UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM REDE NACIONAL – PROFIAP

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO

UBERABA
2025

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Profª. Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha

UBERABA
2025

Catalogação na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Uberaba, 28 de março de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha
Doutora em Atenção à Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva)
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Profª. Dra. Anna Cláudia dos Santos Nobre
Doutora em Administração
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

UBERABA
2025

AGRADECIMENTOS

Gratidão, primeiramente, a Deus, por todas as bençãos e desafios recebidos que me fizeram crescer e continuar tentando ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Sergio e Alessandra, que não mediram esforços para que os filhos tivessem uma boa criação, priorizando a educação, dando conselhos de vida e palavras de sabedoria.

Ao meu esposo, Ricardo, por caminhar junto, e mesmo após um dia árduo na fazenda, ser um parceiro acalentador em meio a minha rotina apressada.

As minhas alegres filhas, Helena e Maria Clara, que mesmo sendo tão novas, entendiam que a mamãe tinha que sair, ou que estava lendo, e vivia rodeada de papéis e canetas. Mamãe ama vocês!

Aos meus colegas de trabalho, Amanda, Mirian e Alberto, pela paciência e por ouvirem sobre o que eu estava fazendo, Luísa, pelo apoio e livros emprestados, Roberta, pelas valiosas dicas de uma pós doutora, Cecílio, por me avisar sobre as inscrições no Programa de Mestrado, Fernanda (e também professora) pelo auxílio metodológico. A minha diretora, Eunice, pela compreensão e colaboração para eu pudesse realizar as disciplinas.

Aos servidores da UFTM, em especial, minha orientadora Jesislei, pelos seus ensinamentos e conselhos.

A minha maravilhosa turma de mestrado, foi enriquecedor aprender com cada um de vocês, e compartilhar experiências e vivências tão ricas e agregadoras.

Por fim, minha imensa gratidão a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Além da graduação, fiz mestrado em matemática. Só não fiz doutorado porque acho o título de mestre muito mais legal que o de doutor. O mestre tem súditos, já o doutor tem pacientes: um catarrento, outro leproso… Prova que mestre é mais legal é que as grandes figuras são mestres. O Yoda é mestre Yoda, não doutor Yoda. Mestre Splinter, Mestre dos Magos, tudo mestre. Quem é doutor? Doutor Hollywood. Doutor Dolittle. Não sei vocês, mas eu acho melhor ter poderes Jedi do que falar com uma arara. O título de mestre tinha que vir depois do de doutor. Ou então vem primeiro mestre e depois algo mais foda, sei lá, Senhor Imperador do Universo Triunfal [...], ou algo mais foda ainda: Brad Pitt. Eu queria ter o título de Brad Pitt. – Oi, você faz o quê? – Sou Brad Pitt em economia.” (Autor desconhecido).

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a formalização do processo, os setores envolvidos e os instrumentos formais de contratualização do Sistema Único de Saúde celebrados entre os Hospitais e o município de Uberaba, em consonância com as normativas legais aplicáveis. Trata-se de estudo decorrente de pesquisa qualitativa, com busca ativa nos termos dos instrumentos formais de contratualização hospitalar, bem como, informações disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Uberaba e outros registros relevantes relacionados à contratualização no âmbito do SUS, no período de julho a novembro de 2024. Foi utilizada a metodologia de estudo de caso baseada no cientista social Robert K. Yin, onde idealizou-se um protocolo para a condução da análise das contratualizações hospitalares do SUS vigentes no município de Uberaba. Os resultados numéricos foram organizados em tabelas e gráficos descritivos, de acordo com o conteúdo analisado, e os nomes dos hospitais foram identificados por códigos alfanuméricos (H1, H2). A pesquisa também incluiu a análise de portarias e decretos municipais, além da consulta a comissões relacionadas ao processo de contratualização hospitalar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) - CAAE: 81575424.5.0000.5154. A partir dos resultados obtidos, foi possível verificar contratualizações do Sistema Único de Saúde, em vigor, com sete hospitais no Município. Constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba realiza o intermédio na formalização da contratualização no SUS entre o Município e os Hospitais, por meio da Diretoria de Regulação. Neste estudo, foi possível visualizar que a maior parte da rede de hospitais contratualizados no município são constituídos de entidades privadas, sem fins lucrativos através de termos formais (contratos/convênios). Averiguou-se uma maior cautela quanto a vigência dos termos formais do que dos documentos descritivos. No financiamento hospitalar, há a predominância da orçamentação parcial, constituídas, em sua maioria, de verbas pré-fixadas, sendo 70% dos recursos subsidiados pela União. Observou-se, também, que o instrumento de contratualização hospitalar que atendeu plenamente todos os itens previstos nas normativas aplicáveis, foi o instrumento mais recente celebrado pelo Município de Uberaba. Neste sentido, é preciso melhorar as práticas de gestão da contratualização, diminuindo os riscos de interrupção dos serviços hospitalares e garantindo que não ocorra desassistência à população. Contudo, foi verificado no município, um

aperfeiçoamento contínuo nos instrumentos formais de contratualização, indicando um desenvolvimento no planejamento desses instrumentos.

Palavras-chave: Hospitais; municípios; serviços contratados; relatos de casos; saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the formalization of the process, the sectors involved and the formal contractualization instruments of the Unified Health System signed between the hospitals and the municipality of Uberaba, in line with the applicable legal regulations. This study is the result of qualitative research, with an active search for the terms of the formal hospital contractualization instruments, as well as information available on the National Register of Health Establishments - CNES, the Uberaba City Hall website and other relevant records related to contractualization within the SUS, from July to November 2024. A case study methodology based on the social scientist Robert K. Yin was used, in which a protocol was devised for conducting the analysis of SUS hospital contractualizations in force in the municipality of Uberaba. The numerical results were organized in tables and descriptive graphs, according to the content analyzed, and the names of the hospitals were identified by alphanumeric codes (H1, H2). The research also included the analysis of municipal ordinances and decrees, as well as consultation with committees related to the hospital contractualization process. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) - CAAE: 81575424.5.0000.5154. Based on the results obtained, it was possible to verify that the Unified Health System has contractual agreements in force with seven hospitals in the municipality. It was found that the Uberaba Municipal Health Department (SMS) acts as an intermediary in formalizing SUS contracts between the municipality and the hospitals, through the Regulation Department. In this study, it was possible to see that most of the network of contracted hospitals in the municipality are made up of private, non-profit entities through formal terms (contracts/agreements). There was greater caution about the validity of formal terms than of descriptive documents. In hospital financing, there is a predominance of partial budgeting, mostly made up of pre-fixed funds, 70% of which are subsidized by the Federal Government. It was also observed that the hospital contractualization instrument that fully complied with all the items set out in the applicable regulations was the most recent instrument signed by the Municipality of Uberaba. In this sense, it is necessary to improve contractualization management practices, reducing the risk of hospital services being interrupted and ensuring that the population is not left without assistance. However, the municipality has seen a continuous improvement in the formal contractualization instruments, indicating a development in the planning of these instruments.

Keywords: hospitals; municipalities; contracted services; case reports; health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 01 – Hierarquização dos serviços de saúde de acordo com a sua complexidade..... 35

Figura 02 – Conselhos de saúde e sua composição 37

Figura 03 – Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde 40

Figura 04 – Consulta de Estabelecimentos de Saúde 58

Figura 05 – Consulta de contratos da Prefeitura de Uberaba no Portal da Transparência 59

Figura 06 – Consulta de convênios da Prefeitura de Uberaba no Portal da Transparência 60

Figura 07 – Microrregião de Saúde de Uberaba..... 66

Figura 08 – Municípios integrantes da rede ampliada de saúde 67

Figura 09 – Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde..... 69

Tabela 01 – Avaliação de conformidade do termo formal e documento descritivo..... 80

Tabela 02 – Grau de conformidade dos instrumentos contratais formalizados entre hospitais e o município de Uberaba 80

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 01 – Instrumentos utilizados para celebração da contratualização..... 47

Quadro 02 – Protocolo para estudo de caso sobre a condução da análise das contratualizações hospitalares do SUS vigente no município de Uberaba 56

Quadro 03 – Roteiro para coleta de dados das contratualizações hospitalares do SUS e instrumentos formais vigentes em Uberaba..... 60

Quadro 04 – Gabarito para comparação entre os dados coletados nos instrumentos formais e as disposições legais aplicáveis 62

Quadro 05 – Instrumentos contratuais firmados entre Hospitais e o Município de Uberaba... 69

Quadro 06 – Setores da Secretaria Municipal de Saúde que participam da formalização da contratualização entre Hospitais e o Município de Uberaba. 71

Gráfico 01 – Quantitativo repassado anualmente aos hospitais contratualizados 76

Gráfico 02 – Percentual total dos recursos SUS recebidos pelos hospitais do município..... 77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACO - Ação Civil Originária

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade

APS - Associação das Pioneiras Sociais

CAC - Comissão de Acompanhamento da Contratualização

CF - Constituição Federal

CG – Conselhos Gestores

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselhos Municipais de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Cosems - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CPF – Comprovante de Situação Cadastral

DAJS - Departamento de Assuntos Jurídicos com o SUS

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FMS - Fundo Municipal de Saúde

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LRS - Lei de Responsabilidade Social

Magi - Modelos Alternativos de Gestão Indireta

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

Min – Ministro

MP - Ministério Público

MS - Ministério da Saúde

NGP – Nova Gestão Pública

NOB - Norma Operacional Básica

NPM - *New Public Management*

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OS - Organizações Sociais

OSC - Organizações da Sociedade Civil

Oscip - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIB - Produto Interno Bruto

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNCP - Portal Nacional de Contratações Públicas

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNR - Política Nacional de Regulação

PPP - Parceria Público-Privada

PROGER - Procuradoria Geral

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RE - Recurso Extraordinário

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SEI - Serviço Eletrônico de Informação

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 APRESENTAÇÃO DO OBJETO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA 16
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA 16
1.3 OBJETIVOS 17
1.3.1 Objetivo Geral 17
1.3.2 Objetivos Específicos 18
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA 18
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO 19
2 REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO 19
2.1 REFORMA ADMINISTRATIVA 19
2.1.1 Gestão Patrimonialista, Burocrática e Gerencial 20
2.1.2 Descentralização, Publicização dos serviços públicos e o Contrato de Gestão 22
2.1.3 Organizações Sociais – OS 24
2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 28
2.2.1 Complementação dos serviços de saúde 31
2.2.2 Princípios e Diretrizes do SUS 33
2.2.3 O Controle Social no Sistema Único de Saúde 36
2.2.3.1 Os conselhos de saúde 37
2.2.3.2 As conferências de saúde 39
2.3 CONTRATUALIZAÇÃO 40
2.3.1 Contratualização no Sistema Único de Saúde 42
2.3.2 Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Atenção Hospitalar 44
2.3.3 Formalização da Contratualização Hospitalar 47
2.4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 50
2.4.1 Repasse dos recursos nas contratualizações 53
3 METODOLOGIA 55
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 55
3.2 METODO DE PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS 56
3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS 56
3.4 ANÁLISE DE DADOS E O PERCURSO METODOLÓGICO 58
3.5 ANÁLISE DE DADOS/ ESTATÍSTICA 64

4 ANÁLISE SITUACIONAL 64
4.1 DISCUSSÃO TEÓRICA E SÍNTESE 65
4.2 RESULTADO E ANÁLISE DESCRITIVA 69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
REFERÊNCIAS 83
APÊNDICE A: Produto Técnico-Tecnológico: Relatório Técnico Conclusivo 90
APÊNDICE B: Formulário PTT Sucupira – Produto Técnico ..... Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 70, o modelo de Estado Keynesiano, caracterizado pela burocracia weberiana e forte intervenção na economia, foi criticado como excessivamente burocrático e inflexível diante da crise mundial (Torres, 2012). Em resposta a esse cenário, surgiu o movimento conhecido como *New Public Management* (NPM) ou administração pública gerencial, que buscava incorporar práticas gerenciais típicas da iniciativa privada à administração pública (Abrúcio, 1997).

Uma das estratégias mais amplamente utilizadas no contexto da Nova Gestão Pública (NGP), especialmente entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), é a contratualização. Esse mecanismo tem ganhado destaque por possibilitar a participação de atores privados e unidades descentralizadas na formulação, gestão e execução de políticas públicas (OECD, 2005). Conforme Maria Sylvia Di Pietro (1996), a contratualização é um instrumento de gestão versátil, aplicável a todos os níveis federativos, envolvendo gestores e instituições. Esse modelo tem sido amplamente empregado, por exemplo, na prestação de serviços de saúde, com resultados significativos em diferentes contextos (Liberatti et al., 2020).

Nesse cenário, a contratualização com prestadores privados, especialmente os filantrópicos, emergiu como um método eficaz para suprir as deficiências da rede pública de saúde (FIOCRUZ, 2021). A constituição de procedimentos formais de contratualização entre reguladores e prestadores de serviços tornou-se necessária para assegurar a melhoria da saúde da população, com qualidade, além de promover a articulação e integração no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010a).

No âmbito da saúde pública brasileira a Portaria n° 3.390, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, define a contratualização como um "processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual" (Brasil, 2013). Esses instrumentos de contratualização se configuram como ferramentas essenciais para efetivação da gestão por resultados no âmbito da Administração Pública (Duarte et al., 2006).

A contratualização no SUS segue critérios específicos relacionados à classificação dos hospitais que prestam esses serviços, estabelece metas quantitativas e qualitativas para a gestão hospitalar e prestação de serviços, visando garantir a eficiência na utilização de recursos

públicos e assegurar a transparência, disponibilizando informações à população (Brasil, 2010a); na Regulação da Atenção à Saúde, utiliza o monitoramento de metas e auditorias para garantir maior eficiência no uso dos recursos públicos e maior autonomia na fiscalização (Mânica, 2010).

Nesse contexto, a contratualização hospitalar Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial para a gestão eficiente dos recursos públicos e a garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde exerce uma função central nesse processo, sendo responsável por estabelecer e operacionalizar os contratos entre os hospitais e o município. Esse processo é orientado pelo Decreto nº 7.508/2011, que define as competências e responsabilidades dos municípios no cumprimento das metas de saúde pública, além de assegurar uma gestão transparente e eficiente dos recursos (Brasil, 1990; Brasil, 2010a; Brasil, 2011).

A Constituição Federal confere à União a prerrogativa de traçar normas gerais de licitações e contratos administrativos, conforme o artigo 22, inciso XXVII, em alinhamento com o disposto no artigo 37, inciso XXI (Brasil, 1988). Desse modo, o processo de formalização das contratualizações no SUS é orientado pela Lei de Licitações e Contratos Administrativos, em conjunto com as Portarias de Consolidação editadas pelo Ministério da Saúde, que regulamentam os parâmetros e diretrizes para esses instrumentos.

1.1 APRESENTAÇÃO DO OBJETO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Com o expressivo crescimento de unidades de saúde sob gestão municipal e estadual novas relações e modalidades de prestação de serviços privados foram introduzidas, e, devido diretriz de descentralização do SUS, coube aos gestores locais estabelecerem os contratos que regem a oferta de serviços privados ao SUS, aumentando a responsabilidade do gestor na relação direta com os prestadores privados (FIOCRUZ, 2021).

Na esfera municipal, compete às Secretarias Municipais de Saúde planejar e programar ações e serviços necessários para atender à população, de acordo com a contratualização dos serviços. Também é sua responsabilidade operacionalizar a contratualização de serviços sob gestão municipal, quando não houver capacidade instalada no próprio município, além de

estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua administração e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas nos instrumentos contratuais (Brasil, 2013).

A temática da contratualização no SUS tem sido objeto de normativas federais que, nos últimos anos, buscam aprimorar a sua aplicação, seja para o cumprimento do regramento que se aplica à administração pública, seja para reforçar a busca por mais eficiência e efetividade ao sistema. É crucial discutir as particularidades da contratualização no SUS, especialmente no que diz respeito aos incentivos financeiros derivados de políticas públicas que visam aprimorar a gestão hospitalar (Brasil, 2013).

Realizar a formalização da contratualização hospitalar de forma ineficiente e/ou morosa pode acarretar diversas consequências, dentre elas, precarização no atendimento aos pacientes, falta de transparência e corrupção, ineficácia no uso de recursos públicos, falha na fiscalização, atrasos nos pagamentos e inadimplências, e, até mesmo interrupção dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, pretende-se aperfeiçoar as práticas de gestão na administração pública municipal, com foco específico na contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As questões que orientam a pesquisa são: Quais são as características das contratualizações hospitalares na gestão pública municipal? Os instrumentos formais utilizados para essas contratualizações entre gestores e hospitais do SUS estão em conformidade com as diretrizes normativas vigentes? Como se desenvolve o processo de formalização das contratualizações hospitalares na gestão pública do município de Uberaba? Quais são as oportunidades de aprimoramento para tornar esse processo mais eficiente e alinhado às normativas aplicáveis?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral consiste em analisar a formalização do processo, os setores envolvidos e os instrumentos formais de contratualização do Sistema Único de Saúde entre os Hospitais e o município de Uberaba, e em consonância com as normativas legais aplicáveis.

1.3.2 Objetivos Específicos

a. Identificar as contratualizações vigentes celebradas entre hospitais do SUS e o município de Uberaba;
b. Descrever os setores da Secretaria Municipal de Saúde envolvidos no processo de formalização da contratualização hospitalar;
c. Caracterizar as contratualizações e os instrumentos formais de contratualização;
d. Comparar os instrumentos formais aos dispositivos legais aplicáveis ao Sistema Único de Saúde;
e. Aferir o grau de concordância dos instrumentos.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A constituição de um sistema universal de saúde, com diretrizes como a descentralização e o atendimento integral, organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos fluxos assistenciais e promoção de ações e serviços de saúde com oferta de acesso equânime, integral e qualificado exige o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS.

É necessário estruturar ações de regulação no âmbito do SUS, visando à melhoria dos processos de trabalho, bem como à perfeita harmonia e à integração entre os entes federados responsáveis pela gestão dos serviços de saúde ofertados à população. Promover um processo de regulação que permita expressar as ações e os resultados a serem alcançados em benefício da população é tão importante quanto formular o planejamento do sistema de saúde. Para isso, o tema contratualização ganha especial relevância.

Este estudo busca contribuir para aprimoramento das práticas de gestão relacionadas a contratualização no âmbito do Sistema Único de Saúde, com foco na ampliação do conhecimento, controle e otimização dos processos entre o ente municipal e os hospitais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. A análise e descrição dos processos de contratualização têm como objetivo propiciar transparência aos instrumentos formais, permitindo um monitoramento efetivo das ações implementadas, reduzindo os riscos de interrupção nos serviços hospitalares, e, consequentemente, assegurando a continuidade da assistência à população.

A relevância da pesquisa também está associada à necessidade de discutir a participação complementar da iniciativa privada no setor da saúde, considerando que a rede pública é insuficiente para atender plenamente à demanda por ações e serviços de saúde. Além disso, a contratualização no SUS apresenta particularidades que exigem atenção, especialmente

no que se refere aos incentivos financeiros resultantes de políticas públicas voltadas ao apoio gerencial do setor hospitalar.

Adicionalmente, destaca-se a importância de uma gestão eficiente para a formalização das contratualizações, em conformidade com as normativas legais, permitindo o monitoramento efetivo das ações realizadas e promovendo maior *accountability*. Esse enfoque visa garantir maior lisura no controle público, atender às reais demandas da população e proporcionar um serviço público de saúde de qualidade.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está estruturado em cinco seções: Introdução, referencial teórico-normativo, metodologia, análise situacional (discussão teórica e resultados) e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO

2.1 REFORMA ADMINISTRATIVA

Segundo Abrúcio (1997), na década de 1970 até anos 1990, a reforma estatal foi caracterizada pela exigência da diminuição da sua área de atuação como condição ao livre funcionamento do mercado e pelo redimensionamento da gestão pública que afetou a organização das burocracias públicas. A partir da década de 1990, surgiu o modelo de administração pública gerencial, ou "*new public management*", em meio ao enfraquecimento das funções estatais, preocupação com a eficiência e fortalecimento do setor privado.

O gerencialismo, objetivava tornar o Estado menos burocrático, mais moderno e flexível, voltado prioritariamente para o controle dos resultados ao invés do controle dos procedimentos, investindo no aprimoramento de instrumentos de gestão. Para reorganização do Estado, foi publicado em novembro de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE. Um documento que organiza os objetivos gerenciais de Reforma do Estado no Brasil e classifica a administração pública sob três abordagens: Patrimonialista, burocrática e gerencial (Pereira, 1995).

