



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

de Matos, Carlos Alberto; Pompeu, João Cláudio
Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços
de saúde e o SUS
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 629-643
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996023>

- 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

Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS

Where are the contracts?
Analysis of the relation between private
health services suppliers and the SUS

Carlos Alberto de Matos¹

João Cláudio Pompeu¹

Abstract *The article deals with the contractual situation of the Private Assistance Net linked up with the Unified Brazilian Health System (SUS). It describes this net based on data from Hospital Information System and from Ambulatory Information System. It shows the growth of the number of municipal public hospitals and the strong participation of university hospitals. In relation to the Ambulatory Net, the article demonstrates that it is mainly public. It analyses the contractual situation, based on data from the National Register of Health Establishments, database recently introduced by the Health Department which aims to aggregate all available information about public and private services. It points to the problems present in the process of hiring private health service suppliers. This work concludes that contracts may represent a larger accountability of managers and health service suppliers, besides the fact they make possible a stronger guarantee of users' rights and better quality of health services.*

Key words *Unified Brazilian Health System, Private health services, Assistance net, National Register of Health Establishments, Contracts, Accountability, Users' right*

Resumo *O artigo trata da situação contratual da rede assistencial privada vinculada ao Sistema Único de Saúde. Descreve essa rede e mostra o aumento do número de hospitais públicos municipais, a forte participação dos hospitais universitários. Evidencia que a rede ambulatorial é predominantemente pública. Analisa a situação contratual, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, banco de dados recentemente implantado pelo Ministério da Saúde, visando agregar num único sistema todas as informações disponíveis sobre prestadores de serviços públicos e privados vinculados ao SUS. Aponta os problemas e indefinições no processo de contratação de prestadores privados de serviço de saúde. Conclui que os contratos podem representar uma maior responsabilização dos gestores e prestadores, além de possibilitar maior garantia dos direitos dos usuários e induzir à melhoria da qualidade dos serviços.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Serviços privados de saúde, Rede assistencial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Contratos, Responsabilização, Direitos dos usuários*

¹ Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 440, 70058-900, Brasília DF. carlos.matos@saude.gov.br

Introdução

A Constituição Federal de 1988 permite a atuação da iniciativa privada nacional na área da saúde. Permite também a participação complementar dessa iniciativa privada, lucrativa ou não, no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, a participação complementar significa a compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público de saúde. Já à época da Constituinte se sabia que de complementar essa participação nada teria em áreas como a hospitalar. Nesse campo – assistência hospitalar –, a iniciativa privada é hegemônica com grande destaque para o setor das entidades privadas sem fins lucrativos. Não deve ser desconsiderado que esse parque hospitalar privado do Brasil, assim como o de outros países, foi constituído basicamente mediante o financiamento estatal (Almeida, 2002).

A instituição do SUS, sob outro aspecto, fez surgir também o maior de todos os compradores de serviços de saúde, sendo que em muitas regiões do país aparece como o único, numa clara situação de monopólio. Assim, o Estado que antes fizera o investimento para criar um parque hospitalar privado, agora, por meio do SUS, aparece como a garantia de custeio de boa parte dos serviços privados de saúde.

A relação de compra e venda de serviços de saúde estabelecida entre o SUS e os prestadores privados deve ser mediada por contratos, como determina a Constituição. Os princípios, as formas e os instrumentos para mediar as relações entre o poder público e os fornecedores de bens e serviços privados estão tipificados na lei n. 8.666. Não obstante a omissão da lei que, em seu artigo 13, não prevê os serviços de saúde entre os descritos, ela deve ser observada por tratar-se do marco normativo para o estabelecimento de contratos, convênios e similares entre o Estado e a iniciativa privada. Muito embora se possa afirmar que nem o SUS hoje funcionaria sem os prestadores de serviços privados nem estes sem aquele, a relação que aí se estabelece, eivada pela precariedade e ausência de vínculos contratuais, traz alguns impasses e desafios a serem vencidos.

Este artigo visa debater um pouco esses impasses e desafios, pois dizem respeito a um ponto crítico para a estruturação do SUS que deverá ser enfrentado e superado na medida em que representa um entrave no momento

atual de implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Há que se considerar, inclusive, as discussões e as medidas que vêm sendo tomadas em nome da regulação, que apareceu com força no Brasil em meio às reformas inconclusas do aparelho de Estado brasileiro (Ver *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*, 1995).

Tenta-se demonstrar que no SUS boa parte das relações com os serviços privados de saúde ainda está longe de caminhar no sentido gerencial, pós-patrimonialista e pós-burocrático. Nesse sentido, este artigo busca discutir a necessidade de implementação de contratos e regras claras para a transferência de recursos públicos à iniciativa privada, antes mesmo de tentar aprofundar a discussão sobre os potenciais usos gerenciais e regulatórios dos contratos.

Ao se analisar a relação contratual entre gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e prestadores privados de saúde, tomam-se por base as informações constantes em três bancos de dados disponíveis no Ministério da Saúde: o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ainda em formação. Importa ressaltar que se, por um lado, esses bancos apresentam algumas inconsistências que só serão corrigidas com o tempo, por outro, representam a melhor fonte disponível e, para o intento deste artigo, afiguram-se suficientes.

A primeira seção do artigo apresenta, em termos numéricos e de distribuição por regiões, a rede hospitalar e ambulatorial ligada ao SUS, com base no SIH e SIA. A segunda seção mostra com base nos dados do CNES a situação contratual dos estabelecimentos, do ponto de vista da existência ou não dos contratos.

A terceira seção aponta problemas e indefinições presentes no processo de contratação de prestadores privados de serviço de saúde e levanta algumas questões em aberto no debate do tema. Por fim, conclui-se que os contratos podem contribuir para uma maior responsabilização dos gestores e prestadores, além de possibilitar maior garantia dos direitos dos usuários.

Algumas características das redes assistenciais vinculadas ao SUS

Rede hospitalar

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/SUS) há no Brasil, atualmente, 5.739 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sendo 2.111 públicos, 3.481 privados e 147 universitários. O SIH não permite a classificação dos hospitais universitários em públicos ou privados. Diferentemente, o Sistema de Informações Ambulatoriais permite classificar a rede universitária em pública e privada.

Analisando os dados do SIH percebe-se que, do total de hospitais privados, 1.818 têm fins lucrativos e 1.661 são filantrópicos. Em termos geográficos a rede hospitalar está distribuída da seguinte maneira:

- Norte: 7,52%
- Nordeste: 34,51%
- Sudeste: 28,63%
- Sul: 18,16%
- Centro-Oeste: 11,17%
- A região Nordeste concentra o maior número de hospitais no Brasil (1.981, ou 34,51% do total de hospitais), mas é a região Sudeste que concentra o maior número de hospitais privados (1.187 ou 34,09% dos hospitais privados correspondendo a 20,68% do total de hospitais do Brasil). Proporcionalmente a região Sul concentra o maior número de hospitais privados do Brasil (80,51% do total de hospitais dessa região são privados, não computados os universitários). A região Norte, proporcionalmente concentra o maior número de hospitais públicos do país (64,35% dos hospitais da região são públicos). A tabela 1 mostra a distribuição da rede hospitalar brasileira por regiões segundo o tipo de prestador (público, privado e universitário).

