



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Veloso Albuquerque, Maria do Socorro; Mendonça de Moraes, Heloísa Maria; Praciano  
Lima, Luci

Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 6, junho, 2015, pp. 1825-1834

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63038653018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados

The contracting process and outsourcing in health:  
the scenario for dispute between public and private interests

Maria do Socorro Veloso Albuquerque<sup>1</sup>

Heloísa Maria Mendonça de Moraes<sup>1</sup>

Luci Praciano Lima<sup>1</sup> (in memoriam)

**Abstract** This research analyzed the public-private composition in the municipal health network and aspects of the contracting/outsourcing process for services over the period from 2001 to 2008. The research method used was a case study with documentary research and interviews. The interviewees were former secretaries of health, directors of regulation and district managers. The categories of analysis used were public funds, care networks and public control. The results showed that the contracting was restricted to philanthropic units. With respect to the other private establishments linked to the public care network, non-compliance with programmatic aspects was detected, such as the lack of regulation of bidding processes required for contracting. Management authorities did not actively pursue building up state public services, or the formation of care networks. The contracted establishments conducted their activities without effective external and internal control mechanisms, which are paramount for the proper use of public resources. The authors conclude that the contracting process does not significantly alter the standard of buying and selling of services and indeed does not enhance the empowering process of the role of the public domain.

**Key words** Regulation and supervision in health, Contracts, Public fund, Public control

**Resumo** A pesquisa analisou, no período de 2001-2008, a composição público-privada na rede municipal de saúde e aspectos do processo de contratualização dos serviços. O método de investigação foi o estudo de caso com pesquisa documental e entrevistas. Os sujeitos entrevistados foram ex-secretários de saúde, diretores da regulação e gerentes distritais. As categorias de análise utilizadas foram fundo público, redes de atenção e controle público. Os resultados demonstraram que a contratualização se restringiu a unidades filantrópicas. Em relação aos demais estabelecimentos privados vinculados à rede pública constatou-se o não cumprimento de aspectos programáticos, tais como a regulamentação dos processos licitatórios necessários para a contratualização. As instâncias gestoras não atuaram na direção de fortalecer os serviços públicos estatais, tampouco na formação de redes de atenção. Os estabelecimentos contratualizados desenvolveram suas atividades sem os efetivos mecanismos de controle, externo e interno, imprescindíveis ao uso adequado dos recursos que são públicos. As autoras concluem que a contratualização não alterou, significativamente, o padrão de compra e venda de serviços, não se constituindo, de fato, em um processo fortalecedor do papel da esfera pública.

**Palavras-chave** Regulação e fiscalização em saúde, Contratos, Fundo público, Controle público

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego 1235, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. soveloso@oi.com.br

## Introdução

No ambiente mundial, desde os anos noventa, assiste-se à implantação de padrões empresariais na administração pública, principalmente em países como Reino Unido, EUA, Austrália e Nova Zelândia e, posteriormente, Canadá<sup>1,2</sup>. Desde então, a temática da contratualização originalmente aplicada ao setor privado, ressurgiu no serviço público para subsidiar os modelos de reestruturação das reformas de Estado.

É a partir da reforma dos sistemas de saúde europeus, na década de noventa que emerge a tendência de contratualização em saúde<sup>2</sup>. Para a autora, esse processo institui, em bases formais, a separação funcional entre o financiamento e a prestação direta de serviços, esta última mediada por contratos entre compradores e prestadores.

Nos sistemas de saúde da Inglaterra, Suécia, Itália, Espanha e Portugal observa-se uma tendência no Estado de separação das funções de financiamento e de prestação de serviços, o que poderá ocorrer entre entes públicos e entre estes e os do setor privado. Nas duas formas aparecem os mecanismos de contratualização entre as partes com o objetivo de melhorar a coordenação e o desempenho dos serviços e sistemas de saúde e aumentar a transparência na prestação de contas dos resultados encontrados<sup>3</sup>.

Escoval et al.<sup>4</sup> estudaram a contratualização em cuidados primários de saúde, enfocando sistemas de saúde de base Beveridgiana, (Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido); Bismarckiana (Alemanha, França e Holanda) e de livre escolha e competição (Estados Unidos). Os autores ressaltaram as significativas diferenças existentes em termos de modelos de planejamento, contratualização e financiamento de serviços de saúde, apontando para a tendência generalizada de introdução da contratualização na melhoria da efetividade dos cuidados primários em saúde, independente da tipologia dos modelos de sistemas de saúde.

No Brasil, foi a partir de 1995, no governo FHC e com o Plano Diretor de Reforma do Estado<sup>5,6</sup>, que se preconizou a chamada *modernização da gestão*, com a proposição de superar a administração burocrática e os traços de patrimonialismo existentes no setor público, pela introdução da chamada “administração gerencial”.