2.1.1 Gestão Patrimonialista, Burocrática e Gerencial

O período colonial e imperial foi caracterizado pela ausência de distinção clara entre as esferas pública e privada, resultando na confusão entre a república e os bens da Coroa. Esse contexto refletia uma administração predominantemente patrimonialista, na qual o Estado era compreendido como uma extensão da propriedade do monarca (Bresser-Pereira, 2006). Segundo Victor Nunes Leal (1975), as relações entre o poder público e a esfera privada estavam organizadas de forma essencialmente coronelista, com cargos públicos frequentemente controlados pela elite agrária.

Esta situação perdurou ao longo do século XIX, com predominância da concepção de Estado mínimo, dentro da perspectiva liberal. O patrimônio público era confundido com o patrimônio privado do Estado, reflexos tardios das ideias difundidas pelas monarquias absolutas europeias, que foram realidade marcante do auge do capitalismo mercantil. No final do século XIX, devido insuficiência do mercado e reconhecimento da incapacidade do Estado de atender todas as demandas da sociedade, as relações entre o Estado e o terceiro setor foram institucionalizadas. Posteriormente, o Estado ficou conhecido como Estado social e democrático de direito, em razão da sua atuação na instituição de novos direitos fundamentais e a demanda social por serviços, o que resultou, no século XX, em incentivos estatais ao terceiro setor e atual direta na área social (Bobbio, 1999).

Boris Fausto (1994) destaca que, no Brasil, o desenvolvimento do capitalismo tardio, impulsionado pela industrialização europeia, gerou um cenário marcado pela promoção da industrialização por meio da intervenção estatal no setor produtivo de bens e serviços, urbanização crescente, formação de uma classe média com maior capacidade de reivindicação e a fragmentação entre as elites dos grandes Estados. Esse contexto tornou-se incompatível com a gestão patrimonialista tradicional da Administração Pública, exigindo novas formas de organização e governança.

A Constituição de 1934, influenciada pela Constituição de Weimar, introduziu um Estado mais intervencionista e centralizador na economia, com o objetivo primordial de alcançar o pleno emprego, mesmo que isso implicasse déficits orçamentários, alinhando-se à teoria keynesiana. Posteriormente, o sistema constitucional de 1967 ampliou significativamente as competências da União, consolidando ainda mais o poder federal com a Emenda nº 1/69. Conforme observado por Dalmo de Abreu Dallari (1976), essa emenda conferiu à União poderes legislativos sobre um amplo espectro de matérias, abrangendo praticamente todo o

sistema jurídico e administrativo. O conjunto de ideias que fundamentou as reformas dessa época é frequentemente referido como o "modelo de gestão burocrático".

Segundo Weber (2009), a burocracia foi um elemento essencial para viabilizar o desenvolvimento do capitalismo, pois, diante do crescimento e da maior complexidade das instituições, surgiu a necessidade de modelos organizacionais mais definidos. Nesse contexto, a burocracia admite, no máximo, a conveniência objetiva, com um direito de representação devidamente regulamentado. Sua racionalidade está associada à adequação dos meios em busca do máximo de eficiência, configurando-se como um modelo organizacional eficiente por excelência na resolução de problemas sociais.

Admite-se no máximo a conveniência objetiva e existe um direito de representação regulamentado. A racionalidade da burocracia relaciona-se com a adequação dos meios em busca do máximo de eficiência. Assim, ela representa um modelo de organização eficiente por excelência para a resolução de problemas na sociedade (Weber, 2009).

No entanto, a partir da década de 1970, a burocracia começou a ser questionada devido ao elevado custo de sua operacionalização e à sua profunda intervenção na sociedade. Esse cenário resultou na perda de governabilidade e credibilidade do Estado, agravado pela crise econômica mundial (Costa, 2010). O Estado de bem-estar burocrático, fundamentado na teoria weberiana e sustentado por um conjunto rígido de normas e regulamentos, mostrou-se insustentável devido à sua rigidez e aos custos excessivos que sobrecarregavam a máquina pública (Weber, 2009).

Diante dessa conjuntura, iniciou-se um movimento de reforma, denominado modernização econômica, influenciado pelo ideal gerencialista e pela reestruturação produtiva promovida por líderes políticos como Margaret Thatcher e Ronald Reagan (Paula, 2005). Como resultado, com a ampliação do papel do Estado, tanto no desempenho de atividades interventivas no domínio econômico quanto na prestação de serviços públicos, esperava-se uma transformação gradual da organização federal em uma estrutura mais enxuta, voltada para programação, supervisão e fiscalização. Esse modelo substituía a execução direta de serviços por contratos ou convênios supervisionados pelo Poder Público (Nohara, 2012).

Nesse contexto, aplica-se o princípio da subsidiariedade como técnica para a repartição de interesses e competências materiais entre as esferas do poder público. Esse princípio favorece a transição de um modelo rígido de repartição de competências públicas para um modelo mais flexível, fundamentado na descentralização e desconcentração de serviços, permitindo maior eficiência e adaptabilidade na gestão pública (Freitas, 2011).

2.1.2 Descentralização, Publicização dos serviços públicos e o Contrato de Gestão

A reestruturação administrativa do Estado demandava, além de mudanças estruturais, a superação de sua concepção centralizadora. Nesse sentido, promovia-se uma descentralização implementada em três níveis. No primeiro, no âmbito da Administração Federal, previa-se uma ampla delegação de autoridade executiva, acompanhada de uma revisão das leis e regulamentos centralizadores. No segundo, transferia-se parte das tarefas administrativas para a esfera privada, por meio de contratos que assegurassem a eficiência e a responsabilidade no cumprimento das metas estabelecidas. Por fim, no terceiro nível, buscava-se a descentralização da União para os governos locais, com delegações realizadas mediante convênios e programas previamente aprovados pelo Governo Federal (Beltrão, 1968).

Alguns autores, como Chiavenato (2008), identificam que o modelo gerencial emergiu como uma resposta à necessidade de descentralização administrativa, redução dos níveis hierárquicos e ampliação da participação de agentes privados e organizações da sociedade civil. Esse modelo requer formas mais flexíveis de gestão e foi acompanhado por duas vertentes principais de descentralização: a descentralização por colaboração, baseada na adoção do regime de concessões de serviços públicos; e a descentralização por serviços, que promoveu a criação de novos entes da Administração Indireta para gerenciar atividades específicas. Essas mudanças refletem a busca por maior eficiência, adaptabilidade e compartilhamento de responsabilidades na prestação de serviços públicos.

É fundamental diferenciar a criação de entes da Administração Indireta destinados a desempenhar atividades no domínio econômico das atividades inerentes ao Estado. A vontade política de transferir para o chamado setor público não estatal a execução de serviços que, embora não envolvam o exercício direto do poder estatal, devem ser subsidiados pelo Estado – como educação, saúde, cultura e pesquisa científica – foi conceituada como “publicização”. Esse processo resultou na instituição de parcerias entre o Estado e a sociedade, viabilizando a transformação de fundações públicas existentes em organizações sociais. Essas organizações, estruturadas como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, devem possuir autorização específica do Poder Legislativo para firmar contratos de gestão com o Poder Executivo, garantindo o acesso a dotações orçamentárias para execução de suas atividades (Nohara, 2012).

O Programa Nacional de Publicização foi implementado com a edição da Medida Provisória nº 1.591/97, posteriormente convertida na Lei Federal nº 9.637/98. Esse programa trouxe como principais vantagens a eficiência na prestação de serviços, com foco em resultados,

e maior autonomia operacional das entidades envolvidas. A celebração do contrato de gestão impõe às entidades da Administração Indireta o cumprimento de metas previamente definidas, conferindo-lhes maior flexibilidade em relação ao regime jurídico aplicável (Tourinho, 2020).

Ainda que a dificuldade de mediação de alguns objetivos possa conduzir para uma avaliação dos contratos que privilegie apenas os aspectos quantitativos, de acordo com Araújo e Pinheiro (2010, p. 664), "o contrato de gestão é um dos mecanismos mais utilizados no novo paradigma da gestão pública que considera a contratualização uma das formas mais eficientes de instituir uma gestão por resultados". Ademais, Emerson Gabardo (2009) enfatiza, que a publicização, tal qual propugnada e diante do cenário vivenciado, também não deixava de ter certo teor de exagero, uma vez que, a condição do espaço público não estatal no Brasil não permite o otimismo gerencial característico do processo de publicização. As atividades desenvolvidas por organizações não governamentais não poderiam substituir satisfatoriamente atividades estatais, em face das correntes falhas estruturais identificadas no setor privado e dos compromissos constitucionais com a prestação de direitos sociais (Gabardo, 2009).

O contrato de gestão e o procedimento de avaliação periódica de desempenho foram previstos no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, sendo regras inseridas na Constituição pela Emenda no 19/98 que expressam consequências do princípio da eficiência.

> A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:
> I - o prazo de duração do contrato;
> II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;
> III - a remuneração do pessoal (Brasil, 1988).

O PDRAE tinha como objetivo específico a transformação de autarquias e fundações que exercem funções de Estado em agências autônomas, estruturadas com base em contratos de gestão. Esse modelo proporcionaria aos seus dirigentes ampla liberdade para gerir recursos humanos, materiais e financeiros, condicionada ao cumprimento de objetivos qualitativos e quantitativos previamente estabelecidos (Nohara, 2012).

Com a celebração do contrato de gestão, firmado entre o Poder Público e as organizações sociais (OS), são definidos de forma detalhada os serviços, atividades, metas e objetivos a serem atingidos dentro dos prazos estipulados. O contrato também estabelece o cronograma de desembolso financeiro e os mecanismos de avaliação de resultados. Por meio

desse instrumento, as OS recebem fomento estatal para a execução das atividades propostas (Brasil, 2017).

2.1.3 Organizações Sociais – OS

Na administração pública, foram introduzidas diferentes personalidades jurídicas de administração indireta, como as autarquias, fundações e empresas públicas, que demonstraram certo esgotamento em função da rigidez, especialmente quanto às gestões orçamentária, de pessoas e de compras. Como alternativas, foram criadas novas naturezas jurídicas, denominadas como Modelos Alternativos de Gestão Indireta (Magi), tais como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parceria Público-Privada (PPP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Santos *et al*., 2018).

As Organizações Sociais (OS) são entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que recebem a qualificação de organização social por meio de decreto presidencial, habilitando-se a desempenhar atividades de interesse público. Esse modelo de gestão foi introduzido com o objetivo de promover maior eficiência, flexibilidade e resultados na prestação de serviços públicos em áreas como saúde, educação, cultura e pesquisa científica. Após qualificadas, as OS firmam contratos de gestão com o Poder Público, nos quais se comprometem a realizar atividades específicas e a atingir metas e resultados previamente estabelecidos. Em contrapartida, o Estado oferece apoio financeiro por meio de transferências diretas de recursos, além de realizar o acompanhamento e a avaliação do desempenho das organizações para assegurar a *accountability* e o cumprimento das metas pactuadas (Brasil, 2024).

Questionado sobre a constitucionalidade dos recursos públicos serem transferidos para as organizações, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n.º 1.923, que é constitucional, a OS, receber dinheiro do governo para auxiliar na implementação de políticas nas áreas em que atuam, *in verbis:*

> 1.A atuação da Corte Constitucional não pode traduzir forma de engessamento e de cristalização de um determinado modelo pré-concebido de Estado, impedindo que, nos limites constitucionalmente assegurados, as maiorias políticas prevalecentes no jogo democrático pluralista possam pôr em prática seus projetos de governo, moldando o perfil e o instrumental do poder público conforme a vontade coletiva. 2. Os setores de saúde (CF, art. 199, caput), educação (CF, art. 209, caput), cultura (CF, art. 215), desporto e lazer (CF, art. 217), ciência e tecnologia (CF, art. 218) e meio

ambiente (CF, art. 225) configuram serviços públicos sociais, em relação aos quais a Constituição, ao mencionar que "são deveres do Estado e da Sociedade" e que são "livres à iniciativa privada", permite a atuação, por direito próprio, dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, in casu, o art. 175, caput, da Constituição. 3. A atuação do poder público no domínio econômico e social pode ser viabilizada por intervenção direta ou indireta, disponibilizando utilidades materiais aos beneficiários, no primeiro caso, ou fazendo uso, no segundo caso, de seu instrumental jurídico para induzir que os particulares executem atividades de interesses públicos através da regulação, com coercitividade, ou através do fomento, pelo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários. 4. Em qualquer caso, o cumprimento efetivo dos deveres constitucionais de atuação estará, invariavelmente, submetido ao que a doutrina contemporânea denomina de controle da Administração Pública sob o ângulo do resultado (Diogo de Figueiredo Moreira Neto). 5. O marco legal das Organizações Sociais inclina-se para a atividade de fomento público no domínio dos serviços sociais, entendida tal atividade como a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais, em observância aos princípios da consensualidade e da participação na Administração Pública. 6. A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão, o que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem que isso configure qualquer forma de renúncia aos deveres constitucionais de atuação. 7. Na essência, preside a execução deste programa de ação institucional a lógica, que prevaleceu no jogo democrático, de que a atuação privada pode ser mais eficiente do que a pública em determinados domínios, dada a agilidade e a flexibilidade que marcam o regime de direito privado. 8. Os arts. 18 a 22 da Lei nº 9.637/98 apenas concentram a decisão política, que poderia ser validamente feita no futuro, de afastar a atuação de entidades públicas através da intervenção direta para privilegiar a escolha pela busca dos mesmos fins através da indução e do fomento de atores privados, razão pela qual a extinção das entidades mencionadas nos dispositivos não afronta a Constituição, dada a irrelevância do fator tempo na opção pelo modelo de fomento – se simultaneamente ou após a edição da Lei. 9. O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de "organização social", para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI). 10. A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo includente, e não excludente. 11. A previsão de competência discricionária no art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98 no que pertine à qualificação tem de ser interpretada sob o influxo da principiologia constitucional, em especial aos princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CF, art. 37, caput). É de se ter por vedada, assim, qualquer forma de arbitrariedade, de modo que o indeferimento do requerimento de qualificação, além de pautado pela publicidade, transparência e motivação, deve observar critérios objetivos fixados em ato regulamentar expedido em obediência ao art. 20 da Lei nº 9.637/98, concretizando de forma homogênea as diretrizes contidas nos inc. I a III do dispositivo. 12. A figura do contrato de gestão configura hipótese de convênio, por consubstanciar a conjugação de esforços com plena harmonia entre as posições subjetivas, que buscam um negócio verdadeiramente associativo, e não comutativo, para o atingimento de um objetivo comum aos interessados: a realização de serviços de saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia, razão pela qual se encontram fora do âmbito de incidência do art. 37, XXI, da CF. 13. Diante, porém, de um cenário de escassez de bens, recursos e servidores públicos, no qual o contrato de gestão firmado com uma entidade privada termina por

excluir, por consequência, a mesma pretensão veiculada pelos demais particulares em idêntica situação, todos almejando a posição subjetiva de parceiro privado, impõe-se que o Poder Público conduza a celebração do contrato de gestão por um procedimento público impessoal e pautado por critérios objetivos, por força da incidência direta dos princípios constitucionais da impessoalidade, da publicidade e da eficiência na Administração Pública (CF, art. 37, caput). 14. As dispensas de licitação instituídas nos arts. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 e no art. 12, §3º, da Lei nº 9.637/98 têm a finalidade que a doutrina contemporânea denomina de função regulatória da licitação, através da qual a licitação passa a ser também vista como mecanismo de indução de determinadas práticas sociais benéficas, fomentando a atuação de organizações sociais que já ostentem, à época da contratação, o título de qualificação, e que por isso sejam reconhecidamente colaboradoras do Poder Público no desempenho dos deveres constitucionais no campo dos serviços sociais. O afastamento do certame licitatório não exime, porém, o administrador público da observância dos princípios constitucionais, de modo que a contratação direta deve observar critérios objetivos e impessoais, com publicidade de forma a permitir o acesso a todos os interessados. 15. As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos. 16. Os empregados das Organizações Sociais não são servidores públicos, mas sim empregados privados, por isso que sua remuneração não deve ter base em lei (CF, art. 37, X), mas nos contratos de trabalho firmados consensualmente. Por identidade de razões, também não se aplica às Organizações Sociais a exigência de concurso público (CF, art. 37, II), mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática através de um procedimento objetivo e impessoal. 17. Inexiste violação aos direitos dos servidores públicos cedidos às organizações sociais, na medida em que preservado o paradigma com o cargo de origem, sendo desnecessária a previsão em lei para que verbas de natureza privada sejam pagas pelas organizações sociais, sob pena de afronta à própria lógica de eficiência e de flexibilidade que inspiraram a criação do novo modelo. 18. O âmbito constitucionalmente definido para o controle a ser exercido pelo Tribunal de Contas da União (CF, art. 70, 71 e 74) e pelo Ministério Público (CF, arts. 127 e seguintes) não é de qualquer forma restringido pelo art. 4º, caput, da Lei nº 9.637/98, porquanto dirigido à estruturação interna da organização social, e pelo art. 10 do mesmo diploma, na medida em que trata apenas do dever de representação dos responsáveis pela fiscalização, sem mitigar a atuação de ofício dos órgãos constitucionais. 19. A previsão de percentual de representantes do poder público no Conselho de Administração das organizações sociais não encerra violação ao art. 5º, XVII e XVIII, da Constituição Federal, uma vez que dependente, para concretizar-se, de adesão voluntária das entidades privadas às regras do marco legal do Terceiro Setor. 20. Ação direta de inconstitucionalidade cujo pedido é julgado parcialmente procedente, para conferir interpretação conforme à Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art. 24, XXIV da Lei nº 8666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que: (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98; (ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, §3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos

> princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e (vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas.
> (STF - ADI: 1923 DF, Relator: AYRES BRITTO, Data de Julgamento: 16/04/2015, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 17/12/2015)

Para o STF, basta que os entes federativos observem, em suas relações com a OS, os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência para ações da administração pública, direta ou indireta. A decisão reiterou as competências do Ministério Público (MP) e do Tribunal de Contas da União (TCU) para fiscalizar a aplicação dos recursos transferidos às organizações. O Acórdão relativo à ADI n.º 1.923 afirma que "as relações público-privadas devem ser regidas por contrato de gestão e que por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar" (STF, 2015).

O Poder Executivo possui a competência para qualificar como organizações sociais entidades privadas, sem fins lucrativos, que desenvolvam atividades relacionadas ao ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção ambiental, cultura e saúde, desde que cumpram os requisitos estabelecidos pela Lei nº 9.637/1998. Contudo, é proibida a qualificação de organizações sociais para desempenhar funções exclusivas do Estado, prestar apoio técnico e administrativo à administração pública federal ou realizar fornecimento de instalações, bens, equipamentos ou execução de obras públicas em benefício da administração pública federal (Brasil, 1998).

O controle das organizações sociais foi previsto para ser realizado sobretudo pela sociedade, por meio dos conselhos de administração. O Estado continuaria a financiar tais instituições, que podem ser, minoritariamente, incentivadas por compra de serviços e doações. São requisitos específicos para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social:

> I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
> a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
> b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
> c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
> d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

> e) composição e atribuições da diretoria;
> f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
> g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
> h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
> i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
> II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado (Brasil, 1998).

2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária é compreendida como um processo social. Além de propor formalmente a criação do SUS, com a finalidade de "viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema" e "assegurar aos setores populares voz e voto em todas as instâncias" (Cebes, 1980, p. 11), o movimento da Reforma Sanitária tinha como ideário a necessidade municipalizar o planejamento, a organização e a execução de ações de saúde, financiar as ações com recursos originados no orçamento fiscal e na Previdência Social e estimular e valorizar a participação da sociedade organizada a partir do nível local (Escorel, 1999).

A partir de 1979, o movimento da reforma sanitária expandiu-se, consideravelmente, no Brasil. Pesquisadores, gestores de Saúde e movimentos sociais reuniam-se em prol de estratégias de saúde. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde debateu temas centrais como a saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Esses debates, impulsionados pelo movimento sanitário da década de 1970, marcaram um ponto crucial na saúde pública brasileira e na participação social, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988 (Preuss, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, marcou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual foi conferida a responsabilidade de assegurar o direito à saúde como um direito fundamental. Esse direito, previsto no artigo 196 da Constituição, é definido como integral, universal, igualitário e de responsabilidade estatal. A Lei nº 8.080/1990, uma das Leis Orgânicas da Saúde, complementa

essa definição ao descrever o SUS como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (Brasil, 1990).

Previsto como um direito fundamental à saúde, integral, universal, igualitário e de responsabilidade estatal, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

> "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." (Brasil, 1988).