Em relação aos leitos hospitalares, obser-

va-se que existem, disponíveis para o SUS, 440.313 leitos, sendo 121.096 (27,50%) leitos de hospitais públicos, 278.228 (63,19%) leitos vinculados a hospitais privados e 40.989 (9,30%) vinculados a hospitais universitários.

Observa-se, no entanto, que a participação da rede hospitalar pública e universitária vem crescendo enquanto diminui a participação privada, apesar de esta ser ainda muito significativa (Figura 1). Em abril de 1992 havia 1.675 hospitais públicos no Brasil. Em 2002, esse número passou para 2.111. Em relação aos hospitais universitários, eles passaram de 94, em 1992, para 147, em 2002. Os hospitais privados credenciados ao SUS tiveram um decréscimo em sua participação de 4.179, em 1992, para 3.481 em 2002. Sobre isso, vale uma observação: em abril de 2002 o Datasus resolveu descredenciar todos os hospitais privados que não faturavam nenhuma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) havia seis meses. Disso resultou que o número de hospitais privados vinculados ao SUS passou de 4.001, em abril de 2002 para 3.466 em maio.

O significativo aumento da participação pública na rede hospitalar brasileira é decorrência do aumento da participação municipal. Em 1992 a composição da rede hospitalar pública, segundo a natureza do gestor era a seguinte: havia 173 hospitais federais, 728 hospitais estaduais e 744 hospitais municipais perfazendo um total de 1.675. Em 2002, o número de hospitais federais caiu para 20, de estaduais caiu para 563, e de municipais subiu para 2.111. Esses números evidenciam de forma contundente a descentralização ocorrida no período.

Analisando a rede hospitalar segundo a ótica do faturamento, observa-se alguns aspectos interessantes. O valor total das AIHs pagas pelo SUS revela que os hospitais priva-

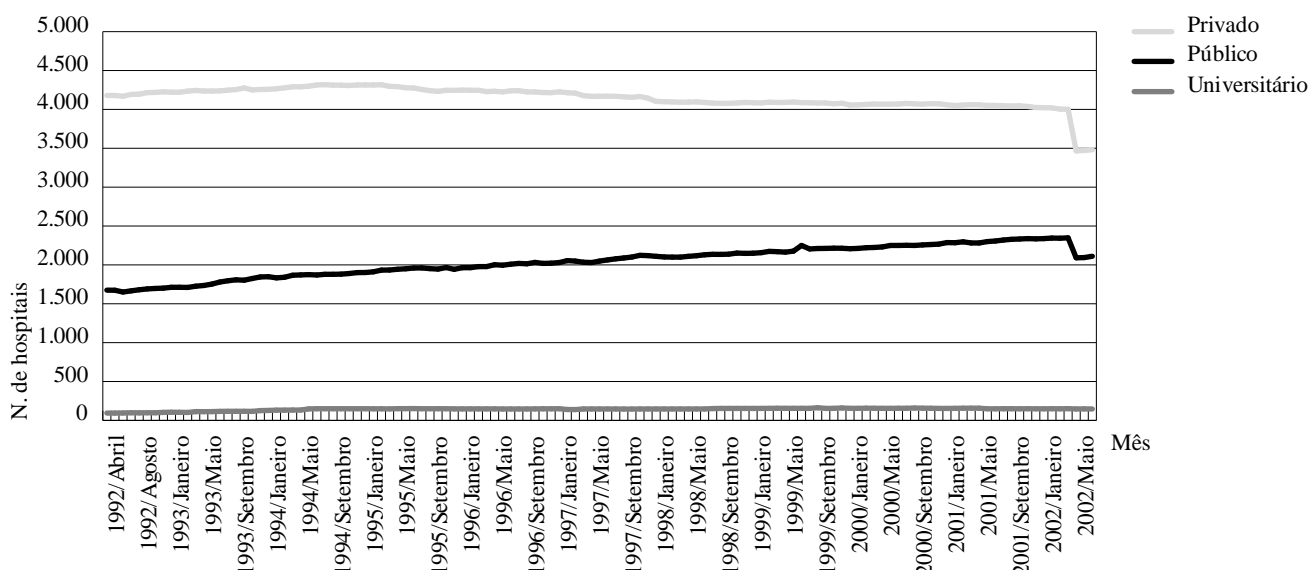
Tabela 1

Rede hospitalar do SUS no Brasil. Hospitais por regime segundo região – julho/2002

Região	Público	Privado	Universitário	Total
Total	2.111	3.481	147	5.739
Norte	278	150	4	432
Nordeste	1.032	910	39	1.981
Sudeste	400	1.187	56	1.643
Sul	165	839	38	1.042
Centro-Oeste	236	395	10	641

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Figura 1
Hospitais no Brasil 1992-2002



dos faturam, atualmente, em valores totais, o dobro de AIHs do que os hospitais públicos (Tabela 2). O valor médio das AIHs pagas é maior para os hospitais privados do que para os públicos (Tabela 3). Esse valor corresponde a 76,60% do que é pago aos privados e a 47,58% do que se paga aos hospitais universitários. Isso talvez resulte do fato de que os hospitais privados tendem a oferecer os procedimentos mais caros.

As tabelas 4 e 5 permitem vislumbrar o faturamento da rede hospitalar segundo o tipo de prestador (público, privado e universitário) ao longo dos últimos 20 anos. Analisando essas tabelas salta aos olhos a evolução da rede hospitalar universitária vinculada ao SUS. Apesar de essa rede, em termos de número de hospitais, compreender menos de 10% da rede pública, ela fatura mais de um terço do número de AIHs dessa rede (a rede pública faturou, em 2001, 3.513.594 AIHs, contra 1.462.416 da rede universitária) e faturou quase a mesma quantia, em termos de recursos financeiros (os hospitais públicos faturaram quase 1 bilhão e 200 milhões de reais, em 2001, contra 1 bilhão e 50 milhões de reais da rede universitária).

Rede Ambulatorial

Ao contrário da Rede Hospitalar, a Rede Ambulatorial do Brasil é predominantemente pública. Das 61.197 unidades ambulatoriais vinculadas ao SUS, 48.804 (79,74%) são públicas. O SIA apresenta informações sobre cinco tipos de estabelecimentos de saúde: unidades, consultórios, equipes, salas de pequenas cirurgias, sala cirúrgica ambulatorial (Tabelas 6 e 7). Ocorre que as informações disponíveis no SIA são confusas; as unidades englobam todas as outras classificações e não há como verificar, por exemplo, quantos consultórios têm uma determinada unidade. Assim, uma unidade pode conter, por exemplo, dois consultórios, um equipo, uma sala de gesso, etc. Além disso, o SIA só apresenta informações a partir de 1998, inviabilizando, por isso, uma análise mais detalhada da evolução da rede ambulatorial ligada ao SUS. Isso reforça a importância de implementação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), um banco de dados que possibilitará informações mais completas acerca dos prestadores de serviços de saúde.