No campo da saúde, uma das estratégias dessa *modernização da gestão* tem sido a contratualização, enquanto uma das ferramentas do modelo pós-burocrático, o qual parte da premissa de que uma gestão orientada por resultados tem mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação

do usuário e de controle social, com incentivos vinculados à produtividade e à eficiência. Todas essas condições moldariam os aspectos necessários à responsabilização dos gestores públicos<sup>7</sup>.

No cerne das discussões sobre alternativas para a administração pública, os arranjos contratuais aparecem voltados à melhoria do desempenho e da prestação de contas dos prestadores de serviços de saúde. Estão estruturados em um plano de atividades com estimativa de recursos para sua execução; em mecanismos de acompanhamento e avaliação; em um sistema de incentivos que condiciona o repasse de recursos ao alcance de resultados pré-definidos e acordados<sup>8</sup>.

Nessa direção, tanto a Organização Mundial da Saúde<sup>9</sup> quanto o Ministério da Saúde<sup>10</sup>, argumentam que a contratualização é um instrumento que poderá contribuir para a reversão da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços e para uma mais adequada distribuição desses recursos ao contemplar prioridades assistenciais voltadas para os usuários. Para o Ministério da Saúde<sup>10</sup>, a contratualização se constitui em um instrumento de mediação das relações existentes tanto entre os setores público e privado, quanto das relações que envolvem apenas entes públicos.

Na primeira situação, o setor público ora aparece como contratante direto da prestação do serviço privado, ora como contratante das chamadas *Organizações Sociais (OS)*, as quais passam a ser responsáveis pela gestão dos serviços públicos. Para o entendimento do Ministério da Saúde, a contratualização é parte do conjunto das políticas que reforçam o caráter público dos estabelecimentos que integram a rede SUS, seja para assegurar incentivos diretos aos privados filantrópicos, conforme previsto na Portaria nº 1.721/2005<sup>11</sup>, seja para estimular a gestão de hospitais públicos pela rede privada lucrativa ou pelos filantrópicos, como prevê a Portaria nº 1.034/2010<sup>12</sup>.

Na segunda situação, pode envolver autoridades e prestadores pertencentes à mesma esfera governamental ou autoridades de uma esfera de governo e prestadores públicos de outra esfera. Nesses casos, será denominada “contratualização entre entes públicos”, conforme estabelece a Portaria 161/2010<sup>13</sup>. Um exemplo recente desse tipo de contratualização ocorreu entre o Ministério da Saúde, os municípios e as equipes da atenção básica, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ AB<sup>14</sup>. Em ambas as condições, a contratualização é assegurada mediante a realização de um contrato entre gestores e prestadores,

subsidiando o processo de regulação, controle e avaliação dos resultados na prestação de serviços.

Um estudo sobre o processo da contratualização em Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil<sup>8</sup> demonstra que, embora seja incipiente a associação entre contratualização e presença de mecanismos de inserção na rede e entre contratualização e estruturas de qualificação, houve nos hospitais estudados um aumento da produção de média complexidade ambulatorial e uma diminuição de procedimentos de atenção básica. Os autores destacam o papel da contratualização no desempenho dos serviços e argumentam que os resultados insatisfatórios são, em parte, determinados pelo repasse de recursos financeiros não condicionados ao desempenho contratado e pela insuficiente prestação de contas.

Na revisão da literatura há uma predominância de estudos teórico-conceituais sobre a contratualização de serviços enquanto instrumento de novos modelos de gestão em relação a estudos empíricos que investiguem processos em andamento. Nesta pesquisa, as autoras buscam identificar e problematizar aspectos facilitadores, ou não, dos resultados observados em um processo de contratualização de serviços municipais.

No que diz respeito à contratualização entre entes públicos e privados levanta-se a hipótese de que processos de contratualização em andamento ainda não estão imunes a velhas práticas presentes na administração pública brasileira, tais como o clientelismo e o fisiologismo. E, apesar dos mecanismos de controle social do SUS, persiste uma relação muito desigual entre Estado e sociedade, na base da qual a contratualização tende a ocorrer nos meandros dos anéis burocráticos do Estado, numa relação hegemonizada por forças sociais articuladas a interesses empresariais.

Com vistas à exploração desta hipótese a pesquisa foi norteada pelas seguintes categorias de análise: Fundo Público; Controle Público, externo e interno; Rede de Atenção à Saúde.

Quanto ao Fundo Público, pode-se dizer que ele expressa os recursos estatais para financiamento da acumulação do capital (na forma de títulos públicos e de vários tipos de incentivos e subsídios para elevar a taxa de lucros) e para o “financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo toda a população por meio dos gastos sociais”<sup>15</sup>, quer dizer, via políticas sociais, num processo permanente de disputa entre interesses conflitantes.

Vale salientar que mesmo no âmbito das políticas sociais – lugar relevante de alocação do fundo público – está presente um processo de acu-

mulação de capitais que se expressa no crescente incentivo a prestadores privados. Desse modo, o Fundo Público seria “...um *mix* que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada”<sup>15</sup>.