A saúde, juntamente com a previdência e assistência social perfazem o sistema da seguridade social organizado na Constituição Federal. A sociedade e o Poder Público possuem o dever de assegurar esses três direitos fundamentais, financiados mediante recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e que tem como base os seguintes princípios:

> I - universalidade da cobertura e do atendimento;
> II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
> III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
> IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
> V - eqüidade na forma de participação no custeio;
> VI - diversidade da base de financiamento;
> VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;
> VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.
> VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Consoante a Constituição Federal, as ações e serviços públicos na área da saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, promovendo-se a integração automática dos entes da federação no SUS, sendo o dever da assistência à saúde de competência comum e ordem solidária de todos os entes públicos (Brasil, 1988). Sobre o assunto, colaciona-se trechos de Ação Civil Originária (ACO) e Recurso Extraordinário (RE) do STF:

> A Constituição Federal prevê, ao lado do direito subjetivo público à saúde, a obrigação de o Estado dar-lhe efetiva concreção, por meio de '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 a sua promoção, proteção e recuperação' (art. 196).

> Esse dever abrange todos os entes federados, inclusive as comunas, os quais, na seara da saúde, exercem uma competência administrativa comum, nos termos do art. 23, II, do Texto Constitucional
> [ACO 3.451 MC REF, rel. min. Ricardo Lewandowski, j. 24-2-2021, P, *DJE* de 10-3-2021.]
> O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.
> [AI 734.487 AgR, rel. min. Ellen Gracie, j. 3-8-2010, 2ª T, *DJE* de 20-8-2010.]
> Vide RE 436.996 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 22-11-2005, 2ª T, *DJ* de 3-2-2006
> Vide RE 271.286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, *DJ* de 24-11-2000
> O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.
> [RE 271.286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, *DJ* de 24-11-2000.]
> = STA 175 AgR, rel. min. Gilmar Mendes, j. 17-3-2010, P, *DJE* de 30-4-2010
> Vide RE 668.722 AgR, rel. min. Dias Toffoli, j. 27-8-2013, 1ª T, *DJE* de 25-10-2013
> Vide AI 734.487 AgR, rel. min. Ellen Gracie, j. 3-8-2010, 2ª T, *DJE* de 20-8-2010

Dessa forma, a responsabilidade estatal não se limita apenas à prestação de serviços públicos, mas também a sua regulamentação, fiscalização e controle (Brasil, 1988). Por conseguinte, o Sistema Único de Saúde pode ser definido, consoante a Lei n° 8.080/90, uma das Leis Orgânicas da Saúde, como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público", tendo como objetivos:

> I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
> II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;
> III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990).

Essa descentralização, consolidada pela municipalização, foi acompanhada pelo desenvolvimento de um sistema de alocação de recursos baseado em Normas Operacionais, como a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 1/96). Em conformidade com a Lei nº

8.080/90, essa norma reforçou o papel dos municípios na gestão das ações e serviços de saúde, destacando sua responsabilidade em assegurar o atendimento integral à população (Ugá; Marques, 2005).

A própria Norma Operacional do SUS – NOB 1/96, em congruência com a Lei 8.080/90, dimensiona a relevância do processo de municipalização ao delinear a promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde para os Municípios. A relação com os prestadores privados também se dá por meio do Município, uma vez que, assume a responsabilidade de garantir o atendimento integral a população (Brasil, 1996).

Assim, a direção do Sistema Único de Saúde é única, sendo exercida em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. No nível municipal, o SUS, organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Brasil, 1990).

Todavia, a responsabilização dos Municípios não desonera os outros entes, que devem, inclusive, assumir a gestão das ações e recursos em saúde quando houver descumprimento das obrigações pela Municipalidade. As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, também podem ser executadas pela iniciativa privada, em caráter complementar (Brasil, 1990), como ressalta o Min. Edson Fachin:

> "1. A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes. 2. A decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado; 3. No caso de serviços de saúde, o déficit de profissionais pode ser suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)" .
> [RE 684.612, rel. min. Ricardo Lewandowski, red. do ac. min. Roberto Barroso, j. 3-7-2023, P, DJE de 3-8-2023, Tema 698, com mérito julgado.]
> [...] o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente.
> [**RE 855.178-ED**, red. do ac. min. Edson Fachin, j. 23-5-2019, P, *DJE* de 16-4-2020, Tema 793.]

2.2.1 Complementação dos serviços de saúde

O estabelecimento de contratos com o setor privado se justifica, além da oferta insuficiente da rede própria do SUS para atender a demanda da população, pela necessidade de

tornar flexível a contratação de profissionais e serviços em estabelecimentos públicos e os limites financeiros impostos pela Lei de Responsabilidade Social (LRS) para contratação de pessoal (FIOCRUZ, 2021). Por derradeiro, o art. 197 da CF, não exclui a participação de terceiros, e pessoas físicas ou jurídicas de direito privado na execução de ações e serviços de saúde.

> Artigo 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. (Brasil, 1988)

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Princípios e Diretrizes do SUS

O SUS foi criado com princípios doutrinários, que são a base para a operacionalização do sistema. A ideia de sistema, segundo Sueli Dallari e Nunes Junior, “expressa a designação constitucional que predispõem todos os meios de atuação a um arranjo combinado destinado à concretização da atenção integral à saúde” (2010, p.77). As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, desenvolvidas de acordo com diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal.

> I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III — participação da comunidade (Brasil, 1988).

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

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

Raphaela Solha (2014) discorre que o conceito de universalidade baseia-se no fato legal de que todos os cidadãos tem direito à saúde, sendo o Estado o provedor dos serviços. Assim, o Estado deve garantir o acesso aos serviços e ações necessárias para a manutenção da saúde, de forma igualitária, sem discriminações de quaisquer origens. As ações são abrangentes, não estando limitadas a um serviço único e tendo como principal porta de entrada os serviços de Atenção Básica (AB), representados pelas UBS. Um dos atuais desafios do SUS é fazer com que a AB seja resolutiva e funcione como porta de entrada do sistema, e não apenas como encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade.

Tanto no texto constitucional quanto na lei nº 8.080/1990, fica claro que as ações e os serviços de saúde devem ser articulados entre o setor de saúde e os outros setores da sociedade.

Este é um dos entendimentos do conceito de integralidade: organizar os serviços e ações de forma mais ampla e complexa, de modo a oferecer cuidados que atendam todas as necessidades de saúde da população (Solha, 2014).

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

A possibilidade de trabalhar a realidade local, proporcionando um atendimento mais eficiente e efetivo é possível por meio do processo de regionalização. Visando descentralizar a gestão da saúde, a regionalização organiza os serviços em rede, segmentando por regiões e permitindo uma melhor coordenação entre os níveis de governo e as entidades locais de saúde. Por sua vez, a hierarquização é uma diretriz organizadora do SUS, que parte da classificação dos serviços, categorizados consoante a complexidade tecnológica de cada um deles. Foram determinados três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, os quais, atualmente, são chamados de baixa (atenção básica), média e alta complexidade (Solha, 2014).

Figura 01 – Hierarquização dos serviços de saúde de acordo com a sua complexidade



Fonte: elaborado pela autora, 2024.

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde, utiliza-se tecnologias mais simples e baratas, mas que atendem à maioria das necessidades de saúde da população. A média complexidade são serviços e ações que requerem uma maior especialização e recursos (policlínicas/ambulatórios e os hospitais gerais). A alta complexidade é definida como os procedimentos que envolvem alta tecnologia e profissionais especializados, sendo realizada em hospitais de referência. Seus procedimentos estão relacionados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e alguns deles no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que são sistemas que dão suporte para o faturamento dos procedimentos realizados nos serviços de saúde do SUS (Brasil, 2007).

2.2.3 O Controle Social no Sistema Único de Saúde

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

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina que a participação popular deve acontecer em fóruns específicos, que são as conferências e os conselhos de saúde. Estes, por sua vez, possuem caráter deliberativo e devem ser compostos de forma paritária por usuários do SUS, trabalhadores do SUS e gestores/gerentes – todos chamados de conselheiros de saúde. Sem essa estrutura mínima, a União não realiza os repasses financeiros para os estados e municípios. Por essa razão, conselhos e conferências são espaços que devem ser controlados pela cidadania ativa, pela sociedade organizada, para que neles sejam colocadas em pauta as questões que, dizendo respeito à esfera pública, sejam de propriedade estatal ou particular, afetem o interesse público na saúde (Brasil, 1990).

Na compreensão de Narvai (2022), a participação social em saúde melhora a qualidade da democracia, possibilitando aprofundá-la, radicalizando-a no que lhe é essencial, como uma forma de governo em que o poder político deve se distribuir entre os cidadãos e não se concentrar em autocratas ou em formas oligárquicas. Ao mesmo tempo, apenas na democracia a participação social se efetiva, consolida, aprofunda e protege a cidadania, reconhecendo e

valorizando, como riqueza, o exercício de direitos. Uma e outra são inseparáveis, uma é condição *sine qua non* para a outra, pois democracia sem participação social é mera formalidade, apenas um espetáculo ritualístico cuja finalidade é tão somente encobrir o efetivo exercício do poder por interesses que não são os populares (Narvai, 2022).

2.2.3.1 Os conselhos de saúde

Hodiernamente, existem quatro níveis de conselhos, que vão desde os conselhos gestores (CGs) locais dos serviços até o Conselho Nacional de Saúde (CNS) conforme detalhado na Figura 2. Em muitos municípios, existem apenas os Conselhos Municipais de Saúde (CMS); em outros, o CMS surgiu antes dos CGs locais. Hoje, mais de 98% dos municípios brasileiros possuem conselhos. Como a lei nº 8.142/90 não detalha como eles devem funcionar, os estados e municípios promulgam outras leis complementares e regulamentos para nortear o seu funcionamento (Solha, 2014).

Figura 02 – Conselhos de saúde e sua composição



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

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, com composição colegiada integrada por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, também atuantes na "formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cuja decisão serão homologadas pelo chefe do poder legalmente

constituído em cada esfera do governo". Em razão de terem, em sua formação, representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, são considerados os meios pelos quais a comunidade participa diretamente da formulação de políticas públicas de saúde e de sua administração. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990).

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

> a)50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
> b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
> c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (Brasil, 2012).

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

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

Importante mencionar, que para atender as determinações da Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, houve a inclusão, por meio da Lei n° 12.466/2011, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade

pública e de relevante função social, e , dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) para representar os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems (Brasil, 2011).

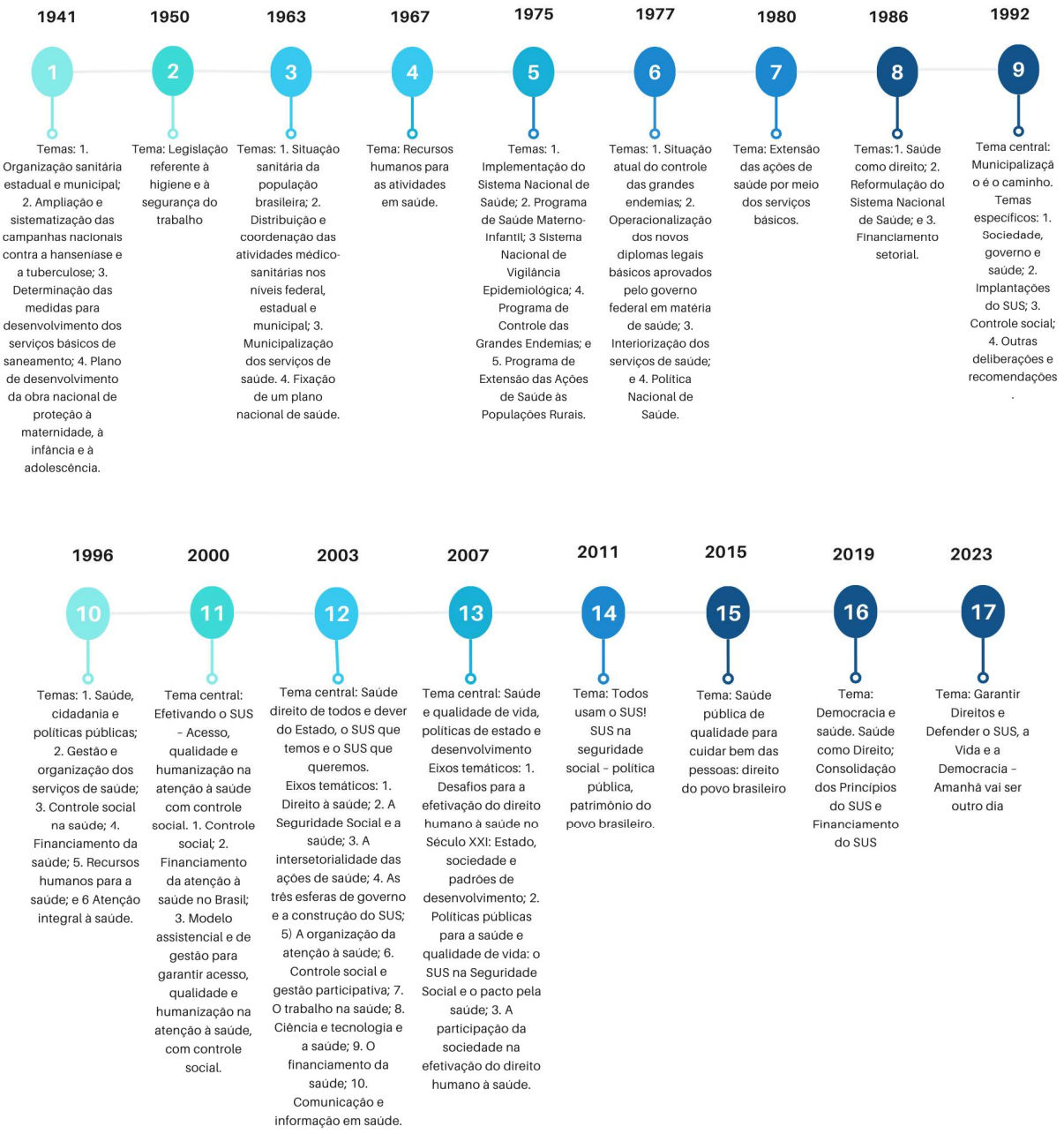
Esse modelo de organização do Sistema Único de Saúde deriva da descentralização do sistema presente na Norma Operacional Básica de nº 01/93. Por intermédio dela surgiram, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do Ministério da Saúde, do CONASEMS e do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

2.2.3.2 As conferências de saúde

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

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

Figura 03 – Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde



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

2.3 CONTRATUALIZAÇÃO

A partir da década de 1990, o Brasil foi fortemente influenciado por diretrizes internacionais de Reforma de Estado. Investindo no aprimoramento de instrumentos de gestão e na maior capacidade de governança, a "contratualização de resultados" foi introduzida na administração pública pelo extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

(MARE) para promover mudanças na estrutura do aparelho do Estado. Essas mudanças incluíram novos preceitos organizacionais denominadas “agências executivas" e "organizações sociais", favorecendo a responsabilização por resultados e um novo tipo de relação entre ministérios e entidades vinculadas (Abrúcio; Pó, 2002).

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

Salgado (2010) pontua que o termo **“**contratualização” é um neologismo, pois não se encontra registrado nos dicionários da língua portuguesa. O termo está relacionado ao ato de celebrar acordos de desempenho internos à Administração Pública ou entre um órgão ou entidade pública e uma entidade privada sem fins lucrativos, com o objetivo de estimular o desempenho em direção ao alcance de objetivos e metas de interesse público (Salgado, 2024). Esse mecanismo tem sido utilizado por órgãos governamentais para gerir resultados em seus próprios departamentos e instituições, como uma maneira de atingir metas previamente estabelecidas junto ao núcleo estratégico de governo (Di Pietro, 1996).

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

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

2.3.1 Contratualização no Sistema Único de Saúde

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

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

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

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

Conforme Raphaela Solha (2014), a regulação em saúde, trata-se da forma como o Estado intervém em alguns setores sociais e da economia, visando equilibrar as relações entre

as necessidades da população, prestadores de serviço e Estado, ordenando o sistema por meio da normatização, para que ele funcione de acordo com os objetivos do SUS.

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

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

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

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

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

um cuidado centrado no usuário, considerando suas necessidades multidimensionais, com acesso a atendimento multiprofissional e interdisciplinar, de forma humanizada (Brasil, 2013).

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

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

Todo o planejamento do SUS deve ser realizado de acordo com a realidade local, levando em consideração os recursos humanos, financeiros, a estrutura dos serviços e o perfil epidemiológico da região**.** Esse planejamento deve prever a execução, o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de saúde, garantindo sua eficácia e adequação às necessidades locais. Nesse sentido, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) emerge como uma ferramenta essencial para organizar e viabilizar essas ações (Solha, 2014).

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

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

A Portaria GM/MS nº 4279/2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e define a RAS como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado,

objetificando promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010b).

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

Estabelecendo as diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, a PNHOSP, foi promulgada pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, e é voltada para todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. São diretrizes da PNHOSP:

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

Dentre os sete eixos estruturantes da PNHOSP, destaca-se o eixo da contratualização. É por meio da contratualização que se define, em consonância com o desenho da RAS a gestão da atenção hospitalar no SUS. Cabe aos hospitais desenvolverem estratégias para o monitoramento e a avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização, bem

como da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS. Esses resultados devem ser utilizados para subsidiar o processo de planejamento e gestão, além de viabilizar ações e serviços de saúde às centrais de regulação, conforme o estabelecido no instrumento formal de contratualização (Brasil, 2013)**.**

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

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

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

Ressalta-se que as disposições da PNHOSP, só se aplicam aos hospitais integrantes do SUS, sob a gestão de qualquer ente federativo, que enquanto público e privado com fins

lucrativos, tenha no mínimo cinquenta leitos operacionais, e, caso privado sem fins lucrativos, mínimo de trinta leitos operacionais, sendo pelo menos, vinte e cinco, destinados ao SUS (Brasil, 2013b). Ademais, os gestores das três esferas devem assinar contratos de responsabilização por resultados e cumprir objetivos relacionados a gestão, assistência e processo de avaliação. Nos hospitais de ensino, acrescenta-se o ensino/pesquisa, apresentando um plano operacional contendo metas e estratégias para alcançá-las (Solha, 2014).

2.3.3 Formalização da Contratualização Hospitalar

É por meio dos instrumentos formais de contratualização (Quadro 1), independentemente de sua natureza jurídica, da esfera administrativa ou da gestão**,** que os gestores de saúde formalizam a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS. A contratualização tem como finalidade regularizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e das atividades de ensino e pesquisa (Brasil, 2013b).

Quadro 01 – Instrumentos utilizados para celebração da contratualização

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

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado da Portaria nº 3.410/2013 (Brasil, 2013b).

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

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

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

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

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

> I - variação do valor contratual para fazer face ao reajuste ou à repactuação de preços previstos no próprio contrato;
> II- atualizações, compensações ou penalizações financeiras decorrentes das condições de pagamento previstas no contrato;
> III - alterações na razão ou na denominação social do contratado;

> IV - empenho de dotações orçamentárias (Brasil, 2021).

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

Para garantir a formalização adequada da contratualização no SUS, é imprescindível que os instrumentos e documentos utilizados sigam rigorosamente as normativas legais. A formalização ou aditamentos de contratos deve ser precedida de verificação da regularidade fiscal e emissão das certidões pertinentes, inidoneidade, de impedimento e de débitos trabalhistas, sendo juntadas ao respectivo processo (Brasil, 2021a).

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

> I - gestão de contrato - a coordenação das atividades relacionadas à fiscalização técnica, administrativa e setorial e dos atos preparatórios à instrução processual e ao encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos relativos à prorrogação, à alteração, ao reequilíbrio, ao pagamento, à eventual aplicação de sanções e à extinção dos contratos, entre outros;
> II - fiscalização técnica - o acompanhamento do contrato com o objetivo de avaliar a execução do objeto nos moldes contratados e, se for o caso, aferir se a quantidade, a qualidade, o tempo e o modo da prestação ou da execução do objeto estão compatíveis com os indicadores estabelecidos no edital, para fins de pagamento, conforme o resultado pretendido pela administração, com o eventual auxílio da fiscalização administrativa;

> III - fiscalização administrativa - o acompanhamento dos aspectos administrativos contratuais quanto às obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas e quanto ao controle do contrato administrativo no que se refere a revisões, a reajustes, a repactuações e a providências tempestivas nas hipóteses de inadimplemento; e
> IV - fiscalização setorial - o acompanhamento da execução do contrato nos aspectos técnicos ou administrativos quando a prestação do objeto ocorrer concomitantemente em setores distintos ou em unidades desconcentradas de um órgão ou uma entidade (Brasil, 2022a).

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

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

2.4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

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

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

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

> I - Fundo de Saúde;
> II - Conselho de Saúde, com composição paritária;
> III - plano de saúde;
> IV - relatórios de gestão;
> V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
> VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (Brasil, 1990).