É possível desagregar as unidades ambulatoriais em 21 categorias, a saber: Posto de Saúde, Centro de Saúde, Policlínica, Ambula-

Tabela 2

Valor total por regime segundo região (em R\$) – agosto/2002

Região	Público	Privado	Universitário	Total
Total	122.358.942,13	251.987.982,75	95.695.917,36	470.042.842,24
Norte	9.595.727,74	13.326.746,06	1.169.470,47	24.091.944,27
Nordeste	39.039.099,21	56.026.035,91	18.936.295,40	114.001.430,52
Sudeste	60.751.390,75	110.806.114,91	37.361.339,30	208.918.844,96
Sul	5.163.512,07	52.719.988,59	30.719.029,43	88.602.530,09
Centro-Oeste	7.809.212,36	19.109.097,28	7.509.782,76	34.428.092,40

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 3

Procedimentos hospitalares do SUS por local de internação – Brasil (em R\$).

Valor médio AIH por regime segundo região – agosto/2002

Região	Público	Privado	Universitário	Total
Total	382,19	428,41	803,23	457,47
Norte	283,91	336,87	535,72	318,92
Nordeste	304,76	377,2	646,44	372,65
Sudeste	514,46	464,19	893,75	524,13
Sul	351,95	450,33	910,54	535,44
Centro-Oeste	306,29	431,15	619,47	420,16

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

tório de Unidade Hospitalar Geral, Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada, Unidade Mista, Pronto-Socorro Geral, Pronto-Socorro Especializado, Unidade Móvel Fluvial/Marítima, Clínica Especializada, Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro/Núcleo de Reabilitação, Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Unidade Móvel Terrestre para Atendimento Médico Odontológico, Unidade Móvel Terrestre para Emergências e Traumas, Farmácia para Dispensação de Medicamentos, Unidade de Saúde da Família, Centro de Alta Complexidade em Oncologia III, Centro de Alta Complexidade em Oncologia II, Unidade de Vigilância Sanitária, Unidade não-Especificada.

Essa classificação permite que um mesmo prestador, por exemplo, um hospital, que tenha ambulatório, pronto-socorro, farmácia para dispensação de medicamentos, esteja registrado nos dois bancos de dados do Ministério (SIA e SIH). A tabela 8 mostra a situação dessas unidades conforme o tipo de prestador.

Situação contratual da rede assistencial vinculada ao SUS

Como foi dito antes, os dois principais bancos de dados do Ministério da Saúde apresentam algumas falhas. O SIH, por exemplo, não permite discriminar a rede universitária em suas unidades pública ou privada. O SIA não permite uma análise temporal mais ampla, pois seus registros vão somente até 1998. Visando à correção dessas situações foi criado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O CNES é um banco de dados do Ministério da Saúde, cuja página eletrônica foi tornada pública em 11 de dezembro de 2002. Contém, num único sistema, informações sobre todos os estabelecimentos de saúde do Brasil, independente de prestarem ou não atendimento aos usuários do SUS. O CNES foi elaborado com base nas Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde (FCES), instituídas pela portaria SAS 376/2000, e posteriormente modificada pela portaria MS/SAS N. 511/2000 que aprova a referida ficha cadastral e o seu Manual de Preenchimento. Essa porta-

Tabela 4

Quantidade de AIHs pagas por regime segundo ano de competência – janeiro/1981-fevereiro/2002

Ano competência	Público	Privado	Universitário	Total
Total	31.834.938	177.451.525	17.581.415	226.867.878
1981	–	116.264	–	116.264
1982	–	729.030	–	729.030
1983	–	1.684.769	–	1.684.769
1984	–	9.616.787	–	9.616.787
1985	–	8.482.190	–	8.482.190
1986	–	8.894.626	–	8.894.626
1987	–	10.103.883	171.923	10.275.806
1988	–	11.209.699	717.662	11.927.361
1989	2.090	11.513.178	678.365	12.193.633
1990	209.818	11.598.786	754.226	12.562.830
1991	1.964.104	11.627.287	820.419	14.411.810
1992	2.684.916	11.902.664	897.942	15.485.522
1993	2.902.470	11.659.156	1.055.454	15.617.080
1994	2.744.927	11.152.618	1.469.781	15.367.326
1995	2.574.659	9.215.450	1.484.955	13.275.064
1996	2.571.372	8.464.973	1.494.537	12.530.882
1997	2.717.997	8.132.580	1.500.887	12.351.464
1998	2.911.161	7.768.626	1.568.845	12.248.632
1999	3.183.453	7.625.748	1.629.175	12.438.376
2000	3.241.237	7.530.399	1.654.501	12.426.137
2001	3.513.594	7.251.226	1.462.416	12.227.236
2002	613.140	1.171.586	220.327	2.005.053

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

ria também institui a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O preenchimento dos dados constantes das FCES é de responsabilidade dos gestores estaduais, que podem delegá-la para os gestores municipais.

Como o CNES está em fase final de consolidação, seus dados são ainda estimativos. Optamos pela análise dos dados obtidos pelo CNES pelo fato de que um dos campos constantes nas FCES (que é a base do CNES) é o campo Contratos. Esse campo deve ser preenchido pelas secretarias estaduais de Saúde ou pelos municípios habilitados em gestão plena do sistema com o número do contrato firmado com o prestador. A instituição desse campo permitiu o levantamento do número de contratos existentes no Brasil, muito embora não permita uma análise da adequação desses contratos à legislação vigente e/ou às necessidades de regulação e de avaliação dos serviços prestados. O CNES constitui-se hoje, sem dúvida, no melhor instrumento para a estimativa dos contratos existentes no país.

Atualmente, o CNES já tem cadastrado um total de 66.296 estabelecimentos de saúde,

sendo que 23.791 são privados. Desses 23.791 estabelecimentos privados cadastrados, 11.293 (47,47%) prestam algum tipo de serviço ao SUS. Ou seja, aproximadamente a metade dos prestadores privados tem alguma ligação com o sistema público de saúde. Esses números podem sugerir que a rede privada é parcialmente independente do Sistema Público de Saúde. No entanto, se analisarmos mais detidamente veremos que a situação varia muito conforme o tipo de prestador. Assim, observa-se que a rede hospitalar privada está fortemente vinculada ao gestor público (78,71% dos hospitais especializados, 83,54% dos hospitais gerais e 66,67% dos hospitais-dia). Já os consultórios isolados dificilmente estão vinculados ao SUS (apenas 17,42%). Como os consultórios isolados representam 37,04% do total de estabelecimentos privados do país (8.813 de 23.791 estabelecimentos) eles podem distorcer a interpretação do grau de dependência da rede privada do sistema público. Apenas como um exercício de abstração, se fosse eliminada essa categoria (Consultórios Isolados) a percentagem de estabelecimentos privados vinculados ao SUS passa-