Outra categoria mediadora da análise do processo de contratualização em saúde é o conceito de controle público, interno e externo. O primeiro, referente ao controle realizado pela própria burocracia estatal, instituído no interior da arquitetura do Estado para realizar supervisão e aplicar sanções legais sobre o descumprimento dos acordos e o uso dos recursos. Pode ser feito pelo Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Tribunais de Conta<sup>16</sup>. Neste estudo, diz respeito às atividades de controle e avaliação ao encargo do próprio setor público sobre as unidades de saúde contratualizadas. O segundo refere-se ao controle social no âmbito de atuação dos conselhos de saúde, enquanto espaço onde a sociedade civil tem a possibilidade de “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde”<sup>17</sup>.

Por fim, destaca-se a questão do funcionamento dos serviços em rede, entendendo-se que é preciso um efetivo processo de negociação entre gestores para viabilizar a formação de redes de atenção à saúde, enquanto “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e coordenada pela atenção primária”<sup>18</sup>. Assim, pode-se dizer que o conceito de rede tanto está relacionado à forma de organização do sistema de saúde, quanto à relação entre os atores sociais<sup>19</sup>.

Com base nas questões acima explicitadas esta pesquisa teve como objetivos analisar, no período de 2001-2008, a composição público-privada na rede municipal de saúde, assim como o processo de contratualização dos serviços públicos estatais e dos serviços privados (estabelecimentos filantrópicos e demais privados contratados).

## Métodos

Trata-se de um estudo de caso no qual se integrou uma ampla variedade de evidências, tais como documentos e entrevistas, conforme sugerido por Yin<sup>20</sup>. As principais fontes de informação utilizadas foram: Relatórios da Secretaria de

Saúde da Cidade do Recife<sup>21,22</sup>; dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período de 2001-2008.

Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duração máxima de uma hora cada e com um roteiro que continha as seguintes questões: conteúdo da proposta de contratualização; condicionantes técnico-políticos do processo de contratualização; mecanismos de controle público. Foram selecionados oito (08) sujeitos para serem entrevistados, sendo três ex-secretários de saúde, identificados como Secretário A, B, C; três diretores da regulação da esfera central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), denominados como Diretores da Regulação A, B, C e dois gerentes distritais, chamados de Gerentes Distritais A, B.

As informações obtidas a partir dos documentos consultados (sistemas de informações e relatórios de gestão) serviram de base para o estudo da composição público-privada da rede municipal e para triangular os relatórios com os resultados das entrevistas na análise do processo de contratualização. A categoria Fundo Público foi discutida a partir dos dados secundários, e para a análise das categorias Controle Público e Rede de Atenção foi utilizado o material produzido pelas entrevistas.

As entrevistas e os documentos foram trabalhados mediante análise de conteúdo, de modelo temático, por meio da condensação de significados<sup>23</sup>. A análise compreendeu descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo o material coletado, articulando-se com o referencial teórico e os achados analíticos construídos na pesquisa. Cada entrevistado recebeu uma codificação com o intuito de garantir o anonimato.

Já os dados quantitativos coletados nos sistemas de informações de base nacional (SIA/SUS, SIH/SUS e CNES) foram trabalhados por meio da abordagem da estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas na produção de tabelas confeccionadas no software Microsoft Office Excel.

Neste estudo os serviços próprios do SUS são considerados estatais, enquanto os serviços privados compreendem os estabelecimentos filantrópicos e mais aqueles privados contratados pelo SUS (a rede complementar), sendo todos eles considerados como de natureza pública.

A análise de todo o material obtido foi mediada pelos conceitos de fundo público, de con-

trole público e de rede de atenção. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ – Recife, PE.

## Resultados e Discussão

### A composição público-privada na rede assistencial do Recife

O que se denomina “rede assistencial da cidade do Recife” tem como atribuição realizar ações e serviços específicos da atenção básica e da média complexidade. Isto porque persiste concentrada na gestão estadual a prestação da assistência de alta complexidade. Em 2008, setenta por cento (70%) da média e cem por cento (100%) da alta complexidade se encontravam sob gestão estadual<sup>24</sup>, portanto a contratualização objeto desta pesquisa refere-se aos serviços de média complexidade sob gestão municipal.

Na análise da rede assistencial, público e privada, sob gestão da cidade do Recife, observa-se que a rede pública estatal apresenta a maior produção ambulatorial e valores financeiros aprovados (Tabela 1) devido, sobretudo, à ampliação da cobertura das equipes de saúde da família que variou de um patamar de 19,7% de cobertura em 2001 para 52,8% em 2008<sup>25</sup>.