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

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

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

Consoante a LC n°141, a União deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior,

corrigido com o percentual de variação nominal do PIB. Os Municípios e o Distrito Federal, no mínimo, 15% de sua receita com impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Os Estados e o Distrito Federal, 12%, no mínimo, do montante de impostos recolhidos (Brasil, 2012).

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

> I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
> II - vigilância sanitária;
> III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
> IV - educação para a saúde;
> V - saúde do trabalhador;
> VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
> VII - assistência farmacêutica;
> VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
> IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
> X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
> XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
> XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
> XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
> XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
> XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores (Brasil, 2003).

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

2.4.1 Repasse dos recursos nas contratualizações

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

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

> I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios;
> II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente;
> III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado;
> IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e
> V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado (Brasil, 2013c).

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

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

> II - o perfil assistencial;
> III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e
> IV - o custo regional de materiais e serviços. (Brasil, 2013c)

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

Despesas de custeio correspondem as "dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis", enquanto as transferências são classificadas como "as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, bem como para os programas especiais de trabalho**,** aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro" (Brasil, 1964).

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

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

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

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

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

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

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

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

3.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

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

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

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

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

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

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

Unidades de análise	Procedimentos	Fontes de evidência	Plano de análise e Relatórios	Análises cruzadas
Processo de formalização da contratualização do SUS entre os hospitais do	Análise documental e dados secundários	Termo do instrumento contratual; Aditivos; Documento descritivo	Sínteses documentais; identificação e análise descritiva.	Elaboração de **Relatório Técnico Conclusivo** contendo os resultados encontrados sobre setores de contratualização, os instrumentos formais e os respectivos graus de conformidade**.

município de Uberaba.				
Subunidades de análise				
Setores de Contratualização				
A) Identificação dos setores envolvidos da Secretaria Municipal de Saúde.	Leitura profunda dos documentos de interesse orientada por busca de termos correlatos ao processo de contratualização por pares independentes.	Plano Municipal de Saúde (2022-2025); Sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Uberaba; Decreto de atribuições da Secretaria Municipal de Saúde; Portarias internas relacionadas.	Elaboração de um quadro qualitativo descritivo contendo os setores identificados, suas atribuições e a fonte de registro.	-
Instrumentos formais (contrato e descritivo)				
B) Caracterização das contratualizações vigentes e dos instrumentos formais (termo e descritivo).	Busca ativa dos processos físicos, seguida por leitura orientada conforme **roteiro guia** SUS.	Expedientes administrativos físicos da Secretaria Municipal de Saúde; Documentos de contratualização hospitalar em sítio eletrônico do município e CNES.	Planilha Microsoft Excel®, tabelas e gráficos descritivos conforme o conteúdo analisado.	Planilha resultante do item b) será material analítico para a calibragem proposta no item c).
C) Comparação (calibragem) entre o identificado nos instrumentos formais e o proposto pelas disposições legais aplicáveis.	Parametrização entre a coleta dos itens da planilha excel com o proposto pela normativas aplicáveis ao SUS organizado por **matriz.**	Planilha Microsoft Excel® da etapa anterior. Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. e Lei de Licitação e Contratos Administrativos.	Verificação dos itens conforme o roteiro estruturado.	
D) Aferição do grau de	Quantificação do grau de	Planilha Microsoft	Planilha Microsoft	Planilha resultante do item c) será material analítico para a

concordância dos instrumentos formais de contratualização.	concordância aplicando-se uma escala com três variáveis.	Excel® da etapa anterior.	Excel®, e gráficos descritivos conforme o grau de concordância dos instrumentos formais de cada hospital.	quantificação proposta no item d).

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

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

3.4 ANÁLISE DE DADOS E O PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar o primeiro objetivo, de identificar as contratualizações vigentes celebradas entre hospitais do SUS e o município de Uberaba, foi realizada uma busca pelo nome dos hospitais locais no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na seção "Consulta Estabelecimento – Identificação". Essa consulta foi realizada preenchendo os campos correspondentes ao estado "Minas Gerais" e ao município "Uberaba". A página utilizada está disponível no seguinte endereço eletrônico: https://cnes.datasus.gov.br.

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



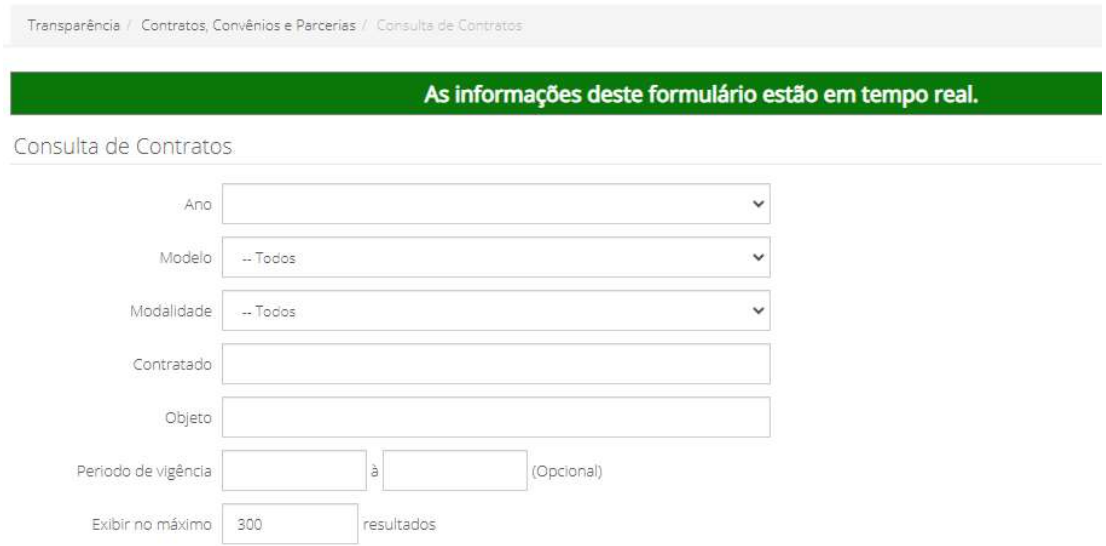
Fonte: CNES, 2024.

Na consulta, é possível aplicar filtros por Estado, Município, se o estabelecimento atende pelo SUS, sua natureza jurídica (como administração pública, entidades empresariais, entidades sem fins lucrativos, organizações internacionais/outras, ou pessoas físicas), gestão

(dupla, estadual, municipal) e ainda pelo nome fantasia, razão social, CNES, CNPJ ou CPF. Com base nesses filtros, foram identificados todos os hospitais que prestam serviços pelo SUS no município de Uberaba.

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

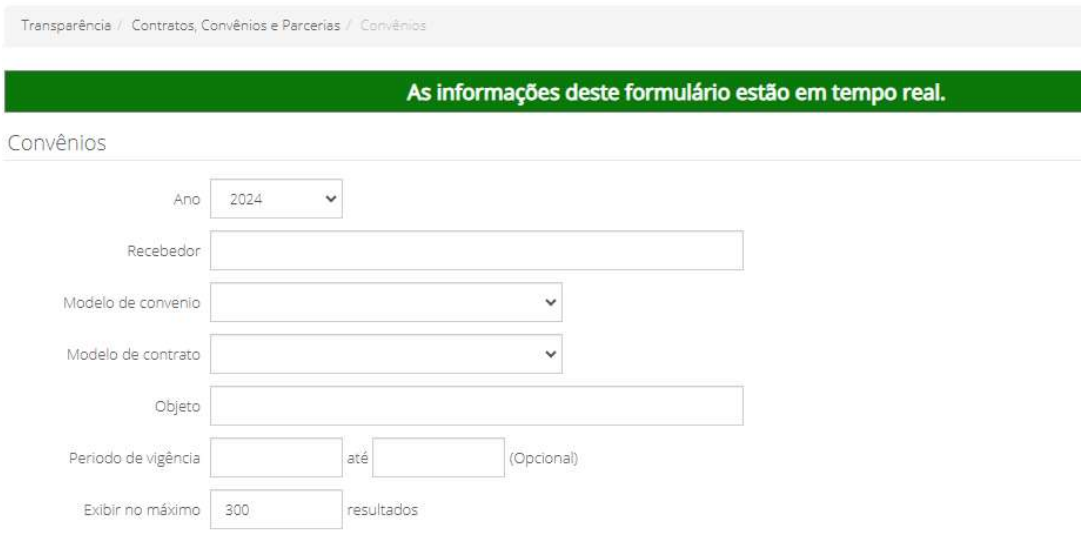
Figura 05 – Consulta de Contratos, Convênios e Parcerias no Portal da Transparência da Prefeitura de Uberaba.



Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2024.

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

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



Fonte: Prefeitura Municipal de Uberaba, 2024.

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

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

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

Itens para verificação	
I - Tipo de estabelecimento	Classificação do estabelecimento
II - Natureza jurídica	Organização e estrutura jurídica do hospital
III - Modelo de atuação	Modelo de atuação da instituição (OS, OSS, OSCIP, OSC)
IV - Instrumento contratual	Termo formal da contratualização (contrato, convênio e congêneres)
V - Orçamentação	Tipo de orçamentação (global, parcial)
VI - Forma de repasse	Verbas pré-fixadas e pós-fixadas
VII - Fonte de recursos	Recursos provenientes da União, Estado e Município

	VIII - Gestor	Indicação do gestor do instrumento
	IX - Fiscal	Responsável pela fiscalização do instrumento
Termo Formal	**X - Vigência termo**	Vigência do termo formal
	XI - Responsabilidades do Hospital	Responsabilidades nos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa
	XII -Responsabilidades dos entes	Detalhamento das responsabilidades do Município
	XIII - Recursos Financeiros	Recursos provenientes da União, Estado e Município
	XIV - Sanções e Penalidades	Descrição das sanções e penalidades cabíveis, conforme legislação específica
	XV - CAC	Constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
Documento Descritivo	**XVI - Vigência Descritivo**	Data de vigência do descritivo atual
	XVII - Ações e serviços	Descrição de todas as ações e serviços de saúde
	XVIII - Metas qualiquantitativas	Metas qualitativas e quantitativas previstas.
	XIX - Monitoramento de metas	Definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho
	XX - Estrutura do Hospital	Estrutura física, tecnológica e recursos humanos
	XXI - Recursos Financeiros	Detalhamento recursos financeiros e suas fontes

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024. Adaptado da Portaria n° 3.410 (Brasil, 2013b)

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

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

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

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), em 17 de outubro de 2024 (CAAE: 81575424.5.0000.5154).

Assim, a coleta de dados prosseguiu na Secretaria Municipal de Saúde, sendo realizada nos documentos físicos disponíveis na Seção de Controle de Contratos e Convênios com o SUS – Diretoria de Regulação. Foram examinados os contratos em vigor celebrados entre a Prefeitura de Uberaba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e os hospitais que integram o SUS. Os dados foram coletados por meio de uma leitura minuciosa do termo contratual, do documento descritivo e de eventuais aditivos, caso houvesse alterações no instrumento formal de contratualização.

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

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

Salienta-se que, para fins de análise comparativa do item “vigência”, utilizou-se tanto a Lei n° 8.666/1993 quanto a Lei n° 14.133/2021, devido à fase de transição entre as legislações.

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

INSTRUMENTO	ITENS PARA VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	DISPOSIÇÃO LEGAL
	X -Vigência	II - à prestação de serviços a serem executados de forma contínua, que deverão ter a sua duração dimensionada com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, limitada a duração a sessenta meses. § 4º Em caráter excepcional, devidamente justificado e mediante autorização da autoridade superior, o prazo de que trata o inciso II do caput deste artigo poderá ser prorrogado por até doze meses.	Lei n° 8.666/1993, Art. 57

Termo Formal		Art. 106. A Administração poderá celebrar contratos com prazo de até 5 (cinco) anos nas hipóteses de serviços e fornecimentos contínuos. Art. 107. Os contratos de serviços e fornecimentos contínuos poderão ser prorrogados sucessivamente, respeitada a vigência máxima decenal, desde que haja previsão em edital e que a autoridade competente ateste que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado ou a extinção contratual sem ônus para qualquer das partes.	Lei nº 14.133/2021, Art.106 e 107
	XI - Responsabilidades dos hospitais	I - As responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa.	Portaria nº 3410/2013, Art. 23
	XII- Responsabilidades dos entes	II - As responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (esferas de gestão).	Portaria nº 3410/2013, Art. 23
	XIII - Recursos Financeiros	Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal.	Portaria nº 3410/2013, Art. 14
	XIV - Sanções e Penalidades	IV - As sanções e penalidades conforme legislação específica.	Portaria nº 3410/2013, Art. 23
	XV – CAC	V - A constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização.	Portaria n° 3410/2013, Art. 23
Documento Descritivo	**XVI - Vigência**	Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes.	Portaria nº 3410/2013, Art. 27
	XVII- Ações e Serviços de Saúde	I - A definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	XVIII - Metas qualiquantitativas	II - A definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas. III - A definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	XIX - Monitoramento de metas	V - A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	XX - Estrutura do Hospital	IV - A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26

	XXI - Recursos financeiros	VI - A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26

Fonte: Elaborado pelos autores (2024). Adaptado da Portaria n° 3.410 (Brasil, 2013b), Lei n° 14.133 (Brasil, 2021) e Lei n° 8.666 (Brasil, 1993a)

3.5 ANÁLISE DE DADOS / ESTATÍSTICA

Os dados coletados nos instrumentos, especificamente dos itens X ao XXI, foram comparados com a legislação, por meio da matriz (Quadro 4), e, para aferir o grau de conformidade dos instrumentos de contratualização, utilizou-se uma escala de três variáveis, que considerou a pontuação “0” (não atende), “0,5” (atende parcialmente) e “1” (atende totalmente) os itens previstos nas normativas. Em seguida, a adequação de cada instrumento foi quantificada e expressa em termos percentuais.

Para avaliar a porcentagem de concordância indicada no quarto objetivo, os dados foram calculados e registrados em uma planilha de resumo no software Microsoft Excel®. A planilha inclui os percentuais referentes ao termo formal, ao documento descritivo e ao total do instrumento formal de contratualização de cada hospital.

A fórmula utilizada para o cálculo foi:

$$\% \text{ de concordância} = \frac{(\text{Pontuação obtida}) \times 100}{\text{Número total de itens}}$$

Os resultados foram organizados na planilha e apresentados por meio de gráficos descritivos, compilando os percentuais referentes a cada hospital, de forma a proporcionar uma análise visual clara e objetiva.

4 ANÁLISE SITUACIONAL

Nesta seção propôs-se a discorrer sobre a rede de saúde que o Município de Uberaba está inserido, enquanto fenômeno da municipalização derivado da Reforma Administrativa, e base operacional do SUS. Em seguida, buscou-se identificar o contexto das contratualizações hospitalares no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, evidenciando o papel central da Secretaria nas formalizações, acompanhamento e avaliação do processo de contratualização. Também foi elaborado um diagnóstico dos instrumentos de contratualização (termo formal e documento descritivo) com base em análise comparativa orientada das

normativas aplicáveis, aferindo, posteriormente, o grau de consonância destes instrumentos. Por fim, diante os resultados obtidos, discutiu-se a situação das contratualizações hospitalares do Município, além da gestão e planejamento dos instrumentos formais.

4.1 DISCUSSÃO TEÓRICA E SÍNTESE

Para a Reforma Administrativa foram definidos os seguintes objetivos: aumentar a governança do Estado, limitando sua ação "àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não exclusivos para a propriedade pública não estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado, para a iniciativa privada"; transferir da União para Estados e Municípios ações de caráter local: só em caso de emergência caberia a ação direta da União; e transferir parcialmente da União para os Estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre Estados e a União (Ipea, 2010).

Assim, as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único pautado na descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Uma vez que, a obrigação de prestar é de todos os entes, de forma cooperativa, sendo perfeitamente previsível que um cidadão na falta de recursos adequados em sua cidade, recorra aos serviços da cidade vizinha. (Dallari; Nunes Junior, 2010).

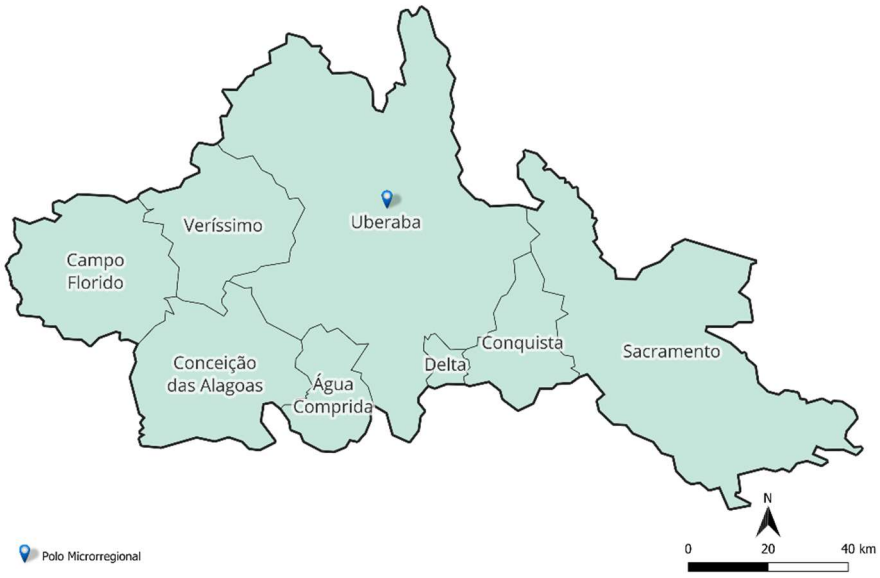
No âmbito organizacional do Sistema Único de Saúde, as redes regionalizadas de ações e serviços de saúde passaram a demandar relações mais cooperativas entre gestores públicos (FIOCRUZ, 2021). E é na esfera municipal de governo que ações e serviços de saúde são desenvolvidos. Consoante a Portaria n° 1.559, cabe aos Municípios exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

> I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
> II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;
> III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;
> IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando- se aos fluxos regionais estabelecidos;
> V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;
> VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
> VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
> VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

> IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
> X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
> XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
> XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
> XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
> XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal (Brasil, 2008).

O SUS pode organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Brasil,1990). Consoante o Plano Municipal de Saúde (2022 - 2025), Uberaba é município de referência, polo da região ampliada de saúde Triângulo do Sul em Alta Complexidade, sede da Superintendência Regional de Saúde (SRS), e também referência para a microrregião de Uberaba em Média Complexidade.

Figura 07 – Microrregião de Saúde de Uberaba



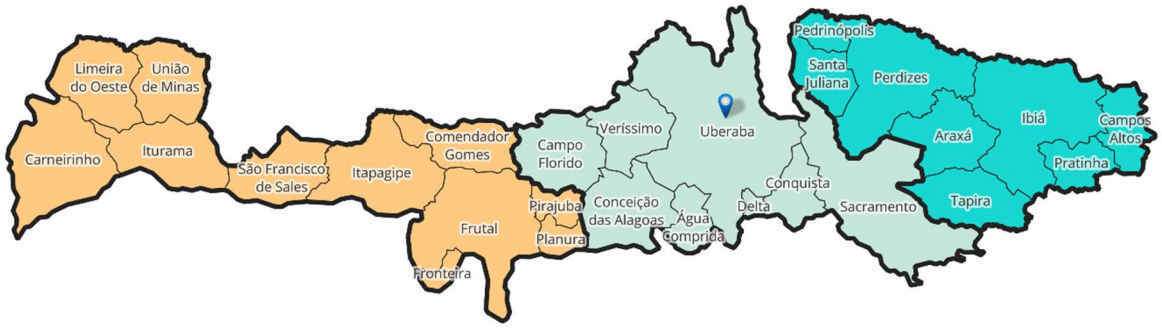
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2024.

Além de Uberaba, a microrregião de saúde (Figura 08) engloba os municípios de Campo Florido, Veríssimo, Sacramento, Conquista, Delta, Água Comprida e Conceição das Alagoas. Já a macrorregião de saúde (Figura 09) representa a organização da rede ampliada de saúde, que fazem parte os seguintes municípios: Água Comprida, Araxá, Campo Florido,

Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

Essas organizações das RAS possibilitam arranjos regionais, envolvendo serviços de vários municípios, extrapolando os limites administrativos e aumentando a capacidade, principalmente dos municípios menores, de atendimento com custos mais baixos. Salienta-se que a Rede Hospitalar da Macrorregião recebe financiamentos tanto da União, quanto do Estado (Brasil, 2010). Conforme a lei orgânica do SUS (1990), a distribuição de competências entre as esferas federal, estadual e municipal atribui aos municípios papel preponderante na oferta da atenção primária, embora o porte do município seja de grande complexidade e tenha competência plena.