Tabela 5

Valor total por regime segundo ano de competência (em R\$) – janeiro/1981-fevereiro/2002

Ano competência	Público	Privado	Universitário	Total
Total	11.308.791.988.926,70	65.072.500.919.813,40	10.540.605.343.283,50	86.921.898.252.023,70
1981	–	1.829.666.000,00	–	1.829.666.000,00
1982	–	16.967.901.000,00	–	16.967.901.000,00
1983	–	111.698.476.000,00	–	111.698.476.000,00
1984	–	1.543.165.479.000,00	–	1.543.165.479.000,00
1985	–	4.565.974.693.000,00	–	4.565.974.693.000,00
1986	–	1.479.172.431.242,00	–	1.479.172.431.242,00
1987	–	56.540.795.040,00	2.223.016.261,00	58.763.811.301,00
1988	–	443.634.634.658,00	54.709.472.275,00	498.344.106.933,00
1989	4.781.486,00	7.003.643.986,00	867.859.087,00	7.876.284.559,00
1990	2.602.164.498,00	172.127.223.749,00	23.768.711.659,00	198.498.099.906,00
1991	177.576.932.744,00	1.095.091.084.634,00	165.020.895.999,00	1.437.688.913.377,00
1992	2.433.164.491.363,75	12.542.588.792.516,10	1.878.538.980.532,72	16.854.292.264.412,50
1993	8.350.960.058.614,36	41.345.119.295.076,50	7.902.188.892.180,68	57.598.268.245.871,50
1994	339.169.947.264,17	1.675.001.662.319,26	506.233.970.881,60	2.520.405.580.465,03
1995	444.206.922,30	2.002.010.794,47	746.219.921,22	3.192.437.637,99
1996	470.610.703,16	1.915.840.975,58	795.814.645,30	3.182.266.324,04
1997	506.665.538,22	1.878.478.246,03	820.708.239,01	3.205.852.023,26
1998	650.433.228,71	2.137.277.348,32	1.021.563.079,25	3.809.273.656,28
1999	844.837.277,45	2.526.221.810,29	1.362.352.013,90	4.733.411.101,64
2000	977.678.405,17	2.812.082.772,04	1.097.087.058,87	4.886.848.236,08
2001	1.199.170.353,84	2.851.213.027,56	1.045.772.123,64	5.096.155.505,04
2002	220.010.527,58	462.016.618,27	164.027.326,39	846.054.472,24

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 6

Rede Ambulatorial do SUS – Brasil. Unidades, consultórios, equipo odontológico, sala de gesso, sala de pequenas cirurgias, salas de cirurgia ambulatorial segundo a região – agosto/2002

Região	Unidades	Consultórios	Equipo odontológico	Sala de gesso	Sala de pequenas cirurgias	Sala de cirurgia ambulatorial
Total	61.197	122.858	48.857	5.071	18.693	8.739
Norte	5.273	6.487	1.779	288	2.412	694
Nordeste	19.957	31.433	13.360	1.276	5.693	2.661
Sudeste	19.882	56.345	21.143	2.043	6.169	2.893
Sul	12.233	22.301	9.702	1.029	3.042	1.920
Centro-Oeste	3.852	6.292	2.873	435	1.377	571

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

ria a ser de 65,15% (9.758 de um total de 14.978 estabelecimentos).

A tabela 9 ilustra os dados acima.

Os dados constantes no CNES a respeito da situação contratual podem sugerir uma situação mais regularizada do ponto de vista legal do que a que de fato existe. O CNES registra 3.547 contratos, o que poderia significar que 31,41% da rede privada está contratada.

No entanto, ao se analisar as Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde, descobre-se que há contratos firmados nas décadas de 1950 a 1980 e que nunca foram renovados. Boa parte dos contratos são os famosos contratos firmados entre o Inamps e a rede hospitalar a ele vinculada. Dos 3.547 contratos que constituem o universo total, apenas 1.481 foram firmados a partir de 1998, o que significa que so-

Tabela 7

Rede Ambulatorial do SUS – Brasil. Unidades, consultórios, equipo odontológico, sala de gesso, sala de pequenas cirurgias, sala de cirurgia ambulatorial segundo tipo prestador – agosto/2002

Tipo prestador	Unidades	Consultórios	Equipo odontológico	Sala de gesso	Sala de pequenas cirurgias	Sala de cirurgia ambulatorial
Públicos	48.804	97.667	43.417	2.834	14.781	5.686
Privados	12.393	25.191	5.440	2.237	3.912	3.053
Total	61.197	122.858	48.857	5.071	18.693	8.739

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 8

Rede Ambulatorial do SUS. Unidade por tipo de prestador – agosto/2002

Tipo unidade	Públicos	Privados	Total
Total	48.804	12.393	61.197
Posto de saúde	11.885	191	12.076
Centro de saúde	10.975	533	11.508
Policlínica	1.162	536	1.698
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1.522	2.020	3.542
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada	289	349	638
Unidade mista	1.212	177	1.389
Pronto-socorro geral	253	14	267
Pronto-socorro especializado	108	107	215
Consultório	1.608	3.238	4.846
Unidade móvel fluvial/marítima	17	7	24
Clínica especializada	1.022	1.355	2.377
Centro/núcleo de atenção psicossocial	264	60	324
Centro/núcleo de reabilitação	208	240	448
Outros serviços auxiliares de diagnose e terapia	608	3.231	3.839
Unidade móvel terrestre para atendimento médico-odontológico	600	8	608
Unidade móvel terrestre para emergências e traumas	150	0	150
Farmácia para dispensação de medicamentos	52	0	52
Unidade de saúde da família	13.373	12	13.385
Centro alta complexidade em oncologia III	4	6	10
Centro alta complexidade em oncologia II	4	10	14
Unidades de vigilância sanitária	2.283	1	2.284
Unidades não-especificadas	1.205	298	1.503

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

mente esses podem ainda ser válidos, pois cinco anos é o prazo máximo estabelecido pela legislação para a vigência de um contrato com a administração pública. Esses dados sugerem que apenas 13,11% da rede privada vinculada ao SUS têm sua situação contratual formalizada.

Examinando-se a situação pelo tipo de estabelecimento, percebe-se que a ausência de formalização da relação entre gestor público e unidades particulares de saúde é geral. Há

alguns tipos de unidades que, apesar de atenderem usuários do SUS, não apresentam nenhum contrato com os gestores públicos (Centro de Parto Normal Isolado, Farmácias e Cooperativas, Unidade de Vigilância Sanitária, Unidade Móvel Terrestre). O tipo de estabelecimento que apresenta o maior percentual de contratação é a unidade móvel terrestre, 50%, o que pode ser explicado pelo fato de que só há 2 dessas unidades vinculadas ao SUS, das quais uma formalizou sua relação

contratual. A percentagem de contratos feito com os tipos de unidades cadastrados no CNES situa-se dos 10 aos 20% (tabela 10). A percentagem de contratação da rede privada total, como foi dito acima, está em 13, 11%.