Contudo, é relevante destacar que, ao se especificar procedimentos de apoio diagnóstico, no SIA-SUS<sup>26</sup>, nos anos de 2006, 2007, 2008, observa-se que, embora a rede pública estatal concentre em torno de 59% do total de procedimentos produzidos a cada ano, a rede complementar captura o maior percentual dos recursos pagos (em milhões de reais). Ela realizou os procedimentos de custos mais elevados, nos anos de 2006, 2007 e 2008, concentrando um percentual de recursos pagos em torno de 81,4 %; 81,6% e 81%, respectivamente.

Esses dados corroboram aqueles provenientes da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária/AMS<sup>27</sup> que aponta para todo o país a enorme dependência do setor público em relação ao privado quanto à prestação dos SADT (90,2% dos estabelecimentos). Assim, constatou-se que, para uma maior quantidade de procedimentos realizados pelos serviços públicos estatais, correspondeu um pagamento de valor mais baixo, porquanto os procedimentos estiveram concentrados naqueles denominados de menor complexidade e de mais baixo custo.

No âmbito hospitalar na cidade do Recife a rede complementar realizou a maior parte da

produção hospitalar e captou os mais altos valores aprovados (Tabela 2). Esses dados seguem a tendência nacional já apontada por outros estudos<sup>28-30</sup>.

Os achados da Tabela 2 indicam que, embora se observe um crescimento da rede pública estatal na cidade do Recife – que em 2001 era responsável por apenas 19,07% das internações e em 2008 passa a 33,99%, aumento esse que se dá, maiormente, à custa de leitos obstétricos e pediátricos –, a rede complementar (estabelecimentos filantrópicos e privados contratados) recebeu 76,55% do total de recursos aprovados das internações na rede SUS. No período analisado, esse percentual de recursos apresentou a seguinte variação: oscilou de 41,42% para 26,17%, o número de internações no privado lucrativo SUS, e de 59,78% para 42,74% os recursos aprovados. Em relação ao número de internações em estabelecimentos filantrópicos não houve praticamente alteração (39,52% para 39,84%), observando-se, porém, um aumento de 29,38% para 33,81% nos valores aprovados (Tabela 2). Cabe ainda salientar que, pelo fato de os serviços filantrópicos serem contratualizados (com valores pré e pós-pagos), é possível que haja alguma diferença entre os valores inicialmente aprovados e os efetivamente pagos.

No tocante à distribuição de leitos hospitalares, em 2008 a gestão municipal foi responsável por 1.821 leitos; desses, 85% encontravam-se na rede complementar ao SUS-Recife, sendo 1.049 psiquiátricos (equivaliam a 58% do total de leitos municipais) e 437 os clínicos e cirúrgicos. Os dados expressos na Tabela 3 demonstram, de um lado, a persistência da assistência mental por hospitais predominantemente privados – malgrado as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental – e atestam o destacado papel da rede filantrópica no domínio dos leitos clínicos e cirúrgicos. Chama a atenção que tanto a assistência obstétrica quanto a pediátrica estejam sob a responsabilidade exclusiva da rede pública estatal.

A situação acima apontada caracteriza-se como uma tendência nacional com rebatimento para o plano dos municípios e que se consolidou após a implantação do SUS. Em âmbito nacional, houve crescimento do prestador público estatal e do filantrópico, com retração do privado lucrativo. Em 1987, este era responsável por 80% das internações no país; em 2007, o percentual passou a 57%<sup>28</sup>. Em seu estudo, Farias et al.<sup>31</sup>, analisam que nos últimos anos há uma recomposição do setor privado no SUS, com ampliação do sub-componente filantrópico. Em 2006, por exemplo, do total de 11.338.039 internações ocorridas, o

**Tabela 1.** Comparativo entre total de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados, segundo a natureza do prestador. Recife, 2001 e 2008.

Natureza	Número de procedimentos ambulatoriais				Valores pagos (milhões de reais)			
	2001 Qtd.	%	2008 Qtd.	%	2001 Qtd.	%	2008 Qtd.	%
Rede própria municipal	11.259.607	89,8	8.533.179	76,9	12.669.481,55	61,9	27.194.808,83	58,3
Privado/SUS/Recife	833.030	6,6	1.393.660	12,6	5.517.502,19	26,9	11.255.310,66	24,1
Filantrópico /SUS/Recife	445.097	3,6	1.166.497	10,5	2.290.588,13	11,2	8.219.308,19	17,6
Total	12.537.734	100	11.093.336	100	20.477.571,87	100	46.669.427,68	100

Fonte: SIA-SUS/MS.

**Tabela 2.** Comparativo entre total de internações hospitalares e valores aprovados segundo a natureza do prestador. Recife, 2001 e 2008.