Figura 08 - Municípios integrantes da rede ampliada de saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2024.

O Plano Municipal de Saúde também dispõe que, o município possui, dentre suas instituições hospitalares que prestam serviços para o SUS, atendimento aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, tendo um único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de MG e de diversos estados brasileiros, respondendo por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Uberaba tem por finalidade coordenar e executar programas, projetos e atividades visando promover o atendimento integral

à saúde da população do Município, em consonância com as políticas emanadas pelo governo federal e estadual no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, competindo-lhe:

> I - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;
> II - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção no município;
> III - Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;
> IV - Fortalecer o papel do município na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho;
> V - Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;
> VI - Aprimorar a atuação do Secretário de Saúde como gestor municipal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação;
> VII - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;
> VIII - Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS;
> IX - Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde;
> X - exercer outras atividades correlatas (Uberaba, 2019).

Também é atribuição da Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito do SUS, estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão, assegurando o cumprimento das metas acordadas e a prestação de serviços dentro dos parâmetros de qualidade estabelecidos, reforçando o compromisso com a saúde pública municipal (Brasil, 2013a). Na cidade de Uberaba, a celebração dos instrumentos de contratualização do Sistema Único de Saúde, entre o município e os hospitais, é realizada por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde por meio da Diretoria de Regulação.

Figura 09 – Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Elaborado pelos autores. Adaptado do organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, 2019.

Na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (Figura 10), a Diretoria de Regulação em saúde, consoante previsão do Decreto nº 3.385, de 22 de março de 2019**,** tem como finalidade a aplicação da política de regulação assistencial, controlando e avaliando a prestação de serviços de assistência à saúde contratados da rede pública e privada, através de técnicas e procedimentos específicos (Uberaba, 2019).

4.2 RESULTADO E ANÁLISE DESCRITIVA

Mediante a análise das contratualizações vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS) entre os hospitais e o município de Uberaba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, foram identificados processos e instrumentos contratuais firmados com sete hospitais. As sete contratualizações, vigentes, foram celebradas no período de 2017 a 2023.

Quadro 05 – Instrumentos contratuais firmados entre Hospitais e o Município de Uberaba

Instrumento contratual	Objetivo
I	Garantir o atendimento integral, universal e igualitário ao usuário, por meio de serviços gratuitos e de qualidade, de serviços oncológicos já habilitados pelo Ministério da Saúde a serem prestados pelo hospital, e que constem no Plano da Rede de Atenção em Oncologia e Planejamento Regional Integrado – PRI.
II	Formalizar a prestação de serviços de saúde hospitalares (atendimento psiquiátrico), ou seja, internações e tratamento psiquiátrico à pacientes em situações de urgência e emergência psiquiátrica, visando contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da Região Ampliada de Saúde

	Triângulo Sul e outros municípios conforme redistribuição dos leitos psiquiátricos de referência, dentro da lógica de construção da rede de assistência, interagindo e articulando-se através de pactuações e da regulação com a atenção primária, com a atenção ambulatorial especializada e com a rede hospitalar, em conformidade com o Documento Descritivo.
III	Gerenciamento e execução plenos de atividades, ações e serviços de saúde de um hospital, compreendendo a implementação de sistema de gestão operacional única, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas, e o apoio ao ensino, à pesquisa e a extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.
IV	Integrar o hospital na Rede de Atenção à Saúde do município. mediante a prestação de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, em conformidade com as especificações do Plano de Trabalho e Documento Descritiva, cujas cláusulas incorporam-se a este instrumento, visando o fortalecimento de um Sistema Integrado de prestação de serviços de saúde, com ênfase em cuidados prolongados.
V	Integrar o hospital na Rede de Atenção à Saúde do município de Uberaba/MG, formalizando a prestação de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, bem como definição de sua atuação na rode regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, definindo as responsabilidades, estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência à saúde, de gestão, de ensino, pesquisa e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas de saúde para a atenção hospitalar e.com os princípios e diretrizes do SUS.
VI	Prestação de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais que concerne nas especialidades de Clínicas: Cirúrgica, Pediátrica e Pronto Atendimento (demanda espontânea - 24 horas), no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, voltado para menores de 14 anos.
VII	Integrar o hospital na Rede de Atenção à Saúde do município de Uberaba/MG, formalizando a prestação de serviços do saúde hospitalar e ambulatorial, bem como definição de sua atuação na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, definindo as responsabilidades das partes, estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo do assistência à saúde, de gestão, de ensino: pesquisa e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas de saúde para a atenção hospitalar e com os princípios e diretrizes do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado dos instrumentos contratuais (2024).

Existem, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), diretorias, departamentos e seções diretamente envolvidos no processo de formalização das contratualizações entre os hospitais e o município de Uberaba. Com base no Decreto Municipal n° 3.385, de 22 de março de 2019, que regulamenta as atribuições da Secretaria de Saúde, e no Plano Municipal de Saúde (2022-2025), foi possível identificar e organizar os setores responsáveis por essa atribuição/competência. A análise desses documentos permitiu a elaboração do Quadro 06, que apresenta de forma clara e sistemática os setores da estrutura organizacional da SMS que participam da formalização das contratualizações. O quadro evidencia as funções

desempenhadas por cada setor e sua relevância no processo, incluindo a análise, elaboração e acompanhamento dos instrumentos formais.

Quadro 06 – Setores da Secretaria Municipal de Saúde que participam da formalização da contratualização entre Hospitais e o Município de Uberaba.

Secretaria Municipal de Saúde	Atribuição/Competências (Plano Municipal de Saúde 2022-2025)	Atribuição/Competências (Decreto n° 3.385/2019)
Diretoria de Regulação	Conhecer e fazer cumprir as portarias e normas técnicas do SUS; elaborar e propor normas, regulando as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços contratados (públicos e privados); coordenar a operacionalização do credenciamento de prestadores de serviços ao SUS, seguindo parâmetros do Ministério da Saúde e o perfil epidemiológico e acompanhar o cumprimento dos contratos; proceder a avaliação qualitativa periódica dos serviços contratados, controlar e acompanhar os processos de programação, produção e de faturamento.	I - garantir a transparência e eficiência dos processos de contratualização junto aos prestadores de serviço à rede municipal de Saúde; II - fortalecer as ações de credenciamento e habilitações para que possibilite processamento otimizado das ações e serviços de saúde próprios e complementares do SUS.
Seção de Controle de Contratos e Convênios	Levantar a quantidade e a situação dos contratos e convênios existentes, que estão em vigência; b. Constituir e oferecer suporte administrativo para as ações dos grupos técnicos e Comissões de Acompanhamentos de contratos e convênios; c. Articular-se com a direção do hospital, a Central de Regulação, Complexo Regulador Municipal e o Gestor Municipal para discussão e superação dos problemas identificados; d. Exercer outras funções de apoio à organização da Atenção e da Gestão no estabelecimento de saúde, com vistas à implantação da Política Hospitalar; compor e subsidiar os trabalhos da Comissão de Acompanhamento do Contrato Hospitalar, com vistas ao apoio logístico, controle e documentações necessárias; f. Acompanhar junto aos órgãos da Secretaria os prazos legais de tramitação e cumprimento dos contratos e convênios juntos aos gestores e fiscais dos mesmos. g. Fornecer e manter em ordem toda a documentação necessária à formalização dos contratos e convênios com o SUS; h. Gerenciar, controlar e monitorar as informações dos convênios junto aos departamentos competentes. i. Efetivar a publicação dos extratos dos termos contratuais, referentes à	I-constituir e oferecer suporte administrativo para as ações do Grupo Técnico de acompanhamento de contratos e convênios; II - acompanhar as atividades das Comissões de Acompanhamento de Convênios Contratualizações, com vistas no apoio logístico, controles e documentações necessárias; III - acompanhar e monitorar a vigência dos convênios elaborados entre a Secretaria de Saúde e os estabelecimentos de saúde que prestam serviços com Gestão Municipal/SUS junto aos departamentos competentes.

	realização de contratos e convênios, no diário oficial do município, garantindo maior transparência; manter as informações atualizadas sobre os prazos de vigência dos contratos e convênios; controlar e assegurar o cumprimento de normas, metas e prazos determinados nos contratos e convênios firmados com prestadores de serviços do SUS e a Gestão Municipal.	
Diretoria Executiva	-	I - cuidar dos assuntos administrativos da secretaria, em especial daqueles relacionados a transportes, compras, recursos humanos, finanças e orçamento, contratos e tecnologia da informação.
Departamento de Aquisição e Suprimentos	Departamento de Aquisição e Suprimentos foi subdividido em duas Seções: Seção de Aquisição e Gestão de Contratos e Seção de Suprimentos e Distribuição. O objetivo do Departamento e suas seções é realizar todo o processo que envolve a compra de materiais e serviços que são específicos da Secretaria de Saúde, sendo que as demandas são provenientes dos diversos setores desta pasta. Inicialmente, o Departamento através da Seção de Aquisição e Gestão de Contratos, recebe a Requisição de Material e Serviços, a autorização do Comitê de Gestão Eficiente e o Termo de Referência para que se inicie o processo de compra. Posteriormente, a requisição é repassada para a cotação prévia junto aos fornecedores e prestadores de serviço, para que se tenha um valor estimado da compra e se inicie o processo licitatório, realizado em sua obrigatoriedade (Decreto Federal 10.024/2019) através da modalidade Pregão Eletrônico.	I - gerir e alimentar os sistemas estratégicos de aquisição (compras, licitação) e gestão de contratos; II - coordenar, supervisionar, orientar e normatizar as atividades relativas às Aquisições e Gestão de Contratos; III-coordenar e supervisionar o processamento dos pedidos de aquisição de bens de consumo e permanente e contratação de prestação de serviços; IV-coordenar e supervisionar o acompanhamento e controle da gestão dos contratos e atas de registro de preços.
Seção de Aquisição e Gestão de Contratos		I - formalizar os procedimentos relativos aos processos de Pedidos de Licitação e de Empenhos motivados por contratos, convênios, acordos e ajustes celebrados; II - acompanhar e controlar a execução dos contratos e atas de registro de preços; III - acompanhar a fiscalização de todos os contratos celebrados no âmbito da SMS, com os fiscais designados individualmente em cada contrato; IV - alimentar o sistema de suprimentos de informações pertinentes a contratos e congêneres a fim de atendimento ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.
Departamento Orçamentário e Financeiro	Após a formalização dos processos de Pedidos de Empenhos nas diversas modalidades de compras, o Departamento Orçamentário e Financeiro cumpre o 1º estágio da execução das despesas previsto na Lei 4.320/64, o empenho da despesa, ficando responsável por intermediar a tramitação do processo para o colhimento das assinaturas do Contador Geral do Município e do Ordenador de Despesa/Gestor. Em seguida envia-se ao Departamento de Aquisições e	I- acompanhar todos os recursos oriundos do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, assim como todo o controle financeiro das contrapartidas municipais inerentes a cada programa/convênio; II- elaborar relatórios técnicos que possibilitem à análise e acompanhamento da aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde.
		I-lançar as informações referentes às despesas da função 10 - Saúde no SIOPS -

Seção de Planejamento e Execução Orçamentária	Suprimentos para encaminhamento da Nota de Empenho à Seção de Suprimentos e Distribuição para envio ao fornecedor. Cumprido o 2º estágio da despesa pública, que consiste na liquidação da despesa, ato que compete a Secretaria Municipal de Fazenda/Departamento de Contabilidade, os processos retornam a Secretaria Municipal de Saúde para o cumprimento do 3º e último estágio, o pagamento da despesa ao credor por meio da elaboração da Ordem Bancária, ato que foi descentralizado pelo Governo Municipal a partir de 01/07/2015, considerando que a Secretaria Municipal de Saúde, por força da Legislação Federal - LF 8080, de 19/09/1990 possui gestão plena de seus atos, tanto no caráter promocional da saúde – assistencial, quanto administrativo e financeiro, portanto, no intuito de cumprir a legislação iniciou à partir daquela data a elaboração dos pagamentos aos fornecedores/prestadores de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, pelo Departamento Orçamentário e Financeiro/Seção Tesouraria e Finanças da Secretaria Municipal de Saúde, os quais são validados pelo diretor executivo da secretaria municipal de saúde e o gestor. Todo esse fluxo é acompanhado diariamente por servidores do Departamento Orçamentário e Financeiro em Saúde e respectivas Seções.	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde; II - analisar todas as requisições de compras e/ou processo licitatório, no âmbito da Secretaria de Saúde, para classificação e/ou substituição de dotação orçamentária da despesa, em conformidade com as legislações vigentes; III - elaborar e conferir as notas de empenho, após o recebimento do processo previamente formalizado, e de acordo com as disposições da LOA.
Seção de Monitoramento e Análise da Receita		I - gerenciar e acompanhar a aplicação dos recursos financeiros vinculados ao Ministério da Saúde e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; II - acompanhar os atos administrativos para subsidiar Programas e Convênios por intermédio da Secretaria de Fazenda; III - preparar documentos para cumprimento ao artigo 2º da Lei Federal nº 9.452/97, ao princípio da publicidade, relacionado à inserção dos recursos financeiros vinculados; IV - gerenciar as transferências bancárias, movimentações e abertura de contas bancárias para cada programa/convênio e elaborar ordens bancárias no Sistema Contábil; V - controlar as contas Bancárias, com senha, junto às Instituições Financeiras Oficiais Federais, contratadas para movimentação dos recursos financeiros do FMS (Fundo Municipal de Saúde), possibilitando a emissão de extratos e controle de saldos; VI - classificar a receita vinculada por blocos financeiros, bem como homologar o SIOPS, elaborado pela Secretaria de Fazenda.
Seção de Acompanhamento de Projetos e Convênio	A equipe técnica da Diretoria de Assuntos Estratégicos, tem como atribuições, planejar e executar ações estratégicas, articular, em conjunto com os Órgãos Federativos, as atividades e os trabalhos essenciais à execução das estratégias do Plano Municipal de Saúde; Acompanhar as deliberações estratégicas, apoiando o monitoramento do cumprimento de suas decisões nas áreas técnicas, colaborando com vista ao planejamento estratégico e à gestão de ações, programas e projetos estratégicos de governo; Cooperar na formulação, no planejamento, na execução e no acompanhamento de ações governamentais das políticas públicas da área da saúde; Coordenar, supervisionar e fomentar projetos necessários à	I - pleitear convênios/propostas junto aos Governos Federal e Estadual, inclusive emendas parlamentares; II - executar em articulação com os demais departamentos, Secretarias, órgãos e entidades da Administração Pública, a captação de recursos; III - solicitar e preparar a documentação necessária para a celebração dos convênios, termos e acordos, bem como seus termos aditivos; IV - cadastrar e manter atualizado o registro no SICONV das transferências de recursos oriundos de convênios, realização dos lançamentos dos procedimentos relativos à execução, tais como contratações, licitações e pagamentos de quaisquer naturezas para fins de prestação de contas e todas as demais informações necessárias e suficientes à sua publicidade;

	preparação das ações estratégicas de governo.	V - manter a memória dos convênios encerrados; VI - manter sob sua guarda todos os convênios em vigor; VII - Acompanhar a tramitação dos processos de convênios junto a cada diretoria; VIII - zelar pelo controle dos prazos, alertando os gestores 90 dias antes do término dos convênios, reiterando oficialmente em 60 e 30 dias, respectivamente, antes do término do prazo de vigência; IX - inserir propostas e monitorar o FNS - Fundo Nacional de Saúde; X - monitorar e fornecer informações no SEI do MS - Serviço Eletrônico de Informação do Ministério da Saúde, com objetivo de pleitear programas e doações para Secretaria de Saúde; XI - atualização mensal do Portal da Transparência com os dados financeiros, extraídos do sistema contábil da Secretaria de Saúde.
Departamento de Assuntos Jurídicos do SUS	-	I - manifestar previamente e despachar em Processos Administrativos, não vinculando aos atos praticados em decorrência de sua orientação e à Procuradoria Geral - PROGER a confecção de parecer jurídico, em conformidade com o que dispõe o Decreto nº 911/2016; II - promover a manifestação preliminar e orientação jurídica para a emissão de atos administrativos de execução ou decisórios, pela autoridade competente, deles não participando diretamente como atividade fim (elaboração de requisição de compras ou serviços, fiscal ou gestor de contratos, dentre outros); III - ser referência da Procuradoria Geral - PROGER nos assuntos afeto a pasta da Secretaria de Saúde – SMS.

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado do Decreto nº. 3.385 (Uberaba, 2019) e do Plano Municipal de Saúde 2002-2025 (2024).

Em relação ao tipo de estabelecimento, identificou-se que quatro são classificados como "hospital geral" e três como "hospitais especializados**"**. Quanto à natureza jurídica, dois estabelecimentos são públicos, enquanto os outros cinco são instituições privadas. Todos os hospitais foram caracterizados como entidades sem fins lucrativos.

No que diz respeito ao modelo de atuação da instituição, verificou-se que os cinco hospitais privados foram classificados como Organizações da Sociedade Civil (OSC), entidades que cooperam com o Estado no atendimento ao interesse público (Brasil, 2022b).

Essa parceria é definida consoante a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 14, alterada pela Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, atualizam o marco regulatório das parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) como:

> [...] conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação (Brasil, 2014; 2015).

Para o STF, e de acordo com as Leis 13.019 e 13.204, as OSS's podem executar atividades e projetos, mas não atuam como instâncias gestoras do SUS, justamente porque uma OSS não pode, simultaneamente, ser gestora e agir como órgão de controle e fiscalização. É o Município, enquanto gestor municipal do SUS, que deve controlar e fiscalizar o cumprimento dos termos dos contratos de gestão. Contudo, na imensa maioria dos municípios brasileiros, o SUS se depara com enormes dificuldades para exercer plenamente suas competências regulatórias, ou seja, de fiscalização e controle (Narvai, 2022).

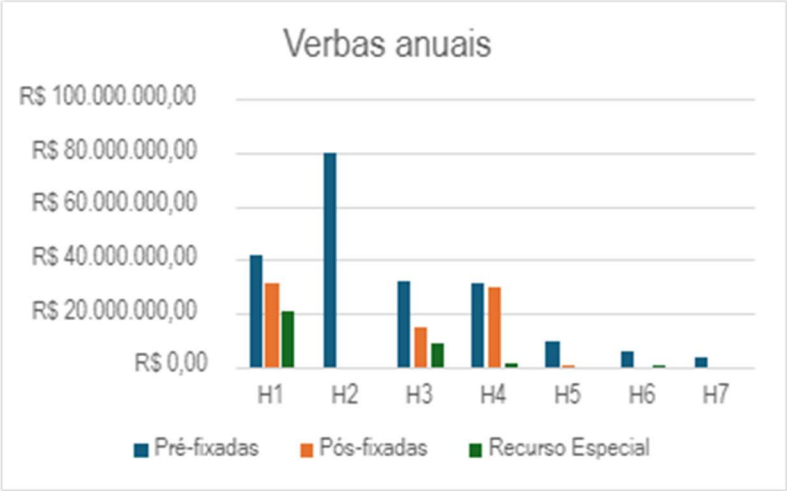
No que tange ao instrumento contratual, identificou-se que foram celebrados Termos de Convênio com cinco instituições e Contratos de Prestação de Serviço com duas. Em relação aos instrumentos contratuais vigentes, os mais recentes são os Contratos de Prestação de Serviço, firmados a partir de 2022.

Quanto à orçamentação, verificou-se que cinco hospitais utilizam a modalidade parcial, com financiamento composto por uma parte pré-fixada, denominada **"**incentivo financeiro", e uma parte pós-fixada, baseada "por produção". Os outros dois hospitais apresentam orçamentação global, cujo financiamento é condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas previamente estabelecidos.

Verificou-se, quanto à forma de repasse, a existência de uma terceira categoria organizada pela Secretaria Municipal de Saúde, denominada "Recursos Especiais", para classificar verbas que não poderiam ser enquadradas como pré ou pós-fixadas. Essa categoria é definida pela Portaria n° 3.410/2013 como incentivo financeiro, uma vez que, embora sejam recursos financeiros provisionados ao hospital contratado, possuem metodologia específica estabelecida pelo ente federativo em questão. Esses recursos não estão sujeitos à avaliação de metas pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização do município.

Dos sete hospitais analisados, quatro apresentam, em seu quadro orçamentário, a inclusão de Recursos Especiais, conforme demonstrado no Gráfico 01, que apresenta o quantitativo repassado anualmente aos hospitais contratualizados.