As razões para a baixa contratação dos estabelecimentos particulares de saúde serão analisadas na próxima seção.

Problemas e indefinições presentes no processo de contratação

Não se desenvolveu a capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde por parte do setor público. Disso decorre uma situação na qual o setor público torna-se prisioneiro da oferta (os prestadores privados). A compra de serviços de saúde, no Brasil, se dá de maneira acrítica, não planejada, não avaliada, distorcida. Compra-se o que o prestador oferece, em detrimento de serviços que se coadunam com as reais necessidades da população.

Isso acarreta uma ilegalidade: quando o prestador privado de saúde durante anos recebe recursos públicos como pagamento, há um contrato regendo essa relação, ainda que tácito. No entanto, a formalização contratual é um dos princípios do direito administrativo brasileiro, não se admitindo a existência de contratos tácitos. Ou seja, existem contratos tácitos entre o setor público e o prestador privado, mas não há formalização contratual, o que é vedado pela lei.

Por que é tão precária a relação contratual demonstrada na seção anterior? As respostas apontam diversos aspectos que remetem à constituição histórica do SUS. Mas é a ausência de definições que aparece como a questão nevrálgica. Evidente que a ausência de definições não é desprovida de motivos e de opções que foram feitas, influenciadas, inclusive, pelos interesses dos próprios prestadores privados. Talvez a resposta à questão devesse dar conta de explicar os porquês de o SUS ser, em grande medida, regido pela lógica da oferta, não obstante ser o grande comprador desses serviços. Aliás, em situações de monopólio ou de oligopólio, é o comprador que costuma impor as condições aos vendedores e não o contrário como ocorre no SUS.

Ao invés de se buscar definir e traduzir na prática o significado da “participação complementar”, ainda tenta-se incorporar à rede

SUS todos os serviços ofertados no mercado privado. Aparece como quase que uma obrigação do gestor do SUS contratar e custear cada novo serviço que aparece. O detalhe é que não se trata de contratar nos moldes desejáveis ou legais, mas sim “cadastrar” o serviço, na melhor tradição da cultura inampiana. A questão que se coloca é que não há uma clara definição acerca de quais serviços e em que quantidades os gestores do SUS precisam e podem comprar para complementar sua rede de serviços. O desejável seria que os gestores utilizassem toda a capacidade pública instalada para, só então, recorrer à iniciativa privada, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, como determina a Constituição de 1988. Não raro, ocorre justamente o contrário: esgota-se a capacidade privada para depois recorrer à pública, num claro favorecimento a interesses privados.

Outro ponto importante a ressaltar é a situação contratual deveras inusitada vivida pelos profissionais médicos ditos autônomos que prestam serviços em entidades vinculadas ao SUS. Perante a lei, da forma como em geral se exerce a atividade, esses profissionais não são autônomos e, mesmo que fossem, a questão que se coloca é quem deve arcar com as obrigações previdenciárias desses profissionais. A questão é complexa e não se tratará desse assunto neste artigo, porém, chama-se a atenção para a necessidade de enfrentamento da situação, sob pena de aumentar os passivos existentes e penalizar os gestores como se responsáveis fossem por essas contratações. Esse é mais um ponto que deve estar expresso nos contratos de modo a tornar claras as responsabilidades pelos vínculos trabalhistas desses profissionais.

Todavia, para além dessas históricas e culturais distorções no SUS, a questão prática afigura-se sobremaneira obscura, na medida em que muitos interesses seriam contrariados se a contratação de serviços privados de saúde fosse realizada pela lógica da demanda necessária para complementar a rede pública. Basta uma perfunctória contemplação da realidade para observar que se (ou quando) os gestores do SUS passarem a adotar essa prática, a capacidade instalada de serviços privados de saúde deverá sofrer modificações profundas tanto no seu perfil como na sua organização e no seu tamanho. Há, por exemplo, muitas situações de sobreoferta de leitos que

Tabela 9

Estabelecimentos de saúde, por tipo, vinculados ao SUS – fevereiro/2002

Descrição	Total	Vinculados ao SUS	% SUS
Centro de Parto Normal – isolado	9	8	88,89
Centro de Saúde/Unidade básica	200	165	82,50
Clinica especializada/ambulatório de especialidade	3.287	1.840	55,98
Consultório isolado	8.813	1.535	17,42
Cooperativa	23	23	100,00
Farmácia (medicamentos especiais e excepcionais) – isolado	114	16	14,04
Hospital especializado	634	499	78,71
Hospital geral	3.111	2.599	83,54
Hospital-dia – isolado	45	30	66,67
Policlínica	659	321	48,71
Posto de saúde	137	121	88,32
Pronto-socorro especializado	67	55	82,09
Pronto-socorro geral	51	26	50,98
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	6.339	3.855	60,81
Unidade de saúde da família – isolado	38	26	68,42
Unidade de vigilância sanitária/epidemiologia – isolado	9	8	88,89
Unidade mista	229	151	65,94
Unidade móvel de nível pré-hospitalar – urgência/emergência	9	2	22,22
Unidade móvel terrestre	17	13	76,47
Total	23.791	11.293	47,47

Tabela 10

Contratação da rede privada vinculada ao SUS, por tipo de prestador – fevereiro/2003

Descrição	Total	Contratados	% Contratados
Centro de parto normal – isolado	8	0	0,00
Centro de saúde/unidade básica	165	6	3,64
Clinica especializada/ambulatório de especialidade	1.840	322	17,50
Consultório isolado	1.535	72	4,69
Cooperativa	23	0	0,00
Farmácia (medicamentos especiais e excepcionais) – isolado	16	0	0,00
Hospital especializado	499	83	16,63
Hospital geral	2.599	351	13,51
Hospital-dia – isolado	30	5	16,67
Policlínica	321	43	13,40
Posto de saúde	121	7	5,79
Pronto-socorro especializado	55	8	14,55
Pronto-socorro geral	26	4	15,38
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	3.855	567	14,71
Unidade de saúde da família – isolado	26	1	3,85
Unidade de vigilância sanitária/epidemiologia – isolado	8	0	0,00
Unidade mista	151	11	7,28
Unidade móvel de nível pré-hospitalar – urgência/emergência – unidade móvel	2	1	50,00
Unidade móvel terrestre	13	0	0,00
Total	11.293	1.481	13,11

deverão ser equacionadas. Em outras palavras: há muitas situações de sobra de leitos

hospitalares que, em caso de contratação com base em sua necessidade complementar, não

mais necessitariam estar prestando serviços ao SUS. Quem vai ficar de fora?

Para não responder a essa pergunta, pairam imprecisões e confusões no processo de contratação. Vamos detalhar o problema, mediante as seguintes perguntas:

- 1) Quem deve celebrar os contratos com os prestadores privados de serviços de saúde, considerando a descentralização do SUS?
- 2) Como realizar o processo de contratação?