Natureza	Número de internações hospitalares				Valores pagos (milhões de reais)			
	2001 Qtd.	%	2008 Qtd.	%	2001 Qtd.	%	2008 Qtd.	%
Rede própria municipal	11.930	19,07	17.815	33,99	2.883.130,58	10,84	7.371.667,52	23,45
Privado/SUS/Recife	25.912	41,42	13.719	26,17	15.902.755,64	59,78	13.434.662,55	42,74
Filantrópico /SUS/Recife	24.724	39,52	20.879	39,84	7.817.189,73	29,38	10.625.947,37	33,81
Total	62.566	100	52.413	100	26.603.075,95	100	31.432.277,44	100

Fonte: SIH-SUS/MS.



**Tabela 3.** Distribuição percentual dos leitos sob gestão municipal por especialidade médica e segundo tipo de prestador. Recife, 2008.

Especialidade	Leitos							
	Público	%	Filant	%	Privado	%	Total	%
Cirúrgicos	10	3,8	232	87,9	22	8,3	264	100,00
Clínicos	22	10,7	180	87,8	3	1,5	205	100,00
Obstétricos	112	100,0	0	0	0	-	112	100,00
Pediátricos	131	70,8	54	29,2	0	0	185	100,00
Psiquiátricos	6	0,6	0	0	1049	99,4	1055	100,00
Total	281		466		1074		1821	

Fonte: CNES/MS.

privado filantrópico foi responsável pela realização de 56,6%, capturando um montante de R\$ 6.998.043.548,10, ou seja, algo em torno de 60,4% dos gastos do SUS com internações. Além disso, os autores ressaltam que essas unidades vêm sendo duplamente favorecidas, seja pelo aumento do valor médio das internações ou pela ampliação dos benefícios fiscais a que fazem jus.

Para Bahia<sup>28,32</sup>, tem-se um leque de políticas públicas de suporte ao privado. Um exemplo ressaltado pela autora é a iniciativa do Ministério da Saúde de retirar condicionalidades à concessão do certificado de filantropia de alguns hospitais de ponta, desobrigando-os do cumprimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS, ao mesmo tempo em que se mantêm seus benefícios fiscais.

De forma geral, sabe-se que o setor complementar vem controlando a produção de procedimentos de alto custo no SUS. De acordo com dados referidos por Bahia<sup>28</sup>, nacionalmente, em 2007, este setor absorveu 94,49% dos procedimentos de hemodiálise, 85,99% de radioterapia, 76,45% de medicina nuclear e 72,34% de quimioterapia.

Na cidade do Recife, o setor privado, filantrópico e lucrativo, desempenha um papel imprescindível na rede assistencial sob gestão do município. Os dados apontam para o predomínio do público estatal na atenção ambulatorial básica e do público privado na atenção hospitalar. Neste último está concentrado o maior volume de repasses financeiros.

#### Aspectos do processo de contratualização dos serviços de saúde sob gestão municipal

No projeto de Regulação do Sistema de Saúde do município do Recife, a contratualização é definida como possibilidade de garantia de acesso

com qualidade, maior controle sobre os gastos, melhor avaliação da prestação da assistência e regulação dos serviços<sup>21</sup>. Para os secretários de saúde entrevistados a contratualização configura-se como ferramenta tanto para garantir a condução da gestão pública sobre os interesses privados, quanto para aumentar a capacidade de organização da rede própria. Como expresso nos relatos a seguir, havia um entendimento por parte daqueles gestores de que a contratualização poderia contribuir para a ruptura da visão do público como mera extensão do privado:

*A gente tentou fazer várias vezes, mas agora, em 2009, estamos buscando identificar os perfis de cada unidade pública estatal, descobrir qual a função real daquela unidade, o que ela tem pra oferecer para a rede, que investimentos são necessários para melhorar a atenção prestada. E aí definir de fato, com base numa análise da capacidade da rede pública, o que comprar da rede complementar e a quem comprar para atendimento às necessidades assistenciais (Secretário Municipal C).*

*[...] Mas, estamos buscando inverter essa lógica, não é quem vai oferecer o serviço que vai determinar o que se quer. [...] pensamos em instrumentos reguladores para que a gente possa modificar essa situação, pra mim isso é função de volta. É desprivatizar o Estado (Secretário Municipal A).*

No entanto, ao dialogar com os diretores aos quais compete operar diretamente a política de regulação, os relatos são indicativos de, como no Recife, a política de saúde no período estudado, na relação institucional com o setor complementar, continuou preservando resquícios dos modos de contratação de serviços conduzidos pelo antigo INAMPS. E como ressaltado por alguns dos entrevistados, a manutenção do modelo de organização existente, de concentração de leitos em algumas especialidades, não tem sido determina-

da pelas necessidades assistenciais dos usuários. Há indicativos de que a SMS não teria reunido as condições políticas e técnicas necessárias para provocar mudanças na produção de serviços.