Gráfico 01 – Quantitativo de recursos repassados anualmente aos hospitais contratualizados no município de Uberaba



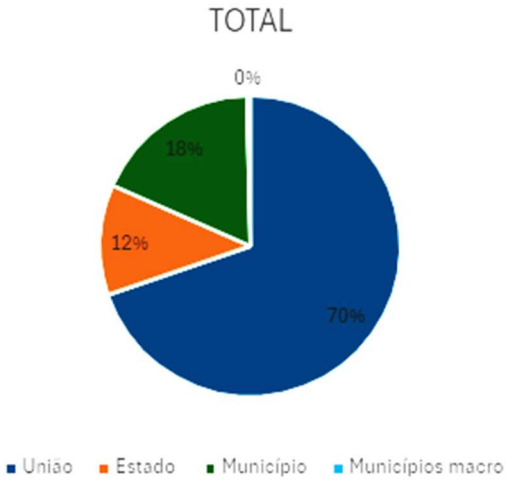
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Conforme o gráfico um, os sete hospitais analisados possuem verbas pré-fixadas, sendo o hospital H2 o que apresenta o maior orçamento. A análise dos repasses realizados nos processos de contratualização entre os hospitais e o município também permitiu identificar as fontes de origem dos recursos. Ressalta-se que repasses únicos**,** que não impactam a programação orçamentária das instituições, foram desconsiderados na análise. Em relação a fonte de recursos constatou-se que 78% de todos os recursos do (H1) provém de fonte federal e 22% de fonte estadual. O referido hospital não possui financiamento municipal ou de municípios que perfazem a macrorregião.

O (H2) possui 60% de recursos municipais, 31% de recursos federais, 8% de recursos estaduais e 1% de recursos provenientes de municípios da macrorregião. Sendo o único nosocômio que apresenta financiamento de municípios da macrorregião, que são compostas por 3 microrregiões de saúde distintas, da qual o Município é sede. Para fins da contratualização hospitalar, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado, o recomendado é que todos os instrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante (Brasil, 2013c).

O orçamento do (H3) é constituído de 82% de recursos da União, 15% de recursos do Estado e 3% de recursos do Município. Já o (H4) é formado de 98% de recursos federais e 2% de recursos estaduais, não apresentando financiamento municipal. O hospital (H5) possui financiamento composto de 54% de recursos provenientes da União, e 46% do Município, inexistindo recursos estaduais. (H6) é financiado pela União, Município e Estado, com índices respectivamente de, 66%, 28% e 6%. O (H7) também não possui financiamento estadual, sendo financiado em 82% pela União e 18% pelo Município.

Gráfico 02 – Percentual total dos recursos SUS recebidos pelos hospitais do município



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Considerando os percentuais apurados, relativos à fonte dos recursos oriundos dos financiamentos para custeio e investimentos dos hospitais, o Gráfico 02 representa a totalidade dos recursos percebidos pela rede hospitalar SUS no município. Observa-se que o financiamento é custeado, em sua grande maioria, pela União (70%), seguido pelo Município (18%), Estado (12%) e o percentual de repasse dos Município da Macro não alcançou 1%, sendo representado no gráfico por (0%).

Os resultados indicam que a fonte de financiamento está em consonância com a Lei Complementar n°141 que dispõe que cabe a União prestar cooperação técnica e financeira ao Municípios para a modernização do seu Fundo de Saúde, inclusive para a implementação das transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (Brasil, 2012a).

Em relação ao fiscal e gestor dos contratos e convênios do Município, apesar de não terem previsão nos instrumentos contratuais, para cada hospital foi publicada, no diário do município, uma portaria específica com designação de fiscais e gestores, titulares e substitutos. Para todas as sete contratualizações foram designados servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde, em atendimento ao disposto no art.7º e art.187, III, do Decreto Municipal n°3.815, de 31 de março de 2023 (Uberaba, 2023).

Acerca das vigências, foram analisadas as datas de publicação tanto do termo formal quanto do documento descritivo. Embora sejam documentos indissociáveis, possuem diferentes prazos. Inicialmente, considerou-se a vigência da Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos, a Lei n° 14.133, de 1° de abril de 2021, cuja regulamentação pelo município ocorreu por meio da publicação de um Decreto Municipal, com efeitos vigentes a partir de 1º de abril de 2023 (Uberaba, 2023).

Das sete contratualizações hospitalares, uma foi celebrada após o início da vigência da Lei n° 14.133. As outras seis contratualizações foram firmadas durante a vigência da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Essa diferenciação é relevante, à medida que a Lei n° 8.666/1993 previa uma limitação de 60 (sessenta) meses de prazo para duração contratual, que podia ser prorrogado, excepcionalmente, por até 12 (doze) meses (Brasil, 1993a).

O documento descritivo possui prazo limite de 24 meses, devendo ser renovado ou prorrogado após esse período e podendo ser alterado, bilateralmente, a qualquer tempo (Brasil, 2013). Assim, constatou-se que, com relação à vigência do termo formal da contratualização, dos sete hospitais, quatro estão na vigência regular do termo, dois estão vigentes em prorrogação excepcional, e um está vencido, em processo de formalização de Termo Aditivo decorrente de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC).

Os termos formais das sete contratualizações dispõem de cláusulas acerca das responsabilidades tanto do Hospital, quanto do ente municipal e dos recursos financeiros. Com relação a cláusula “Sanções e Penalidades” observou-se no termo formal, que o (H6) não possui essa disposição em seu instrumento, enquanto (H5) possui uma cláusula sobre a obrigação de manter e responsabilidade civil do Hospital, embora não discorra efetivamente sobre as sanções e penalidades.

Os instrumentos contratuais de todos os sete hospitais preveem a Comissão de Acompanhamento a Contratualização - CAC. De acordo com a legislação federal “a composição da Comissão é objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo (Brasil, 2013a).” Identificou-se a publicação de duas portarias porta-voz do município, pela Secretaria

Municipal de Saúde, uma que se refere a instituição da Comissão de Avaliação e Controle (CAC) e definição da composição, e outra que estabelece o regimento interno da Comissão, detalhando suas competências, objetivos e estrutura organizacional.

No que concerne às vigências dos documentos descritivos, um está na vigência regular do descritivo, dois estão vigentes em prorrogação excepcional, em razão da dilação do termo formal, três hospitais encontram-se com o descritivo vencido, em processo de formalização, e um hospital nunca teve documento descritivo. No caso deste último, verificou-se que, no processo de formalização do termo formal de contratualização, foram incluídas cláusulas que regulamentam a operacionalização das ações e serviços planejados, mas o documento descritivo não foi anexado ao termo do instrumento formal. Não obstante as cláusulas inseridas no termo formal, destaca-se que o documento descritivo não é substituível, sendo parte indissociável do instrumento formal de contratualização, nos moldes da Portaria n° 3.410/2013.

Com exceção do (H6) que não possui documento descritivo, a descrição das ações e serviços de saúde, as metas qualitativas e quantitativas e o monitoramento das metas, constam no descritivo de seis contratualizações (H1, H2, H3, H4, H5 e H7). Destas seis, o documento descritivo de (H7) não faz menção a estrutura do hospital, e o de (H5) não menciona sua estrutura e nem os recursos financeiros, requisitos mínimos, consoante a Portaria que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS (Brasil, 2013).

Comparando os itens X ao XXI, dos instrumentos formais vigentes, com as disposições da Lei de Licitações e Contratos Administrativos e da Portaria n° 3.410, de 30 de dezembro de 2013, por meio da matriz (Quadro 4) e posteriormente, organizando os dados na escala de três pontos, chegou-se a seguinte tabela:

Tabela 01 – Avaliação de conformidade do termo formal e documento descritivo com a Lei n°14.133/2021 e a Portaria n° 3.410/2013.

INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATALIZAÇÃO		HOSPITAL																		
Itens para verificação		H1			H2			H3			H4			H5			H6			H7		
		A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA
Termo formal	Vigência	X					X	X			X				X		X				X	
	Responsabilidades do Hospital	X			X			X			X			X			X			X		
	Responsabilidades dos entes	X			X			X			X			X			X			X		
	Recursos financeiros	X			X			X			X			X			X			X		
	Sanções e penalidades	X			X			X			X				X				X			X
	CAC	X			X			X			X			X			X			X		
		6			5		0	6			6			4	1		5		0	4	0,5	0
SUBTOTAL		6			5			6			6			5			5			4,5		
Documento Descritivo	Vigência			X	X					X	X				X				X		X	
	Ações e serviços	X			X			X			X			X					X	X		
	Qualiquantitativa	X			X			X			X			X					X	X		
	Monitoramento de metas	X			X			X			X			X					X	X		
	Estrutura do Hospital	X			X			X			X					X			X			X
	Recursos financeiros	X			X			X			X			X					X			X
		5		0	6			5		0	6			4	0,5	0			0	4	1	0
SUBTOTAL		5			6			5			6			4,5			0			4		
TOTAL		11			11			11			12			9,5			5			8,5		

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Os dados foram dispostos em uma planilha Microsoft Excel®, onde avaliou-se os itens nos instrumentos contratuais firmados entre os hospitais do SUS e o município de Uberaba. Distinguindo o termo formal do documento descritivo, cada instrumento continha seis itens para verificação, portanto o grau de conformidade variava entre 0 - 6. Verificou-se que (H1), (H3) e (H4) tiveram as maiores pontuações de conformidade, e o (H7) a menor. Enquanto do documento descritivo, (H2) e (H4) obtiveram um maior grau de conformidade e (H6) não foi avaliado, atribuindo-o pontuação zero.

Em sequência, somou-se as pontuações do termo formal e do descritivo. Na escala de conformidade, temos, do maior grau para o menor, o instrumento da contratualização de (H4) com a pontuação máxima de 12 pontos, (H1), (H2) e (H3) empatados com "11" pontos, (H5) com "9,5" pontos, (H7) com "8,5" pontos e (H6) com pontuação "5". Na tabela 02, foi disposto em termos percentuais, o grau de conformidade encontrado.

Tabela 02 – Grau de conformidade dos instrumentos contratais formalizados entre hospitais e o município de Uberaba

HOSPITAL	PERCENTUAL
H1	91,66%
H2	91,66%

H3	91,66%
H4	100%
H5	79,16%
H6	41,66%
H7	70,83%

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Analisando os percentuais de conformidade dos instrumentos formais de contratualização com as diretrizes aplicáveis, observa-se que o Hospital (H4), cujo instrumento atingiu um percentual de "100%" de conformidade, é a contratualização mais recente celebrada pelo Município de Uberaba. Foi possível observar, também, que a maioria dos instrumentos formais de contratualização, celebrados entre o Município de Uberaba e os Hospitais, atendem os itens previstos na Lei de Licitações e Contratos Administrativos e nas diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) – Portaria n° 3.410/2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a formalização do processo, os setores envolvidos e os instrumentos formais de contratualização do SUS entre os Hospitais e o município de Uberaba. A pesquisa buscou identificar as contratualizações vigentes; descrever os setores da Secretaria Municipal de Saúde envolvidos no processo de formalização da contratualização hospitalar; caracterizar as contratualizações e os instrumentos formais de contratualização; comparar os instrumentos formais aos dispositivos legais aplicáveis ao SUS; e aferir o grau de concordância desses instrumentos.

A partir dos resultados obtidos, foi possível verificar contratualizações do Sistema Único de Saúde, em vigor, com sete hospitais no Município. Constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba desempenha um papel crucial na contratualização do SUS. Além da direção do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, ela realiza o intermédio na formalização da contratualização no SUS entre o Município e os Hospitais, assim como, o planejamento e programação das ações e serviços necessários para atender a população, mediante instrumento formal de contratualização.

Na SMS de Uberaba, diversas diretorias, departamentos e seções estão envolvidas no processo de contratualização hospitalar, seja fornecendo uma estimativa de impacto orçamentário, dotação, emissão de parecer jurídico, ou cadastrando os instrumentos contratuais no sistema, todavia, incumbe a Diretoria de Regulação a formalização, regulação e acompanhamento da contratualização hospitalar junto aos prestadores de serviço à rede municipal de saúde.

Neste estudo, foi possível visualizar que a maior parte da rede de hospitais contratualizados são constituídos de entidades privadas, sem fins lucrativos. Esta parceria tem se mostrado uma alternativa promissora para a gestão e financiamento da saúde pública. Quanto aos termos formais de contratualização, usualmente, são celebrados convênios, sendo os mais recentes, contratos de prestação de serviços firmados pelo Município.

No financiamento hospitalar, há a predominância da orçamentação parcial, constituídas, em sua maioria, de verbas pré-fixadas, sendo 70% dos recursos subsidiados pela União. Os incentivos financeiros, resultado de políticas públicas de apoio gerencial para o setor hospitalar, são essenciais para a manutenção e ampliação dos serviços oferecidos à população, melhora da qualidade do serviço, aumento da capacidade de atendimento, assegurando assim, a sustentabilidade financeira dos hospitais e garantindo que possam continuar a operar sem fins lucrativos.

Observou-se uma maior cautela quanto a vigência dos termos formais do que dos documentos descritivos. Neste sentido, é preciso melhorar as práticas de gestão da contratualização, aprimorando o controle e o conhecimento, de modo a proporcionar transparência aos instrumentos formais, diminuindo os riscos de interrupção dos serviços hospitalares, e, consequentemente, garantindo que não ocorra desassistência à população.

Contudo, foi verificado no município, um aperfeiçoamento contínuo nos instrumentos formais de contratualização, haja vista que o instrumento de contratualização hospitalar que atendeu plenamente todos os itens previstos nas normativas aplicáveis, é o mais recente celebrado pelo Município de Uberaba, o que indica um desenvolvimento no planejamento desses instrumentos.

Por fim, registra-se que uma das principais limitações deste estudo reside no fato de ser um estudo de caso, o que restringe a generalização dos resultados. Embora os achados forneçam resultados valiosos sobre a contratualização no SUS em um contexto específico, eles podem não ser aplicáveis a outras regiões ou situações. Recomenda-se a realização de estudos

adicionais, com metodologias variadas, para validar e expandir as conclusões aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, n. 10. Brasilia: ENAP, 1997.

ABRUCIO, Fernando Luiz; PÓ, Marcos Vinicius. Trajetórias da literatura sobre reforma do Estado (1995-2002): transformações e desafios para a pesquisa em administração pública. **Relatório de Pesquisa** Brasília, DF: ENAP, 2002.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte; PINHEIRO, Helano Diogenes. Reforma gerencial do Estado e rebatimento no sistema educacional: um exame do REUNI. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 661-678, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-40362010000400002. Acesso em: 07 ago. 2024.

BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. **Temas em Saúde collection**. 120 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf. Acesso em: 03 ago. 2024.

BELTRÃO, Hélio. **Reforma administrativa**. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional, 1968.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. Brasília: Universidade de Brasília, [s.n] 12. ed. v. 1. p. 125-126, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 322, de 08 de maio de 2003**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0322_08_05_2003.html.Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde**. Histórico das Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/17a-cns/historico. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 mar. 2024

BRASIL. **Contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/contratualizacao#:~:text=A%20contratualização%20é%20um%20processo,de%20Ajuste%2C%20PCEP%20ou%20outro . Acesso em: 19 fev.2024

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta as licitações e contratos administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 3 mar. 2024

BRASIL. **Lei n°. 10.683 de 28 de maio de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.683.htm. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. **Lei n°. 13.019 de 31 de julho de 2014**. Presidência da República, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. **Lei n°. 13.204 de 14 de dezembro de 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13204.htm. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. **Organizações Sociais**. [Brasília]: MGISP. Disponível em: https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/organizacoes-sociais. Acesso em: 10 abr.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm. Acesso em: 23 fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 24 jul.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 828, de 17 de abril de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0828_24_04_2020.html. Acesso em: 09 jul.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 de mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 maio 2010. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48290269. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 10 fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html, Acesso em: 20 de mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html Acesso em: 21 de mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.190, de 1° de novembro de 2017**. Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm. Acesso em: 20 de set. 2024

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 17 de mar. 2024

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.246, de 27 de outubro de 2022.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11246.htm. Acesso em: 23 de mar. 2024

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas de Direito Financeiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 17 de mar. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 16 de mai. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília**, DF: [s. dos parceiros contratados e superação dos entraves que condicionam a regulação sistêmica e, consequentemente, a qualidade do cuidado que é prestado à população. Colaboradores Santos TBS, Souza JS, Martins JS, Rosado LB e Pinto ICM contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação de dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. s n.]; 1995. 68 p. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/ MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf. Acesso em: 4 jul. 2024.

BRASIL. **Receita Federal**. Organização Da Sociedade Civil (OSC). Ministério da Fazenda, 2022 rev. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cidadania-fiscal/extensao/osc. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL**.** Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1.923.** Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 16 dez. 2015. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 1 fev. 2016. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto__ADI1923LF.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2006.

CEBES. A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**, [s.l], v. 5, v. 9, 1980.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração geral e pública** - 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

COSTA, Frederico Lustosa. Reforma do Estado e Contexto Brasileiro: crítica do paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Novos polos administrativos afetando a federação brasileira. **As tendências do direito público**. Rio de Janeiro: Forense, p. 70, 1976.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. ISBN: 8522414971. Imprenta: São Paulo, **Atlas**, [s.n], 1996.

DUARTE, K.; SOARES, V. B.; DARBILLY, L. V. C.; VIEIRA, M. M. F. **Acordo de Resultados**. In: VILHENA et al. O choque de gestão de Minas Gerais: políticas de gestão para o desenvolvimento. Belo Horizonte: Ed UFMG, p. 95-107,[s.n], 2006.
ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESCOVAL, Ana; RIBEIRO, Rute Simões; MATOS, Tânia Tercitano. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, 2010.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, [s.l], p. 319, 1994.

FIOCRUZ. **Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas** / Maria Angélica Borges dos Santos, Luciana Mendes Santos Servo. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

FREITAS, D. B. **A fragmentação administrativa do Estado – fatores determinantes, limitações e problemas jurídico-políticos**. Belo Horizonte: Ed. Fórum, p. 196, [s.n], 2011.

GABARDO, Emerson. **Interesse público e subsidiariedade**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estado, instituições e democracia**. v.2 (556 p.): gráfs., mapas, tabs. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro; Fortalecimento do Estado, das Instituições e da Democracia; Livro 9) Brasilia: 2010.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. São Paulo: Alfa-Ômega. Passim, 1975.

LIBERATTI, Vanessa Moraes. et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. [s.l], **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00274105, 2020.

MÂNICA, Fernando Borges. **O setor privado nos serviços públicos de saúde**. Belo Horizonte: Fórum. 299 p. ISBN 978-85-7700-331-0, 2010.

McINTYRE, D.; KUTZIN, J. **Revenue collection and pooling arrangements in financing**. In Smith, R.D. & Hanson, K. (orgs.). Health Systems in Low- and Middle-Income Countries: An economic and policy perspective. University Press Scholarship Online, 2011.

NARVAI; FRAZÃO, Paulo. **Práticas de saúde pública**. In: ROCHA, A. A. et al. (Orgs.). Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu. p. 307-335, 2012.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária**. Para defender a vida. (Coleção ensaios). São Paulo: Autêntica Editora, 2022. E-book. pág.101. ISBN 9786559281442.

Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559281442/. Acesso em: 09 out. 2024.

NOHARA, Irene Patrícia. **Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro**. Rio de Janeiro: Atlas, 2012. E-book. p.26. ISBN 9786559773312. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559773312/. Acesso em: 02 mar. 2024.

OECD. Modernising Government: the Way Forward. In: OECD. **The Use of Market-type Mechanisms to Provide Government Services.** Paris: OECD, 2005.

PACHECO, Regina Silvia. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. **IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública** (p. 12). Madrid, España: CLAD, 2004.

PAIM, Jairnilson, et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz, 21 Slides.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods**. 3rd ed.Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2002.

PAULA, Ana Paula Paes. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rae/a/HqKgvKNRxhMmCyxK7jbJz8g/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

PENSESUS. **Fiocruz**, 2024. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude#:~:text=As%20delibera%C3%A7%C3%B5es%20discutidas%20nas%20Confer%C3%AAncias%20Nacionais%20de%20Sa%C3%BAde,evento%20como%20inst%C3%A2ncia%20colegiada%20dos%20v%C3%A1rios%20segmentos%20representados. Acesso em: 10 out. 2024.

PREUSS, L. T. **O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai**. 2011. 181 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em. Acesso em: 12 mar. 2024

SALGADO, V. **Aspectos gerais da Contratualização de Desempenho Institucional**. [s.l], 2018.

SALGADO, V. **Contratualização no SUS** - Guia de Apoio. Direito e Gestão Pública. DISN. Brasília (DF), 2024.

SANTOS, T. B. S., SOUZA, J. S. de., MARTINS, J. S., ROSADO, L. B., & PINTO, I. C. de M. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS, 2018. **Saúde Em Debate**, *42*(spe2), 247–261. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S217. Acesso em: 21 ago. 2024.