À primeira questão, a resposta mais óbvia pode indicar que são os municípios, até mesmo para garantir o mando único nesse nível de governo sobre os prestadores. Todavia, na configuração do SUS, pode-se dizer que são os municípios habilitados em gestão plena do sistema, uma vez que assumem a responsabilidade por toda a política de saúde e não só sobre a atenção básica, como os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica. Assim, mesmo não estando impedidos de firmarem os contratos que bem entenderem em qualquer área, nos municípios habilitados em gestão plena da atenção básica, o Estado deveria assumir a responsabilidade de firmar os contratos com os prestadores de serviços de média e alta complexidades.

No entanto, somente agora se inicia um processo mais intenso de habilitação dos estados em gestão plena do sistema estadual, o que propiciará condições para a gestão dos recursos financeiros necessários para honrar os compromissos contratuais. Até hoje o que se tem é uma considerável concentração no âmbito federal dos recursos destinados à média e à alta complexidades. A situação é preocupante, pois o Ministério da Saúde, mesmo considerando o grande avanço na habilitação dos estados em gestão plena do sistema, nos termos da NOAS, ainda mantém relacionamentos diretos e realiza diretamente boa parte dos pagamentos aos prestadores privados pelos serviços produzidos.

Mas não é o ministério o apontado como responsável pela realização dos contratos. Ou seja, os municípios deveriam ser os contratantes, mas os estados assumem em larga escala a relação com os prestadores, excetuando-se o pagamento pelos serviços que ainda é feito em grande medida pelo nível central. Um mesmo prestador, assim, pode relacionar-se com os três níveis de gestão do SUS sem ter contrato com nenhum deles.

Na realidade, a relação entre prestadores privados e o gestor público, como salientamos

anteriormente, é tácita. Mesmo assim, os recursos não param de escoar dos cofres públicos para a iniciativa privada em função de serviços prestados que deveriam estar regulados por contratos públicos, com base na legislação vigente. É muito comum encontrarem-se termos contratuais da década de 1980 (ou anteriores) firmados entre o prestador e o Inamps como a única peça formal na relação com o poder público, representado agora pelos gestores do SUS. Aqui não há rodeios: a situação é ilegal e carece de definições entre os três níveis de gestão do SUS sobre as responsabilidades de cada um nesse processo.

Deve deixar de existir a atual relação tripartite com o mesmo prestador, o que dificulta (senão impede) os instrumentos de controle e, principalmente, avaliação dos serviços prestados. Se ao Ministério da Saúde não cabe mais a contratação dos serviços, como nos tempos do INAMPS, a ele não deve caber também o pagamento por esses serviços, havendo a necessidade de se promover ainda mais a descentralização dos recursos federais destinados à assistência.

Sob outro aspecto, o aperfeiçoamento da descentralização desses recursos não pode vir desacompanhado de medidas que melhorem a gestão nos níveis estaduais e municipais. Uma das principais medidas seria a regulamentação dos fundos de saúde: em sua maioria o que se tem chamado de fundos de saúde não passam de contas-correntes, muitas vezes abertas em nome das prefeituras ou dos governos estaduais. Para se constituírem fundos de saúde "verdadeiros", há que se criar estruturas próprias dotadas de registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e de regimento interno no qual conste a forma de funcionamento e as suas prerrogativas.

Essa é a garantia basilar para que os recursos alocados na saúde ganhem mais transparência e fiquem "protegidos" contra outros compromissos dos governos. Há casos, por exemplo, onde os recursos da saúde, inclusive os repassados pelo nível federal, ficam bloqueados, por determinação judicial, para pagamentos de dívidas públicas. Isso ocorre, pois estão em contas-correntes da titularidade da prefeitura ou dos governos estaduais e não em fundos de saúde. A estruturação dos fundos de saúde ganha relevância ainda maior no contexto da Emenda Constitucional 29 que vinculou recursos públicos para a saúde nas três esferas de governo.

A estruturação dos fundos de saúde serve ainda para cumprir determinação legal expressa no artigo 55 da lei n. 8.666 que obriga que os contratos necessariamente indiquem a fonte de recursos pela qual serão pagas as despesas assumidas nos contratos. Há que se questionar a validade legal de um contrato firmado, por exemplo, entre um município e um prestador qualquer no qual esteja indicada a funcional programática do orçamento do Ministério da Saúde como a fonte para fazer frente à despesa. Não se pode firmar um contrato e contrair uma despesa indicando *outra* para fazer o pagamento.

Nesse sentido, já se envereda pela questão acerca do como fazer a contratação dos prestadores. Pode-se inferir que a lei n. 8.666 não foi feita tomando em conta a realidade de compra de serviços de saúde pelo poder público. Da leitura desse texto legal, pode-se depreender que a lei n. 8.666 está muito mais voltada à compra de bens, à realização de obras da construção civil e à aquisição de serviços terceirizados que não as atividades-fim dos órgãos, como é o caso dos serviços de saúde para o SUS. Mesmo com essa lacuna, é a lei n. 8.666 a definidora dos processos e princípios que devem ser observados no momento em que o poder público firma um contrato com particulares.

Assim, os princípios da legalidade, da publicidade, da isonomia de chances para pleitear a contratação, da moralidade, da eficiência e outros que indicam a sobreposição do interesse público sobre os privados, devem ser respeitados no processo de contratação dos prestadores de serviços de saúde. A figura do “credenciamento” deve desaparecer, na medida em que não é suficiente para atender nem mesmo à necessidade de se avaliar as condições técnicas, econômicas e fiscais da entidade que se está contratando.

Os contratos devem trazer claramente o objeto que se está comprando, além dos seus valores e formas de pagamento. Evidente que nesse objeto deve estar especificada a quantidade a ser comprada. Não poderá mais o gestor repartir seus recursos entre quantos e quais prestadores quiser. Há que se firmar um contrato no qual tanto o prestador como o gestor tenham clareza sobre a quantidade de serviços da qual disporão. Os prestadores não poderão se eximir de prestar todos os serviços expressos nos contratos, mesmo os menos rentáveis. Os gestores não poderão remanejar

recursos de um prestador para outro ao seu alvedrio.

Não é obrigatório por lei, mas extremamente desejável que os mecanismos de regulação dos gestores encaminhem os usuários para os serviços. Há que se restringir as portas abertas dos prestadores às situações de urgência/emergência, impedindo que eles selecionem os usuários e as especialidades mais lucrativas. Evidentemente que sendo os gestores a encaminharem os usuários e não os prestadores a atenderem livremente e enviarem depois as faturas, as glosas devem desaparecer. Essa subordinação dos serviços aos mecanismos de regulação (uma central de regulação, por exemplo) deve estar expressa em cláusula contratual.