*Tudo que a gente tem de prestador da estrutura privada, foi herdada do nível estadual. Então, a gente conservou o padrão da prestação de serviços que o nível estadual tinha. [...] Os serviços complementares são antigos, têm uma determinada infraestrutura e que para se adequar ao que a gente quer, realmente leva tempo. Não mexemos nessa estrutura. [...] Com os privados [os contratados] a gente não tem processo de compra formal com contratos. Contratualizamos com os privados filantrópicos (Diretor da Regulação B).*

*[...] O que eu sinto muito ainda é que a gente é refém dos serviços, apesar da gente, às vezes, indicar uma necessidade maior em uma área [especialidade], que a rede básica vem indicando, se o serviço não tem para oferecer, você termina ficando de mãos amarradas, são prestadores antigos... (Diretor da Regulação A).*

Porém, mesmo nessa condição restrita de contratualização, afirmava-se a potencialidade de mudança que esse processo poderia trazer:

*Com a contratualização a pressão da gente é maior. A gente dá o incentivo e por ele a gente já tem a própria possibilidade de negociar melhor. Porque está na mão da gestão dizer o que quer e até pra construir melhor mesmo a avaliação (Diretor da Regulação C).*

Ademais, o processo de contratualização desenvolvido pela SMS concentrou-se em unidades isoladas e numa tendência distinta da que vem sendo proposta pela literatura, distanciou-se da perspectiva de redes de atenção estruturadas a partir da atenção básica da qual fala Mendes<sup>18</sup>. Por essa razão, não deverá melhorar o desempenho do sistema de saúde, contrariando um dos pressupostos da própria contratualização. Poderá, inclusive, ampliar a desorganização do sistema e aumentar ainda mais a fragmentação e o isolamento entre os prestadores<sup>33-35</sup>.

Assim, é visível que enquanto os secretários enunciam uma determinada intencionalidade para a contratualização – desprivatizar o Estado – aparece implícita na fala dos gestores da regulação a percepção de que se mantêm reféns de um sistema ainda moldado nos privilégios acumulados pelo setor privado, como se lhes faltasse poder político para assegurar as condições de implementação de uma oferta condizente com as necessidades assistenciais.

O fato é que a intenção mencionada pela SMS de contratualizar toda a rede de serviços sob ges-

tão municipal, na verdade não se concretizou. Até fins de 2008, o processo de contratualização incluiu apenas quatro hospitais filantrópicos, que correspondem a 10% do total de unidades privadas sob gestão municipal. É importante ressaltar não ter sido incluído nesse processo nenhum dos 35 estabelecimentos privados, os quais permaneceram regidos pelos denominados “acordos tácitos”, ou seja, aqueles estabelecidos entre “parceiros”, porém, desprovidos de qualquer amparo legal-formal. Além do que deve ser ressaltado que nenhuma unidade própria do sistema municipal foi contratualizada.

Desse modo, o processo de contratualização na cidade do Recife se restringiu aos limites do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde de Saúde (SUS), Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005<sup>11</sup>, conforme expressa o relato a seguir:

*A prioridade da compra na rede complementar são os filantrópicos e todo o movimento nacional foi voltado para os filantrópicos. Então os filantrópicos são objeto de contratualização para nós. Contratualizamos com os que já mantinham relação conosco, conforme orienta a política nacional. [...] eles têm um incentivo de adesão pela contratualização/IAC (Diretor da Regulação C).*

De acordo com Farias et al.<sup>31</sup> e Labra<sup>36</sup>, o desafio está em submeter os interesses do setor privado à regulação pública. É exatamente essa dimensão política que envolve a regulação pública, que tem demandado dos gestores a articulação entre projeto, capacidade de governo e governabilidade com vistas a direcionar o uso do “fundo público” para recursos assistenciais voltados às necessidades dos usuários. Embora, nesse processo, seja imprescindível avaliar a autonomia do regulador perante os grupos de interesses e o contexto institucional<sup>37</sup>.

A essa altura, interessaria explicitar os motivos para os rumos tomados pelo processo de contratualização na SMS, ao privilegiar os serviços filantrópicos, em detrimento dos serviços públicos estatais e dos privados lucrativos. Em primeiro lugar, a especificidade do repasse ministerial ao município destinado aos filantrópicos desde a Portaria 1.721<sup>11</sup>; na sequência, destaca-se a histórica resistência dos prestadores privados para se submeterem aos processos licitatórios, resistência essa consentida pelo poder público tendo em vista o patrimonialismo ainda presente nessas relações; e, por último, o objetivo de contratualizar com a rede pública estatal teria sido um propósito apenas restrito à Diretoria de



Regulação, propósito esse que não teria se configurado enquanto compromisso mais geral do governo municipal.

Para evidenciar as duas últimas razões atente-se para o conteúdo das falas dos gerentes distritais e de um diretor da Regulação:

[...] *Temos problemas com o processo de licitação, já houveram duas tentativas, mas não conseguimos. A primeira foi no início de 2001, foi com os serviços de patologia e não avançou, não tivemos êxito. Agora, em 2008, a gente tentou oftalmologia e também empacou* (Gerente Distrital B).