SARAH. **Nossa História**, 2021. Disponível em: < https://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossa-historia/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SCHEFPER, Mário; BAHIA, Lígia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**: Botucatu, v. 130.38. P. 947-956, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/DHRyKZMfWcDVbsmtSmt48Nj/abstract/?lang=pt. Acesso em. 10 ago. 2024.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década, 2003. **São Paulo em Perspectiva.** Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008. Acesso em: 04 jul. 2024.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas** . Rio de Janeiro: Érica, 2014. E-book. pág.12. ISBN 9788536513232. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536513232/. Acesso em: 09 out. 2024.

TOURINHO, Rita. Organizações Sociais no ordenamento jurídico brasileiro: ultrapassando os limites da omissão legislativa. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro** nº 77, jul/set. 2020. Disponivel em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1904662/Rita_Tourinho.pdf. Acesso em. 05 set. 2024.

TORRES, M. D. F. **Fundamentos de administração pública brasileira.** Rio de Janeiro. Ed. FGV, 350 p. ISBN: 9788522512324, 2012.

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 3.385, de 22 de março de 2019**. Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_pagina_menus/133/1. Acesso em: 10 set.2024

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 3.815, de 31 de março de 2023**. Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_pagina_paginas/104/1. Acesso em: 01 set.2024.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. **O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos**. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 193-233.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

VIEIRA, Sonia. **Como Elaborar Questionários**, [s.l]. Editora Atlas, v. 1, p. 159, 2009.

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** 4ª ed. Brasília: Universidade de Brasília - UNB, 2009.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A: Produto Técnico-Tecnológico: Relatório Técnico Conclusivo



RELATÓRIO TÉCNICO: ANÁLISE DA CONFORMIDADE LEGAL E PROPOSTA DE FERRAMENTAS PADRONIZADAS PARA GESTÃO DOS PROCESSOS DE CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR NO SUS

Relatório técnico apresentado pela mestranda Lorrayne Palhares Minguim ao Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede, sob orientação da docente Jesislei Bonolo do Amaral Rocha, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.



SUMÁRIO

Resumo 03

Contexto e/ou organização e/ou setor da proposta 04

Público-alvo da proposta 05

Descrição da situação-problema 06

Objetivos da proposta de intervenção 07

Diagnóstico e análise 08

Proposta de intervenção 19

Responsáveis pela proposta de intervenção e data 22

Referências 23

Protocolo de recebimento 25

RESUMO

A contratualização no Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento essencial para a regulação e qualificação dos serviços hospitalares, viabilizando o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas entre os gestores públicos e as unidades de saúde (Brasil, 2013). No contexto municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela formalização desses instrumentos, bem como pelo monitoramento e avaliação dos compromissos firmados.

Este estudo analisou o processo de formalização das contratualizações hospitalares, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria na gestão desses instrumentos contratuais e, consequentemente, aprimorar a qualidade da assistência à saúde no âmbito do SUS.

A metodologia utilizada baseou-se em estudo de caso, conforme o cientista social Robert K. Yin (2001), por meio da coleta de dados em documentos oficiais e sítios eletrônicos institucionais, no período de julho a novembro de 2024, além da análise comparativa entre os instrumentos formais de contratualização e a legislação vigente.

Os resultados apontaram a necessidade de aperfeiçoamento nos mecanismos de controle contratual e nos instrumentos formais de contratualização. Para isso, recomenda-se a implementação de tabelas padronizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, possibilitando ampliação do conhecimento, controle e otimização dos processos de contratualização hospitalar.



> A Secretaria Municipal de Saúde é a responsável por estabelecer e operacionalizar os contratos entre os hospitais e o município.

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO 04

CONTEXTO/ ORGANIZAÇÃO

- Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG



UBERABA
PREFEITURA

PÚBLICO-ALVO

- Gestores Federais, Estaduais e Municipais de Saúde, Auditores, Reguladores, Fiscais do Sistema Único de Saúde e servidores públicos da área da saúde.





DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

O crescimento das unidades de saúde sob gestão municipal e estadual introduziu novas formas de prestação de serviços privados. Com a descentralização do SUS, os gestores locais passaram a ser responsáveis pela formalização dos contratos que regulam essa oferta, ampliando sua atuação junto aos prestadores privados (FIOCRUZ, 2021).

A criação de procedimentos formais de contratualização entre reguladores e prestadores de serviços tornou-se essencial para garantir qualidade e eficiência na assistência à saúde, além de fortalecer a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010). Segundo Escoval, Ribeiro e Matos (2010), esse instrumento é fundamental para melhorar o acesso aos serviços, assegurar cuidados de maior qualidade e priorizar ações de prevenção e promoção da saúde.

A ineficiência ou morosidade nesse processo pode resultar em precarização do atendimento, falta de transparência, corrupção, uso inadequado de recursos públicos, falhas na fiscalização, atrasos nos pagamentos e até interrupção dos serviços.

Nos últimos anos, a temática da contratualização no SUS tem sido objeto de normativas federais que buscam aprimorar a sua aplicação, seja para o cumprimento do regramento que se aplica à administração pública, seja para reforçar a busca por mais eficiência e efetividade ao sistema. (Brasil, 2013). Nesse contexto, torna-se crucial analisar suas especificidades, sobretudo em relação aos incentivos financeiros derivados de políticas públicas.

A análise e descrição dos processos de contratualização têm como objetivo propiciar transparência aos instrumentos formais, permitindo um monitoramento efetivo das ações implementadas, reduzindo os riscos de interrupção nos serviços hospitalares, e, consequentemente, assegurando a continuidade da assistência à população.

Diante desse contexto, pretende-se aperfeiçoar as práticas de gestão na administração pública municipal, com foco específico na contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS DA PROPOSTA

Trata-se de um relatório técnico conclusivo sobre a contratualização hospitalar no Sistema Único de Saúde que possui como objetivos:

- **Descrever o processo de formalização da contratualização hospitalar, detalhando os procedimentos legais e requisitos obrigatórios.**
- **Avaliar a conformidade dos instrumentos formais de contratualização hospitalar no SUS com a legislação vigente, utilizando o caso do município de Uberaba como referência.**
- **Propor a utilização de ferramentas padronizadas para controle e monitoramento das contratualizações hospitalares na Secretaria Municipal de Saúde.**



DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

A contratualização no contexto hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 1991, com a assinatura do primeiro contrato de gestão no Brasil entre a União Federal e a Associação das Pioneiras Sociais (APS) – Rede SARAH, especializada em assistência médica e reabilitação nas áreas neurológica e ortopédica. Esse contrato, fiscalizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), marcou o início da regulamentação desse mecanismo no país (Sarah, 2024).

Segundo Liberatti (2020), a contratualização é um instrumento de gestão aplicável a todas as esferas federativas, envolvendo gestores e instituições na prestação de serviços de saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.390/2013, define o processo como um acordo entre o gestor municipal ou estadual do SUS e o representante legal do hospital, no qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual (Brasil, 2013).

O termo "contratualização" é um neologismo criado no âmbito do SUS e não está registrado nos dicionários formais da língua portuguesa. Ele compreende toda e qualquer forma de pactuação que vise, entre outras finalidades, estabelecer mecanismos de subordinação do processo de execução às diretrizes das políticas de saúde no SUS (Salgado, 2018; Brasil, 2011).

No SUS, a contratualização pode ser classificada como interna, quando ocorre entre entidades vinculadas à Secretaria de Saúde, ou externa, quando envolve o gestor de saúde e entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (Salgado, 2018).

Para organizar esse processo, foi implantada a Política Nacional de Regulação (PNR-SUS), abrangendo as três esferas de governo. Essa política se estrutura em três dimensões interdependentes: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. No contexto da contratualização, a Regulação da Atenção à Saúde é a instância responsável pela contratação, monitoramento e avaliação dos serviços prestados, bem como pela auditoria assistencial (Brasil, 2008).

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

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

A contratualização no Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do acesso à atenção hospitalar, promovendo assistência qualificada e regulada de forma regionalizada. Esse processo assegura a continuidade dos cuidados ao articular os hospitais com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), permitindo um atendimento centrado no usuário, considerando suas necessidades multidimensionais e garantindo o suporte multiprofissional e interdisciplinar de forma humanizada (Brasil, 2013).

Os instrumentos formais de contratualização, apresentados no Quadro 1, estruturam a relação entre os gestores públicos e os hospitais que prestam serviços ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica, esfera administrativa ou modelo de gestão. Esses instrumentos têm como finalidade regularizar e qualificar a parceria entre a administração pública e as unidades hospitalares, estabelecendo compromissos que aprimorem a assistência, a gestão hospitalar e as atividades de ensino e pesquisa vinculadas ao sistema de saúde (Brasil, 2013b).

Quadro 01 – Instrumentos utilizados para celebração da contratualização

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

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado da Portaria nº 3.410/2013 (Brasil, 2013b).

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

A contratualização entre o gestor do SUS e o prestador hospitalar define regras contratuais, metas, indicadores de acompanhamento e recursos financeiros. Esse instrumento é composto pelo termo formal de contratualização e pelo documento descritivo, sendo alterado por Termo Aditivo, Apostilamento ou outros meios legais, conforme a necessidade. O Apostilamento aplica-se quando não há modificação das cláusulas contratuais.

Qualquer aditamento deve ser formalizado por documento escrito e anexado ao processo original. Esses registros são disponibilizados ao público em sítios eletrônicos oficiais, exceto nos casos protegidos por sigilo, conforme a legislação vigente. Além disso, de acordo com o art. 174 da Lei nº 14.133/2021, todas as informações sobre contratualizações, contratos e termos aditivos devem ser publicadas no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), garantindo transparência e acesso centralizado aos atos administrativos (Brasil, 2021).

Formalização da Contratualização no SUS: Questões Relevantes

Para garantir a formalização adequada da contratualização no SUS, é fundamental que os instrumentos e documentos utilizados sigam rigorosamente as normativas legais. A correta gestão dos instrumentos formais hospitalares assegura a transparência, eficiência e continuidade dos serviços de saúde, evitando irregularidades que possam comprometer a assistência à população.

Além disso, a fiscalização e o acompanhamento desses contratos são indispensáveis para a qualificação da gestão pública, garantindo que os compromissos assumidos sejam cumpridos conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, gestores, fiscais e comissões especializadas desempenham um papel essencial na monitorização dos serviços e no cumprimento da legislação vigente. A seguir, são apresentadas questões relevantes para a formalização da contratualização no SUS, destacando exigências legais, responsabilidades dos agentes públicos e mecanismos de controle.

1. Garantia da Regularidade Jurídica e Fiscal

✓Antes da formalização ou aditamento de contratos, deve-se verificar a regularidade fiscal e jurídica da entidade contratada.
✓ Emitir e anexar ao processo as seguintes certidões:

- Regularidade fiscal e trabalhista;
- Impedimentos legais e inidoneidade;
- Débitos trabalhistas pendentes (Brasil, 2021).

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

2. Papel dos Fiscais e Gestores na Contratualização

✓ A atuação dos gestores e fiscais garante a transparência e a execução eficiente dos contratos públicos.
✓ Esses profissionais contam com o apoio de órgãos de assessoramento jurídico e controle interno para garantir conformidade com a legislação vigente (Brasil, 2021).
✓ Gestão e fiscalização são funções distintas, mas complementares, sendo fundamentais para a execução contratual eficiente.

3. Diretrizes para Gestão e Fiscalização Contratual

✓ A regulamentação da atuação dos fiscais e gestores está respaldada pelo Decreto nº 11.246/2022, que estabelece:

• Diretrizes claras para a gestão e fiscalização dos contratos públicos;
• Maior segurança jurídica nas práticas administrativas (Brasil, 2022a).

4. Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC)

✓A CAC tem um papel estratégico na fiscalização e acompanhamento da contratualização hospitalar.
✓Composição mínima:

• Um representante do ente federativo;
• Um representante do hospital contratualizado.

✓ Deve ser formalmente constituída e publicada oficialmente.

5. Fortalecimento da Gestão do SUS

✓ A organização eficiente das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos fluxos assistenciais depende do fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS.
✓ A contratualização deve garantir:

• Descentralização e integralidade do atendimento;
• Promoção, proteção e recuperação da saúde;
• Acesso equânime e qualificado aos serviços de saúde.

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

Para garantir a eficiência da gestão dos serviços de saúde no SUS, é essencial estruturar ações de regulação que promovam a melhoria dos processos de trabalho, além de assegurar a harmonia e integração entre os entes federados responsáveis pela oferta desses serviços à população. A regulação deve ser capaz de expressar, de maneira objetiva, as ações desenvolvidas e os resultados esperados, permitindo não apenas a organização do sistema, mas também o acompanhamento e aprimoramento contínuo da assistência prestada.

Nesse contexto, a contratualização hospitalar assume papel estratégico, pois define compromissos e parâmetros essenciais para a prestação dos serviços. Diante da importância desse processo, foi realizada uma análise das contratualizações vigentes no município de Uberaba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de avaliar os instrumentos contratuais estabelecidos entre o SUS e os hospitais locais.



O levantamento identificou sete instrumentos contratuais formalizados entre 2017 e 2023, regulamentando a parceria entre a administração pública e unidades hospitalares no município de Uberaba. A análise permitiu compreender os desafios e avanços da contratualização municipal e subsidiar melhorias na regulação dos serviços de saúde.

1. Características dos Hospitais Contratualizados

- Dos sete hospitais, quatro são classificados como hospitais gerais e três como hospitais especializados.
- Dois são públicos e cinco são privados, sendo todos entidades sem fins lucrativos.
- Os cinco hospitais privados são Organizações da Sociedade Civil (OSC), instituições que cooperam com o Estado para o atendimento ao interesse público (Brasil, 2022b).
- A parceria entre o SUS e essas entidades tem se mostrado uma alternativa promissora para a gestão e financiamento da saúde pública.

2. Tipos de Instrumentos Contratuais

- Foram celebrados Termos de Convênio com cinco instituições e Contratos de Prestação de Serviço com duas.
- A partir de 2022, os novos contratos adotaram exclusivamente a modalidade de Prestação de Serviço.

3. Modelos de Orçamentação

- Cinco hospitais utilizam orçamentação parcial, composta por:
Parte pré-fixada – incentivo financeiro previamente determinado.
Parte pós-fixada – valores definidos conforme a produção do Hospital.
- Dois hospitais operam sob orçamentação global, onde o financiamento está condicionado ao cumprimento de metas pactuadas.

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

4. Recursos Especiais e Políticas de Apoio

• A Secretaria Municipal de Saúde organizou uma categoria de forma de repasse denominada "Recursos Especiais", destinada a verbas que não se enquadram nas modalidades pré ou pós-fixadas.
• Esses recursos são considerados incentivos financeiros provisionados ao hospital contratado, com metodologia específica definida pelo ente federativo.
• Quatro dos sete hospitais analisados possuem esses recursos incluídos em seus quadros orçamentários.
• Diferentemente dos demais repasses, os Recursos Especiais não estão sujeitos à avaliação de metas pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

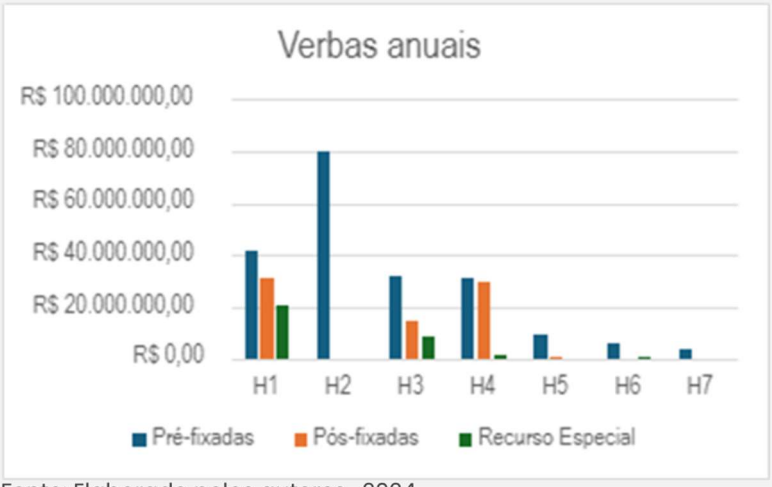
5. Análise dos Repasses

• Todos os sete hospitais analisados recebem verbas pré-fixadas, sendo o hospital H2 o que apresenta o maior orçamento (Gráfico 01).
• A avaliação dos repasses entre os hospitais e o município permitiu identificar as fontes de origem dos recursos.
• Para manter a consistência da análise, repasses únicos que não impactam a programação orçamentária das instituições foram desconsiderados.

6. Fontes de Recursos e Distribuição do Financiamento

A análise das fontes de financiamento dos hospitais contratualizados revelou diferenças significativas na composição dos repasses. A distribuição dos recursos por hospital é apresentada a seguir:

Gráfico 01 – Quantitativo de recursos repassados anualmente aos hospitais contratualizados no município de Uberaba



Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

H1: 78% de recursos federais e 22% de recursos estaduais. Não possui financiamento municipal ou da macrorregião.

H2: 60% de recursos municipais, 31% federais, 8% estaduais e 1% provenientes de municípios da macrorregião, sendo o único hospital com financiamento desses entes. A macrorregião é composta por três microrregiões distintas, tendo o município como sede. Para fins de contratualização hospitalar, mesmo havendo cofinanciamento por outro ente federado, recomenda-se que todos os instrumentos formais de contratualização sejam celebrados pelo gestor público do ente federado contratante (Brasil, 2013c).

H3: 82% de recursos da União, 15% do Estado e 3% do Município.

H4: 98% de recursos federais e 2% estaduais, sem financiamento municipal.

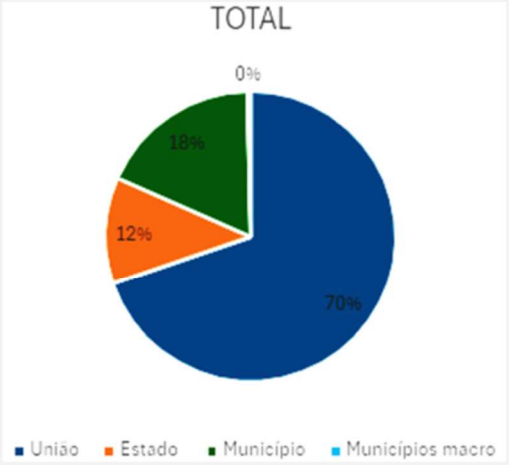
H5: 54% de recursos da União e 46% do Município, sem repasse estadual.

H6: 66% de recursos federais, 28% municipais e 6% estaduais.

H7: 82% de recursos federais e 18% municipais, sem financiamento estadual.

• O Gráfico 02 representa a totalidade dos recursos percebidos pela rede hospitalar SUS no município. Observa-se que o financiamento é majoritariamente custeado pela União (70%), seguido pelo Município (18%) e pelo Estado (12%).
• O repasse dos municípios da macrorregião não alcançou 1%, sendo representado no gráfico como 0%.

Gráfico 02 – Percentual total dos recursos SUS recebidos pelos hospitais do município



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

7. Fiscalização e Gestão nos Instrumentos

• Apesar da figura do fiscal e gestor não terem previsão nos instrumentos contratuais, para cada hospital foi publicada, no diário do município, uma portaria específica com designação de fiscais e gestores, titulares e substitutos. Para todas as sete contratualizações foram designados servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde, em atendimento ao disposto no art.7º e art.187, III, do Decreto Municipal nº3.815, de 31 de março de 2023 (Uberaba, 2023).

8. Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC)

Todos os contratos analisados preveem a atuação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), conforme determina a legislação federal.

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

De acordo com a norma vigente, a composição da comissão deve ser publicada no Diário Oficial do ente federativo (Brasil, 2013a).

No município de Uberaba, foram identificadas duas portarias municipais referentes à CAC, publicadas pela Secretaria Municipal de Saúde:
• Uma institui a Comissão de Avaliação e Controle (CAC) e define sua composição.
• Outra estabelece o regimento interno da comissão, detalhando suas competências, objetivos e estrutura organizacional.
A formalização da CAC é essencial para a fiscalização e acompanhamento dos contratos hospitalares, assegurando maior controle sobre a execução das metas pactuadas.



9. Vigência dos Documentos Descritivos

A análise das vigências dos documentos descritivos evidenciou diferentes situações entre os hospitais contratualizados:
• Um hospital está na vigência regular do documento descritivo.
• Dois hospitais estão em prorrogação excepcional, devido à dilação do termo formal.
• Três hospitais encontram-se com o documento descritivo vencido, em processo de formalização.
• Um hospital nunca teve documento descritivo anexado ao termo formal.