Ademais, no tocante à regulação, entendida de modo mais amplo, da perspectiva da capacidade estatal de estabelecer mecanismos regulatórios sobre atividades de diversos setores, os contratos constituem peça fundamental para regular os serviços privados de saúde vinculados ao SUS. Regular tanto no sentido de combater práticas indesejáveis, quanto para induzir processos desejáveis e aproveitar oportunidades. Há, por exemplo, que reprimir a sobreoferta de serviços em determinadas áreas geográficas e/ou especialidades e incentivar a abertura em outras, buscando a diminuição das disparidades regionais.

Na medida em que existem excessos de prestadores em determinadas áreas e os contratos não contemplam todos, restam quatro alternativas: os excluídos do SUS viverão unicamente do mercado privado, mudarão seu perfil, deslocar-se-ão para outras localidades ainda não saturadas, ou mesmo fecharão as portas. A primeira das opções é muito restrita e difícil; a última não é desejável dada a necessidade do investimento e do empreendimento privados para o SUS. A mudança do perfil ou o deslocamento para áreas desassistidas pode/deve ser induzida pela regulação estatal. É a competição administrada em sua mais pura essência. Mesmo porque há sempre o risco de o prestador contratado deixar de sê-lo caso não cumpra o contrato ou desleixe da qualidade dos serviços.

É nesse sentido, que os contratos devem funcionar como indutores da melhora da qualidade dos serviços e da garantia dos direitos dos usuários. Devem-se agregar aos contratos indicadores que permitam a aferição do de-

sempenho dos serviços contratados tanto em termos quantitativos como qualitativos. Tais indicadores devem ser plausíveis e não inexecutáveis e inalcançáveis; devem possibilitar medir processos e resultados sem a pretensão de uma extensa lista de indicadores que não possam ser acompanhados.

A regulação e o estabelecimento de contratos com os prestadores privados de serviços de saúde inserem-se também no bojo do processo de implementação do SUS com o advento da NOAS. A regionalização e a hierarquização dos serviços nela preconizadas têm um de seus sustentáculos nos contratos que devem ser firmados entre os gestores para a garantia do acesso e para o compromisso de custeio dos serviços. Os termos de garantia do acesso e os termos de compromisso entre entes públicos são as duas modalidades de contratos para tanto. Isso está configurado dessa maneira para que os municípios definidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR) como referência para os usuários de outras cidades, ao mesmo tempo garantam o acesso e tenham garantidas condições de sustentação de sua rede.

Tanto os municípios apontados como sede de módulos assistenciais, como aqueles definidos como pólos microrregionais, regionais ou estaduais, nos serviços definidos como referência, deverão firmar contratos com os prestadores privados de serviços de saúde levando em consideração a população própria e a adscrita estabelecida no PDR. Não poderá um prestador impor restrições ou condições ao acesso dos usuários de outros municípios sob pena de inviabilizar a regionalização. O gestor deve prever e prevenir para que o acesso seja garantido; para tanto deve garantir o encaminhamento do usuário e o respectivo pagamento pelo serviço.

Os contratos devem vislumbrar o futuro considerando que necessariamente a realidade muda, dada a dinâmica da sociedade que inventa coisas novas e abandona antigas a todos os momentos. Há mudanças políticas, sociais, tecnológicas, epidemiológicas que devem ser consideradas no planejamento e na execução da contratação de prestadores de serviços privados de saúde. Da mesma forma, não se podem desconsiderar as tendências dos serviços de saúde que apontam como desejável a desospitalização e a possibilidade cada vez maior de os serviços serem realizados no âmbito ambulatorial.

Conclui-se, assim, que o planejamento, a realização e a avaliação dos contratos com os prestadores de serviços privados de saúde não podem ficar restritos às equipes jurídicas ou às comissões de licitações. A própria definição acerca do que contratar deve envolver setores mais amplos das secretarias de saúde: as áreas de planejamento, de orçamento, de epidemiologia, de vigilância sanitária, de saúde coletiva, etc. devem estar envolvidas de maneira matricial se se quiser aperfeiçoar a contratação e a prestação de serviços de saúde.

Há que se considerar a assertiva do parágrafo anterior para responder às pressões vindas dos que defendem a separação das funções de financiamento e de provisão de serviços. Tal resposta é no sentido de se assentar o entendimento que, na realidade do SUS, tal separação de funções, inspirada nas teorias pró-mercado, é descabida. As responsabilidades do Estado inscritas na Constituição de 1988 na área da saúde e a forma como o SUS estruturou-se para cumpri-las apontam para a necessidade de uma maior junção e interconexão matricial dos diversos setores das secretarias de saúde, que são, em grande medida, prestadores diretos de serviços de saúde.

Poder-se-ia até defender formas mais globais de financiamento, em detrimento do pagamento mediante a produção. Mesmo assim, com base na legislação brasileira, a orçamentação global pode dar-se somente para as entidades públicas, que podem constituir unidades orçamentárias, ou para as filantrópicas e sem fins lucrativos, mediante convênios ou similares, sendo proibida a subvenção a entidades com fins lucrativos.

Nesse sentido, aliás, as responsabilidades dos gestores desaconselham que estejam separadas as funções de financiamento e de provisão de serviços de saúde. Os contratos devem fazer parte das garantias dos direitos dos usuários, configurando instrumentos de *accountability* desses direitos. Diga-se que, não obstante as responsabilidades legais dos gestores do SUS, a falta de definição precisa na divisão dessas responsabilidades ofusca a possibilidade de imputar a responsabilidade aos gestores isoladamente. Tome-se a situação criada recentemente com a epidemia de dengue: nenhum dos níveis de gestão do SUS tem a responsabilidade, pois os três a têm ao mesmo tempo. Alguns prestadores recusavam-se a

atender os usuários, alegando ausência de cobertura. Estes últimos foram, ao fim e ao cabo, os penalizados e ainda apontados como os responsáveis pela situação. Seria cômico, não fosse trágico. Os contratos com os prestadores devem impedir tal situação e precisar as responsabilidades dos gestores na garantia dos direitos dos usuários.

Conclusão

A contratação de serviços privados de saúde só deveria ser feita de forma a complementar a rede pública. Em geral não é o que ocorre e o desafio colocado está justamente na implementação de instrumentos que possibilitem precisar, com a maior exatidão possível, a necessidade complementar à rede pública.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) aparece, nesse sentido, como poderosa ferramenta para identificar a necessidade de contratação dos serviços segundo uma lógica hierarquizada e regionalizada. Mesmo considerando as dificuldades para definir e/ou priorizar as necessidades de serviços e de ações de saúde, as restrições orçamentárias colocam a necessidade de se propiciar ganhos de escala na contratação dos serviços de saúde.

Ainda não foi consolidada uma prática de contratação de serviços de saúde pelos gestores públicos em nosso país baseada em critérios orientados pela demanda. Assim, as soluções para cada uma das realidades estão no planejamento da rede de serviços que se deseja, considerando as restrições e potencialidades presentes. O Ministério da Saúde vem tentando induzir o processo de contratação dos prestadores nos estados e municípios. Para tanto, além do CNES que exige o registro do contrato, foram elaboradas orientações aos gestores no sentido de padronizar o entendimento sobre o tema.