[...] *Tem prestador que nos presta serviço há vinte anos. Você vai abrir um processo licitatório... [...] Não conseguimos concluir, primeiro foram alguns processos jurídicos, a gente pediu parecer jurídico, pediu ao Ministério da Saúde... e aí a gente não conseguiu cumprir no prazo que a gente estabeleceu* (Diretor da Regulação B).

*A rede própria ainda não é contratualizada, a gente não tem nenhum processo de estimular os serviços próprios com alguma contrapartida. A não ser a velha produtividade. Na rede própria precisa de uma decisão da gestão maior. [...] A negociação com a rede própria mexe diretamente com o fazer profissional e isso demanda envolvimento de toda gestão, decisão de governo como um todo* (Gerente Distrital A).

Outro aspecto do estudo foi o controle público, considerando que a abordagem da contratualização na administração pública se sustenta no argumento de que o aumento da responsabilização será mais bem sucedido, caso funcionem adequadamente os mecanismos institucionais de controle<sup>1,7,38</sup>. Nesse sentido, esses são vistos como essenciais tanto para os entes contratantes, quanto para as unidades contratualizadas, tendo em vista o acompanhamento do alcance das metas físicas e de qualidade, incluindo também atividades de avaliação dos serviços com o usuário.

Embora tenham sido implantados novos mecanismos de controle interno, como auditoria e ouvidoria<sup>22</sup>, as entrevistas demonstram que as atividades de controle e avaliação sobre as unidades contratualizadas não avançaram para além das metas físicas, portanto, do controle que se reduz ao contábil. No Recife, as metas de qualidade expressas no plano operativo anual de cada unidade contratualizada, tornaram-se, nesse contexto, instrumentos burocráticos que não subsidiaram a decisão sobre a liberação ou não dos recursos, por referência ao cumprimento da

prestação dos serviços, conforme destacam os gestores entrevistados:

[...] *Nas unidades contratualizadas o acompanhamento que o Ministério faz é só do percentual de alcance das metas físicas. E nós também ficamos no controle sobre o que é produzido, nas faturas. Controle de metas físicas, mas realmente avaliar metas de qualidade, elas não são avaliadas* (Diretor da Regulação B).

[...] *A gente não colocou metas muito difíceis não, porque estava iniciando, mas mesmo assim não tivemos pernas para acompanhar as metas. Desta forma, eles recebem integral* (Diretor da Regulação A). [grifo das autoras]

Este fato, de os estabelecimentos contratados receberem pelo valor global acordado nos contratos, configura-se como mais um mecanismo de espoliação de recursos públicos, procedimento cuja natureza não é estranha à administração pública. Além disso, no caso do Recife, a influência política das organizações de interesse do empresariado médico se traduz na permanência de outras práticas clientelistas, que repercutem nas atividades regulatórias de controle e avaliação, como segue:

[...] *A gente com a contratualização pode virar o jogo. Agora, pela nossa cultura política é um exercício grande. [...] Se o prestador chegar para o gestor maior, não digo nem o secretário, mas para o prefeito e disser: “olhe, a regulação cortou 3 mil reais meus e eu quero esse dinheiro de volta!”... sabe? Tem dessas questões...* (Diretor da Regulação C).

Quanto à atuação de mecanismos externos de controle, como as instâncias de controle social, os achados sinalizam para o não acompanhamento das unidades contratualizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Assim, as atividades de controle se restringiram ao âmbito dos “anéis burocráticos”<sup>39</sup>, sem a participação da sociedade civil organizada:

[...] *A gente faz o controle das unidades com os técnicos da gerência de controle, num primeiro momento e depois discutimos na diretoria de regulação. Mas, se a comissão estivesse atuante era para ser apresentada a situação de cada unidade e aí a comissão definiria o que seria o teto a ser pago, integral ou com cortes. A comissão de acompanhamento, com a participação do Conselho de Saúde, não tem funcionado* (Diretor da Regulação A).

De um modo geral, a temática da regulação tem sido discutida internamente às Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. Não por outra razão, Stotz<sup>40</sup> avalia que ela vem se desenvolvendo à margem das instâncias de controle social.

## Considerações Finais

O estudo acumulou evidências de que o sistema municipal de saúde no Recife, entre 2001-2008, seguiu a tendência nacional (e histórica) de privatização do SUS. Isso porque, a maior parte da compra de serviços no período atendeu, principalmente, aos interesses de prestadores privados. Por essa razão, faz todo sentido afirmar que a disputa pelo uso dos fundos públicos continua beneficiando a acumulação de capitais privados, mesmo num cenário em que o paradigma gerencial no interior da administração pública, via mecanismos regulatórios, já havia adquirido status privilegiado.