No caso desse último hospital, constatou-se que, no processo de formalização do termo formal de contratualização, foram incluídas cláusulas que regulamentam a operacionalização das ações e serviços planejados, mas o documento descritivo não foi anexado ao termo do instrumento formal.
Essa situação configura uma falha na formalização do instrumento, pois, conforme a Portaria nº 3.410/2013, o documento descritivo é parte indissociável do instrumento formal de contratualização e não pode ser substituído por cláusulas adicionais no termo formal.

10. Das Metas, Ações e Serviços, Estrutura e Recursos Financeiros - Descritivo

Com exceção do (H6) que não possui documento descritivo, a descrição das ações e serviços de saúde, as metas qualitativas e quantitativas e o monitoramento das metas, constam no descritivo de seis contratualizações (H1, H2, H3, H4, H5 e H7). Destas seis, o documento descritivo de (H7) não faz menção a estrutura do hospital, e o de (H5) não menciona sua estrutura e nem os recursos financeiros, requisitos mínimos, consoante a Portaria que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS (Brasil, 2013).

11. Vigência do Termo Formal

• Quatro estão na vigência regular do termo.
• Dois estão vigentes em prorrogação excepcional.
• Um está vencido, em processo de formalização de Termo Aditivo decorrente de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC).
Percebe-se uma maior cautela quanto a vigência dos termos formais do que dos documentos descritivos. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de maior controle e gestão dos processos de contratualização, garantindo que ambos os documentos estejam alinhados dentro dos prazos legais.

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

12. Das Responsabilidades, Recursos, Sanções e Penalidades - Termo Formal

Os termos formais das sete contratualizações dispõem de cláusulas acerca das responsabilidades tanto do Hospital, quanto do ente municipal e dos recursos financeiros. Com relação a cláusula "Sanções e Penalidades" observou-se no termo formal, que o (H6) não possui essa disposição em seu instrumento, enquanto (H5) possui uma cláusula sobre a obrigação de manter e responsabilidade civil do Hospital, embora não discorra efetivamente sobre as sanções e penalidades.

A ausência de cláusulas essenciais, e a inobservancia das vigências nos documentos descritivos e termos formais revelam fragilidades na formalização desses instrumentos. Diante dessas lacunas, observou-se a necessidade de padronização dos instrumentos formais de contratualização hospitalar, garantindo que todos os elementos obrigatórios estejam contemplados, conforme os normativos vigentes e o cumprimento das obrigações contratuais pelos hospitais contratualizados.





DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

Para avaliar a conformidade dos instrumentos formais vigentes com a Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021) e com a Portaria nº 3.410/2013, foi utilizada uma matriz comparativa (Quadro 4). Posteriormente, os dados foram organizados em uma escala de três pontos, consolidando a avaliação da regularidade dos contratos.

A estruturação dessa análise permitiu identificar *gaps* na formalização das contratualizações, destacando pontos que necessitam de adequação para garantir maior segurança jurídica, transparência e alinhamento às diretrizes normativas.

Tabela 01 – Avaliação de conformidade do termo formal e documento descritivo com a Lei nº14.133/2021 e a Portaria nº 3.410/2013.

INSTRUMENTO FORMAL DE CONTRATALIZAÇÃO		HOSPITAL																			
Itens para verificação		H1			H2			H3			H4			H5			H6			H7		
		A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA	A	AP	NA
Termo formal	Vigência	X					X	X			X				X		X				X	
	Responsabilidades do Hospital	X			X			X			X			X			X			X		
	Responsabilidades dos entes	X			X			X			X			X			X			X		
	Recursos financeiros	X			X			X			X			X			X			X		
	Sanções e penalidades	X			X			X			X				X				X			X
	CAC	X			X			X			X			X			X			X		
		6			5		0	6			6			4	1		5		0	4	0,5	0
SUBTOTAL		6			5			6			6			5			5			4,5		
Documento Descritivo	Vigência			X	X					X	X				X				X		X	
	Ações e serviços	X			X			X			X			X					X	X		
	Qualiquantitativa	X			X			X			X			X					X	X		
	Monitoramento de metas	X			X			X			X			X					X	X		
	Estrutura do Hospital	X			X			X			X					X			X			X
	Recursos financeiros	X			X			X			X			X					X			X
		5		0	6			5		0	6			4	0,5	0			0	4	1	0
SUBTOTAL		5			6			5			6			4,5			0			4		
TOTAL		11			11			11			12			9,5			5			8,5		

Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

A verificação de conformidade foi conduzida a partir da distinção entre o termo formal e o documento descritivo, com a avaliação de seis itens em cada instrumento. O grau de conformidade variou de 0 a 6 pontos, permitindo a análise comparativa entre os hospitais avaliados. Os resultados indicaram que (H1), (H3) e (H4) apresentaram os maiores índices de conformidade, enquanto (H7) obteve a menor pontuação. No que se refere ao documento descritivo, (H2) e (H4) demonstraram maior alinhamento às diretrizes normativas, enquanto (H6) não foi avaliado, sendo-lhe atribuída pontuação zero.

Na análise consolidada dos percentuais de conformidade dos instrumentos formais de contratualização, observou-se a maioria dos instrumentos analisados atende aos requisitos estabelecidos na Lei de Licitações e Contratos Administrativos e nas diretrizes para a contratualização hospitalar no âmbito do SUS, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) – Portaria nº 3.410/2013.

Tabela 02 – Grau de conformidade dos instrumentos contratais formalizados entre hospitais e o município de Uberaba

HOSPITAL	PERCENTUAL
H1	91,66%
H2	91,66%
H3	91,66%
H4	100%
H5	79,16%
H6	41,66%
H7	70,83%

Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

Além disso, verificou-se que o Hospital (H4) atingiu 100% de conformidade, representando o contrato mais recente firmado pelo Município de Uberaba. Esse resultado sugere um aprimoramento contínuo na elaboração dos instrumentos de contratualização hospitalar, indicando uma evolução no planejamento e na aderência às normativas aplicáveis. No entanto, a discrepância entre os índices de conformidade dos hospitais evidencia a necessidade de capacitação técnica e monitoramento contínuo dos instrumentos, a fim de reduzir assimetrias na implementação das diretrizes normativas.

Diante dos achados, recomenda-se a adoção de estratégias de melhoria, tais como a criação de um protocolo padronizado de contratualização, a realização de ações de capacitação para os técnicos responsáveis, implementação de abordagem de gestão de riscos contratuais e automatização do processo de formalização. Essas medidas poderão contribuir para a mitigação de inconsistências e a ampliação da eficiência na gestão dos instrumentos formais de contratualização hospitalar no município.

Destaca-se a importância de uma gestão eficiente na formalização das contratualizações, assegurando a conformidade com as normativas legais e possibilitando um monitoramento eficaz das ações executadas. Esse enfoque fortalece a accountability, promovendo maior transparência e integridade no controle público, além de contribuir para a adequação dos serviços às demandas reais da população.



PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante da relevância do tema da contratualização no Sistema Único de Saúde (SUS) e da análise diagnóstica do processo de formalização dos instrumentos firmados entre os hospitais e o Município de Uberaba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), propõe-se a adoção de mecanismos que aprimorem o conhecimento, o controle e a eficiência operacional dessas contratualizações. Nesse contexto, recomenda-se a implementação, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, das tabelas elaboradas a seguir.

A Tabela 03 apresenta a caracterização das contratualizações hospitalares, sendo proposta como instrumento de referência para cada novo contrato firmado. Para garantir a atualização contínua das informações, sugere-se que a tabela seja revisada a cada modificação nos dados contratuais. Cada item incluído na tabela foi estruturado com o objetivo de consolidar informações essenciais para a gestão eficiente dos processos de contratualização celebrados entre o município e os hospitais do Sistema Único de Saúde.

Tabela 03 - Caracterização da contratualização entre Hospitais e o município de Uberaba

Caracterização da contratualização hospitalar	
Tipo de estabelecimento	Classificação do estabelecimento
Natureza jurídica	Organização e estrutura jurídica do hospital
Modelo de atuação	Modelo de atuação da instituição (OS, OSS, OSCIP, OSC)
Instrumento contratual	Termo formal da contratualização (contrato, convênio e congêneres)
Orçamentação	Tipo de orçamentação (global, parcial)
Forma de repasse	Verbas pré-fixadas e pós-fixadas
Fonte de recursos	Recursos provenientes da União, Estado e Município
Gestor	Indicação do gestor do instrumento
Fiscal	Responsável pela fiscalização do instrumento

Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

Propõe-se a utilização das Tabelas 04 e 05 como ferramenta para a verificação das descrições exigidas pela legislação aplicável aos instrumentos formais de contratualização, abrangendo tanto o termo formal quanto o documento descritivo. Essas tabelas permitem uma visualização clara dos itens essenciais que devem compor os instrumentos contratuais, além de evidenciar sua fundamentação legal, garantindo maior conformidade e controle no processo de contratualização.

Tabela 04 - Itens exigidos no Termo Formal

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

Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

Tabela 05 - Itens exigidos no Documento Descritivo

INSTRUMENTO	ITENS PARA VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	DISPOSIÇÃO LEGAL
Documento Descritivo	Vigência	Art. 27. O Documento Descritivo tera validade maxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o periodo de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes.	Portaria nº 3410/2013, Art. 27
	Ações e Serviços de Saúde	I - A definição de todas as ações e serviços de saude, nas areas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	Metas qualiquantitativas	II - A definição de metas fisicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas. III - A definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	Monitoramento de metas	V - A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	Estrutura do Hospital	IV - A descrição da estrutura fisica, tecnologica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26
	Recursos financeiros	VI - A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV.	Portaria nº 3410/2013, Art. 26

Fonte: Elaborado pelos autores , 2024

RESPONSÁVEIS PELA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E DATA

Lorrayne Palhares Minguim

Contato:
Lorrayneminguim@hotmail.com

Jesislei Bonolo Rocha do Amaral

Contato:
Jesislei.amaral@uftm.edu.br

Data de Realização

20/02/2025

SUS Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 11.246, de 27 de outubro de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11246.htm. Acesso em: 23 de mar. 2024

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 de mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 maio 2010. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48290269. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html, Acesso em: 20 de mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html Acesso em: 21 de mar. 2024

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, 2010.

FIOCRUZ. Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas / Maria Angélica Borges dos Santos, Luciana Mendes Santos Servo. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

LIBERATTI, Vanessa M. et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, p. e00274105, 2020.

REFERÊNCIAS

SALGADO, V. Aspectos gerais da Contratualização de Desempenho Institucional. 2018.

SALGADO, V. Contratualização no SUS - Guia de Apoio. Direito e Gestão Pública. DISN. Brasília (DF), 2024.

SARAH. Nossa História, 2021. Disponível em: < https://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossa-historia/>. Acesso em: 23 de jul. de 2024.

SOLHA, Raphaela Karla de T. Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas . Rio de Janeiro: Érica, 2014. E-book. pág.12. ISBN 9788536513232. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536513232/. Acesso em: 09 out. 2024.

UBERABA. Prefeitura Municipal. Decreto nº 3.815, de 31 de março de 2023. Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_pagina_paginas/104/1. Acesso em: 01 set.2024.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001.

Protocolo de recebimento do produto técnico-tecnológico

À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

Pelo presente, encaminhamos o produto técnico-tecnológico intitulado "Análise da conformidade legal e proposta de ferramentas padronizadas para gestão dos processos de contratualização hospitalar no SUS", derivado da dissertação de mestrado "Análise do processo de formalização da contratualização no SUS em um município do Triângulo Mineiro", de autoria de Lorrayne Palhares Minguim, sob a orientação da Prof.ª Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha.

Os documentos citados foram desenvolvidos no âmbito do Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional (Profiap), instituição associada Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

A solução técnico-tecnológica é apresentada sob a forma de um relatório técnico conclusivo e seu propósito é identificar oportunidades de melhoria na gestão dos instrumentos formais de contratualização celebrados entre hospitais do SUS e o município.

Solicitamos, por gentileza, que ações voltadas à implementação desta proposição sejam informadas à Coordenação Local do Profiap, por meio do endereço sec.profiap@uftm.edu.br, ou telefone (34)3700-6664.

Uberaba, MG, 06 de março de 2025

gov.br LORRAYNE PALHARES MINGUIM

Lorrayne Palhares Minguim
Discente PROFIAP/UFTM

gov.br JESISLEI BONOLO DO AMARAL ROCHA

Jesislei Bonolo do Amaral Rocha
Docente PROFIAP/UFTM

Registro de recebimento

Eunice Cristina Peres Simões
Secretária Adjunta de Saúde
Decreto nº 0017/2025

Discente: Lorrayne Palhares Minguim, mestranda

Orientador: Jesislei Bonolo do Amaral Rocha, doutora

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

20 de fevereiro de 2025

PROFIAP
MESTRADO PROFISSIONAL EM
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

APÊNDICE B: Formulário PTT Sucupira – Produto Técnico

1 – Tipo de Produção	
Técnica	
2 – Subtipo de Produção	
Serviços Técnicos	
3 – Natureza	
Relatório Técnico	
4 – Duração do desenvolvimento do produto técnico (em meses)	
8 meses	
5 – Número de páginas	
27 páginas	
6 – Disponibilidade do documento (PTT). (Marcar apenas uma opção)	
	Restrita
X	Irrestrita
7 – Instituição financiadora	
Modelo: Essa pesquisa foi autofinanciada pelo pesquisador, realizada fora do horário de trabalho e envolveu custos de energia elétrica e material de escritório (como impressão) em torno de R$ 150,00.	
8 – Cidade que realizou o produto técnico	
Uberaba	
9 – País	
Brasil	
10 – Qual a forma de divulgação do seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
X	Meio digital – disponibilização do texto em um repositório ou site de acesso público, via internet.
	Vários – disponibilização em uma combinação de, pelo menos, duas modalidades.
11 – Idioma no qual foi redigido o texto original para divulgação	
Português	
12– Título do seu PTT em inglês (Todas as iniciais de palavras em maiúsculas, exceto as conjunções)	

Analysis of Legal Compliance and Proposal of Standardized Tools for Managing SUS Hospital Contractualization Processes	
13 – Número do DOI (se houver)	
Não se aplica.	
14 – URL do DOI (se houver)	
Não se aplica.	
15 –Subtipos – produtos técnicos/tecnológicos. (Marcar apenas uma opção)	
X	Relatório técnico conclusivo – Relatório técnico conclusivo per se
	Relatório técnico conclusivo – Processo de gestão elaborado
	Relatório técnico conclusivo – Pesquisa de mercado elaborada
	Relatório técnico conclusivo – Simulações, cenarização e jogos aplicados
	Relatório técnico conclusivo – Valoração de tecnologia elaborado
	Relatório técnico conclusivo – Modelo de negócio inovador elaborado
	Relatório técnico conclusivo – Ferramenta gerencial elaborada
	Relatório técnico conclusivo – Pareceres e/ou notas técnicas sobre vigência, aplicação ou interpretação de normas elaboradas
	Manual/Protocolo – Protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica
	Manual/Protocolo – Manual de operação técnica elaborado
16– Finalidade do seu PTT	
Aprimorar as práticas de gestão da administração pública municipal em relação ao processo de formalização da contratualização hospitalar no SUS	
17 – Qual o nível de impacto do seu PTT? (Marcar apenas uma opção) **Impacto consiste na transformação causada pelo produto técnico/tecnológico no ambiente (organização, comunidade, localidade, etc.) ao qual se destina.**	
X	Alto
	Médio
	Baixo
18 – Qual o tipo de demanda do seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
X	Espontânea (Identificou o problema e desenvolveu a pesquisa e o PTT)
	Por concorrência (Venceu a concorrência)
	Contratada (Solicitação da instituição, sendo ou não remunerado)

19 – Qual o impacto do objetivo do seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
	Experimental
X	Solução de um problema previamente identificado
	Sem um foco de aplicação previamente definido
20 – Qual a área impactada pelo seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
	Econômica
X	Saúde
	Ensino
	Social
	Cultural
	Ambiental
	Científica
	Aprendizagem
21 – Qual o tipo de impacto do seu PTT neste momento?	
X	Potencial (Quando ainda não foi implementado/adotado pela instituição)
	Real (Quando já foi implementado/ adotado pela instituição)
22 – Descreva o tipo de impacto do seu PTT (255 caracteres com espaço)	
Melhoria da qualidade da assistência à saúde no âmbito do SUS. Aperfeiçoamento dos mecanismos de controle contratual. Ampliação do conhecimento e otimização dos processos de contratualização hospitalar. Fortalecimento da *accountability*.	
23 – Seu PTT é passível de replicabilidade?	
X	SIM (Quando o PTT apresenta características encontradas em outras instituições, podendo ser replicado e/ou a metodologia está descrita de forma clara, podendo ser utilizada facilmente por outro pesquisador).
	NÃO (Quando o PTT apresenta características tão específicas, que não permite ser realizado por outro pesquisador, em outra instituição e/ou a metodologia é complexa e sua descrição no texto não é suficiente para que outro pesquisador replique a pesquisa.
24 – Qual a abrangência territorial do seu PTT? Marque a maior abrangência de acordo com a possibilidade de utilização do seu PTT. (Marcar apenas uma opção)	
	Local (Só pode ser aplicado/utilizado na instituição estudada e em outras na mesma localidade).

	Regional (Pode ser aplicado/utilizado em instituições semelhantes em nível regional dentro do estado).
X	Nacional (Pode ser aplicado/utilizado em qualquer instituição semelhante, em todo o território nacional).
	Internacional (Pode ser aplicado/utilizado por qualquer instituição semelhante em outros países).
25 – Qual o grau de complexidade do seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
Complexidade é o grau de interação dos atores, relações e conhecimentos necessários à elaboração e ao desenvolvimento de produtos técnico-tecnológicos.	
	Alta (Quando o PTT contemplou a associação de diferentes novos conhecimentos e atores/empresas para a solução de problemas).
X	Média (Quando o PTT contemplou a alteração/adaptação de conhecimentos pré-estabelecidos por atores/empresas diferentes para a solução de problemas).
	Baixa (Quando o PTT utilizou a combinação de conhecimentos pré-estabelecidos por atores/empresas diferentes ou não).
26 – Qual o grau de inovação do seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
Intensidade do conhecimento inédito na criação e desenvolvimento do produto.	
	Alto teor inovativo – Inovação radical, mudança de paradigma.
X	Médio teor inovativo – Inovação incremental, com a modificação de conhecimentos pré-estabelecidos.
	Baixo teor inovativo – Inovação adaptativa, com a utilização de conhecimento pré-existente.
	Sem inovação aparente – Quando o PTT é uma replicação de outro trabalho já existente, desenvolvido para instituições diferentes, usando a mesma metodologia, tecnologia, autores.
27 – Qual o setor da sociedade beneficiado por seu PTT? (Marcar apenas uma opção)	
	Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura
	Indústria da transformação
	Água, esgoto, atividade de gestão de resíduos e descontaminação
	Construção
	Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas
	Transporte, armazenagem e correio
	Alojamento e alimentação
	Informação e comunicação
	Atividades imobiliárias
	Atividades profissionais, científicas e técnicas
	Atividades administrativas e serviços complementares
X	Administração pública, Defesa e seguridade social
	Educação

	Saúde humana e serviços sociais
	Artes, cultura, esporte e recreação
	Outras atividades de serviços
	Serviços domésticos
	Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais
	Indústrias extrativas
	Eletricidade e gás
28 – Há declaração de vínculo do seu PTT com o PDI da instituição na qual foi desenvolvido?	
	SIM
X	NÃO
29 – Houve fomento para o desenvolvimento do seu PTT?	
	Financiamento
	Cooperação
X	Não houve
30 – Há registro de propriedade intelectual do seu PTT?	
	SIM
X	NÃO
31 – Qual o estágio atual da tecnologia do seu PTT?	
	Piloto ou protótipo
X	Finalizado ou implantado (o PTT pode estar finalizado enquanto proposta, foi realizado diagnóstico de uma situação e apresenta sugestões para a solução de problemas).
	Em teste
32– Há transferência de tecnologia ou conhecimento no seu PTT?	
X	SIM (recomendações de melhorias de processos/políticas públicas que serão analisadas e acatadas total ou parcialmente por servidores da instituição pública).
	NÃO
33 – URL do seu PTT (colocar o link que o PTT pode ser encontrado)	
Não se aplica.	
34 – Observação – utilize até 255 caracteres para descrever algo que destaca o seu PTT e que não foi contemplado nos itens anteriores.	
Não se aplica.	
35– Seu PTT está alinhado com qual eixo temático?	
	Atuação do Estado e sua Relação com Mercado e Sociedade
	Práticas de Gestão Sustentáveis
	Políticas Públicas: Formulação e Gestão
X	Transformação e Inovação Organizacional