De tais orientações depreende-se que os contratos com os prestadores de saúde assumiram ao longo do tempo diferentes formas, muitas das quais inadequadas e insuficientes, do ponto de vista da gestão da coisa pública. Dentre os principais problemas apontados na experiência de contratação no SUS estão: a variação quanto à forma e ao conteúdo dos contratos; a baixa capacitação técnica dos gestores do SUS para o planejamento do sistema; a falta de adequação da contratação às

necessidades da saúde local; a incapacidade de utilização dos contratos como instrumento de regulação e de avaliação dos resultados da prestação de serviços; as dificuldades de estabelecer mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes de políticas de saúde.

É forçoso reconhecer que a ausência de definições sobre a situação contratual dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, além das situações ilegais e/ou irregulares, tem causado prejuízos e gastos não focalizados nas prioridades assistenciais. Essa questão deve ser debatida e enfrentada à luz do interesse público, sendo que os instrumentos legais para tanto estão à disposição da sociedade, em geral, e dos gestores do SUS, em particular. Os prestadores devem ser chamados à discussão de modo a orientar seus empreendimentos em sintonia com as necessidades do SUS.

É sintomática também a ausência de análises, artigos e ensaios sobre o tema dos contratos no SUS. Qualquer reflexão sobre esse tema certamente esbarrará no fato de o SUS estar, até hoje, sendo moldado com base em pactuações e deliberações que se afiguram “tratos”, mas não geram contratos. Assim, não só os contratos com os prestadores de serviços de saúde estão eivados pela precariedade; basta observar a quantidade de pontos e questões no SUS carentes de contratos em diversas áreas que vão dos recursos humanos, tome-se a situação dos agentes comunitários de saúde, à transferência e alocação de recursos financeiros. Não há instrumentos contratuais que estabeleçam claramente as prerrogativas, as obrigações, as metas e, muito menos, os critérios de avaliação do desempenho das políticas de saúde.

Seria o caso de se realizar análises, no campo da sociologia jurídica, mais profundas acerca dos porquês e das consequências da estruturação do SUS baseado em pactuações (“tratos”) e não em contratos. Note-se que isso se tornou uma cultura institucionalizada no SUS que ofusca a *accountability* das políticas de saúde, impedindo mesmo a clara responsabilização dos gestores pelas políticas que desenvolvem. Para além da regularização jurídica da situação e da regulação do sistema com base em regras expressas, os contratos afiguram-se, assim, instrumentos que aumentam as garantias dos direitos dos usuários do SUS.

Referências bibliográficas

- Almeida C 1996. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudanças. In NR Costa & JM Ribeiro (org.). *Política de saúde e inovação institucional*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Almeida C 2002. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Públicas* 18(4):905-925.
- Banco Mundial 1997. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – *O Estado num mundo em transformação*. Banco Mundial, EUA.
- Barbosa PR 1996. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. *Revista do Serviço Público/RSP* ano 47, 120(2), mai/ago.
- Barros E 2001. Implementação do SUS: descentralizar será o caminho? (comentário ao texto de Levcovitz et al., 2001). *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
- Bresser Pereira LC 1998a. A reforma administrativa do sistema de saúde. *Cadernos MARE* n. 13. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/MARE.
- Bresser Pereira LC 1997. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*.
- Bresser Pereira LC 1998. Da administração pública à administração gerencial. In LC Bresser Pereira & P Spink. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. (1a ed.). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Câmara de Reforma do Estado/Presidência da República 1995. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Brasília.
- Caravantes GR 1979. Administração sistêmica por objetivos e resultados (ASPOR) – instrumento de desenvolvimento organizacional. In PR Motta & GR Caravantes Geraldo R. (orgs.). *Planejamento organizacional – dimensões sistêmico-gerenciais*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Carvalho W 1997. A reforma administrativa da Nova Zelândia nos anos 80-90: controle estratégico, eficiência gerencial e accountability. *Revista do Serviço Público*, ano 48, n. 3, set-dez.
- Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Senado Federal, Brasília.
- Di Pietro MSZ 2002. *Direito administrativo*. Editora Atlas, São Paulo.
- Drucker PF 1970. *Prática de administração de empresa*. (4a ed.). Fundo de Cultura, Rio de Janeiro.
- Dussault G 1992. A gestão de serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública* 2(26).
- Elias P 2001. Afinal, de qual descentralização falamos? (comentário ao texto de Levcovitz et al., 2001). *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):310-313.
- ENSP/Mire 1995. *Les transformations des systèmes de Santé en Europe: vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics?* Colloque Européen, Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, Paris.
- Escola Nacional de Administração Pública/Enap 1993. *O contrato de gestão no serviço público*. Centro de Documentação, Informação e Difusão Graciliano Ramos, Brasília.
- Hardy J 1997. Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996. *Droit Social* 11:949-960.
- Kettl D 1998. A revolução global: reforma da administração do setor público. In LC Bresser Pereira & P Spink. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. (1a ed.). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Le Grand J & Bartlett W 1993. (org.). *Quasi-markets and social policy*. Ed. Macmillan, Londres.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993.
- Levcovitz E, Lima L & Machado C 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- Marinho A, Moreno AB & Cavallini LT 2001. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde*. Texto para Discussão do Ipea, n. 848.
- Meirelles HL 2002. *Direito administrativo brasileiro*. Malheiros Editores Ltda, São Paulo.
- Melo MA 1996. Governança e reforma do Estado: o paradigma agente X principal. *Revista do Serviço Público*, ano 47, 120(1), jan-abr.
- Mendes EV 2001. *Os grandes dilemas do SUS*. Editora Casa da Saúde, Salvador.
- Ministério da Fazenda. *Instrução Normativa n. 1*, de 15 de janeiro de 1997.
- Ministério da Saúde 2002. *Caderno de Orientações para a Compra de Serviços de Saúde*.
- Ministério da Saúde 2002. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde*. Brasília.
- Ministério da Saúde. *Norma Operacional de Assistência à Saúde 02/2002*.
- Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.286*, de 26 de outubro de 1993.
- Motta PR & Caravantes G 1979. *Planejamento organizacional – dimensões sistêmico-gerenciais*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Organization for Economic Co-Operation And Development/OECD 1996. *Ministerial Symposium on the Future of Public Services*. Paris, march.
- Osborne D & Gaebler T 1997. *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. (9a ed.). MH Comunicação, Brasília.
- Oslack O & Fanelli AG & Llovet JJ 1987. Descentralización de servicios de salud. El Estado y los servicios de salud. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud* 17:1-12. Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud, Washington.
- Przeworski A 1998. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente X principal. In LC Bresser Pereira & P Spink. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. (1a ed.). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Quinhões TAT 1997. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. *Cadernos Enap* 13..

Artigo apresentado em 21/11/2002

Aprovado em 1a/4/2003

Versão final apresentada em 13/5/2003