Lima LD de, Chorny AH, Dal poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde [Internet]. Editora FIOCRUZ; 2017 [citado 3 de maio de 2021]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rs684>
  - 12- Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva. abril de 2017;22(4):1291–310.
  - 13- Mendes EV. *Desafios do SUS*. DF: Conass, 2019.
  - 14- Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc saúde coletiva. abril de 2017;22(4):1193–207.
  - 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Nota Informativa. Contratualização. 2016.
  - 16- Silva JFM da, Carvalho BG, Domingos CM, Mendonça F de F. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. Saude soc [Internet]. 2020; 29(Saude soc., 2020 29(4)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200019>.

- 17- Silva JFM da. A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
- 18- Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para Discussão n. 1846). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf).
- 19- Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Saúde Debate v. 44, n. especial 4, P. 114-129, 2020.
- 20- Mendonça FF, Andrade SKAV. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. REDES. 12 de setembro de 2018;23(3):206.
- 21- Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho AD, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. Ciênc saúde coletiva. junho de 2018;23(6):1791-8.
- 22- Menicucci TMG. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional. CEPAL. Série Políticas Sociais. n.196, 2014.
- 23- Silva JFM da, Andrade SKAV, Carvalho BG, Domingos CM. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. Physis. 2020;30(3):e300329.

**Participação dos autores na elaboração do artigo**

**Autor 1:** Delimitou o recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, coleta de dados, redação e aprovação da versão final do artigo.

**Autor 2:** Delimitou o recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, coleta de dados, redação e aprovação da versão final do artigo.

**Autor 3:** Delimitou o recorte da pesquisa e contribuiu com a concepção, coleta de dados, redação e aprovação da versão final do artigo.