Além disso, os estabelecimentos privados contratualizados desenvolveram suas atividades sem os efetivos mecanismos mútuos de controle (internos e externos), imprescindíveis ao uso adequado dos recursos que são públicos. De resto, não foram cumpridos aspectos programáticos importantes, tais como a regulamentação dos processos

licitatórios, para cumprir os requerimentos necessários ao processo de contratualização. Apesar dos avanços do controle social no SUS (controle externo), a contratualização ocorreu nos meandros dos anéis burocráticos do Estado.

Ademais, as instâncias gestoras ao contratualizarem unidades isoladas da rede filantrópica e não materializarem medidas de contra tendência ao baixo investimento no desempenho da rede pública estatal, acabaram se distanciando da perspectiva programática de formação de redes de atenção estruturadas a partir da atenção básica.

Esse conjunto de evidências possibilita reafirmar que o processo de contratualização esteve permeado por práticas clientelistas e fisiológicas, as quais ainda se fazem presentes na administração pública brasileira. Localmente, mesmo que a intenção mencionada de alguns gestores fosse utilizar a contratualização enquanto instrumento para “a desprivatização do Estado”, de fato, esse processo não conseguiu se opor aos interesses particulares, deixando em aberto o cumprimento da função da esfera pública.

## Colaboradores

MSV Albuquerque e HMM Morais participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo; LP Lima participou da concepção e delineamento do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos à Gabriella Morais Duarte Miranda pelas contribuições no levantamento das informações dos bancos de dados SIA e SIH-SUS.

## Referências

1. Martins HF. Cultura de resultados e avaliação institucional: avaliando experiências contratuais na administração pública federal. *Rev. Elet sobre a Reforma do Estado*. [periódico na internet]. 2007, 8 jan/fev. [acessado 2012 ago 10]. Disponível em: <http://direitodoestado.com/revista/RERE-8.pdf>.
2. Escoval AMS. *Evolução da administração pública de saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português* [tese]. Lisboa: ISCTE; 2003.
3. Ferreira AS, Escoval A, Lourenço A, Matos T, Ribeiro R. A contratualização de cuidados de saúde. In: Simões J, organizador. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina SA; 2010. p. 40.
4. Escoval A, Ribeiro RS, Matos TT. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Rev Port Saúde Pública* 2010; (v. temático 9):41-57.
5. Brasil. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. *Diário Oficial da União* 1995; 20 nov.
6. Pereira BLC. Da administração Pública burocrática à gerencial. In: Pereira LCB, Spink P, organizadores. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2006. p. 237-270.

7. Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(3):230-236.
8. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9): 2507-2521.
9. World Health Organization (WHO). Strengthening health systems in developing countries. The role of contractual arrangements in improving health systems performance. *Fifty-Sixth World Health Assembly of World Health Organization*. Geneva: WHO; 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Departamento nacional de auditoria do SUS. *Curso básico de regulação, controle e auditoria do SUS*. Brasília: MS; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.721/GM de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 22 set.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 1.034/2010, de 18 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2010; 19 maio.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 161, de 21 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. *Diário Oficial da União* 2010; 22 jan.
14. Brasil. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União* 2011; 20 jul.
15. Oliveira F. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes; 1998.
16. Fonseca F, Sanchez O. Controle da corrupção e reforma do Estado (o Governo Covas, 1995-2000). *Lua Nova* 2001; 52:93-119.
17. Brasil. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 1990; 29 dez.
18. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
19. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):331-336.
20. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e método*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
21. Recife: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. Diretoria Geral de Regulação do Sistema. *Relatório de Gestão 2006*. Recife: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife; 2006.
22. Recife. Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. *Relatório de Gestão 2007*. Recife: Secretaria de Saúde da Cidade do Recife; 2008.
23. Kvale S. Interviews, An: *Introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications; 1996.
24. Albuquerque MSV. *A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde* [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [página internet]. [acesso 2010 Jan 20]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de informações ambulatoriais. [página internet]. [acessado 2010 jul 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qgPE.def>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatística da Saúde, Assistência Médio-Sanitária, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
28. Bahia L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Matta GC, Lima JC. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 123-185.
29. Campos GWS. o público e o privado na Saúde. *Le Monde Diplomatique* 2008; 28-29.
30. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1431-1440.
31. Farias SF, Gurgel Junior GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):1043-1053.
32. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):753-762.
33. Lima ML. *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde Brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
34. Perrot J. *The Role of Contracting in Improving Health Systems Performance*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004. Discussion Paper, number 1.
35. Mendes EV. *Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
36. Labra ME. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesses do empresariado médico. *Physis* 1993; 3(2):193-225.
37. Fiani R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? *Econ e Sociedade* 2004; 2(23):81-105.
38. Abrúcio F. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: Pereira LCB, Spink P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2006. p. 173-200.
39. Cardoso FH. *O modelo político brasileiro e outros ensaios*. 2ª ed. São Paulo: Difusão Européia; 1973.
40. Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em debate* 2006; 30(73/74):141-144.

Artigo apresentado em 15/08/2014

Aprovado em 16/10/2014

Versão final apresentada em 18/10/2014