

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo
Cruz



João Cláudio Basso Pompeu

*A Situação Contratual da Rede Hospitalar
Privada Vinculada ao SUS: alguns elementos
para reflexão*

Orientador: Elizabeth Artmann

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.

09/2004

A meus pais,
João Manoel de Carvalho Pompeu e Élia Leonor Basso Pompeu,
a meus irmãos,
Ana Lúcia, José Renato e Paulo Alberto Basso Pompeu,
a minha mulher,
Doriane Patrícia Ferraz de Souza Pompeu
e a minha enteada,
Manuela Ferraz de Souza Barbosa.

RESUMO

O objetivo dessa dissertação é discutir a situação contratual da rede privada vinculada ao SUS e algumas estratégias para enfrentar o problema da baixa formalização dos contratos. A partir do relato de experiências de municípios que contrataram a rede privada ou que tentaram contratar e não obtiveram êxito, busca-se contextualizar os problemas para o estabelecimento de contratos com a rede privada.

Além dos estudos de caso relacionados às experiências municipais, foi realizado um levantamento de dados em sistemas de informações do Ministério da Saúde e em outros órgãos governamentais; o levantamento bibliográfico pertinente ao tema, a análise da legislação sobre contratos administrativos e entrevistas com técnicos das secretarias municipais de saúde dos municípios selecionados.

Os resultados mostram que, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, aproximadamente 80% dos serviços privados que prestam atendimento a usuários do SUS não têm nenhum instrumento formal que regule essa relação. Apontam-se algumas causas para essa irregularidade, como a resistência da rede privada ao processo de contratação; dificuldades relacionadas à legislação brasileira em relação ao processo de contratação da rede privada; as dívidas da rede privada com o setor público, que devem ser sanadas para que se efetue o processo de contratação, e o modelo de financiamento utilizado atualmente pelo Ministério da Saúde que estimula a produção de serviços e desestimula o processo de contratação.

Por fim, a dissertação discute estratégias que estão sendo desenhadas no Ministério da Saúde visando à regularização desta situação.

PALAVRAS CHAVE: contrato de gestão e SUS, saúde pública, necessidade de saúde, planejamento em saúde, descentralização, regulação em saúde.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to discuss the contractual situation of the private sector linked to SUS and some strategies to face the problem of low formalization of contracts. From experiences reports of local authorities that contracted the private sector or tried contract and didn't get success, it searches to contextualize the problems for the establishment of contracts whit the private sector.

Besides the case studies about the local authorities experiences, it was made researches in information systems at Ministry of Health and others government institutions, a bibliographic research about the theme, the analysis of the legislation about administrative contracts and interviews whit technicians from the health local authority secretaries from the selected local authorities.

The results show that, according to the Health Establishments National Record data, approximately 80% of the private services that attends the SUS users, don't have formal tool that regulate this relation. It points out some causes for this irregularity, as the private sector resistance about the contraction process; difficulties related with the Brazilian legislation about the private sector contraction process; the private sector debts with the public sector that has to be solved to make works the contraction process and the actual financial model used by the Ministry of Health that stimulates the production of services and discourages the contraction process.

Finally, the dissertation argues strategies that have been drawing up at the Ministry of Health, aiming to solve this situation.

KEY WORDS: management contract and SUS, public health, health need, health planning, decentralization, health regulation

SUMÁRIO	05
AGRADECIMENTO	08
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE GRÁFICOS	11
SIGLAS UTILIZADAS	12
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - ASPECTOS TÉORICO-METODOLÓGICOS	17
I.1 Revisão Conceitual	17
I.1.1. Conceito de Contrato	18
I.1.2. Impactos da Reforma do Estado no Setor Saúde	21
I.1.3 Descentralização	26
I.1.4 Necessidade em saúde	28
I.1.5 Planejamento em Saúde	31
I.1.6 Serviços de Saúde como bem econômico	37
I.1.7 Regulação do Sistema de Saúde	40
I.2. Procedimentos Metodológicos	46
I.2.1 Estudos de Caso	49
I.2.2 Revisão Bibliográfica	50
I.2.3 Coleta de Informações Junto aos Bancos de Dados do MS e a Outros Bancos de Dados	50
I.2.4 Entrevistas	51
CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	52
II.1. Desenho da Rede Hospitalar vinculada ao SUS	59

II.2 Desenho da Rede Ambulatorial Vinculada ao Sistema Único de Saúde	66
II.3 Grau de Vinculação da rede privada de assistência à saúde ao SUS	69
II.4 Situação Contratual da rede privada vinculada ao SUS	73
II.5 Desenho da Rede Hospitalar segundo tamanho e dependência do município ao Hospital	78
CAPÍTULO III - EXPERIÊNCIAS DE CONTRATAÇÃO	82
III.1 Belo Horizonte	82
III.2 Vitória Da Conquista	84
III.3 Belém	86
III.4 São José Dos Campos	87
III.5 Campinas	89
III.6 Análise dos Estudos de Caso	90
CAPÍTULO IV - CAUSAS DO BAIXO ÍNDICE DE CONTRATAÇÃO	93
IV.1 Capacitação dos gestores	93
IV.2 Determinação da Demanda pela Oferta	99
IV.3 Financiamento inadequado	101
IV.4 Inadimplência dos Prestadores	109
IV.5 A legislação brasileira e a contratação de serviços de saúde	114
IV.6 Considerações sobre as causas do baixo índice de formalização contratual	116
CAPÍTULO V - ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO	118
V.1 O Caderno de Orientações para a contratação de Serviços	

de Saúde	118
V.2 Próximos Passos	120
V.3 Contratação de Pequenos Hospitais e de Hospitais de Ensino	123
V.4 - Possibilidades de Regulação do Sistema de Saúde por meio de Contratos	124
V.4.1 Contratação de Unidades Próprias	131
V.4.2 Contratação de Unidades de Saúde Públicas vinculadas a outro nível de governo	134
V.4.3 Contratação de unidades de saúde sem fins lucrativos	135
V.4.4 Contratação de unidades de saúde com fins lucrativos	137
V.4.5 Consórcios Públicos de Saúde	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS	161
ANEXO 1 - LISTA DOS DEVEDORES DE PESSOAS JURÍDICAS DEVEDORAS DA PREVIDÊNCIA	162
ANEXO 2 - OCUPAÇÕES REGISTRADAS NO CNES	172
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	175
ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	176
ANEXO 5 - RELATÓRIO DA OFICINA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS COMPLEMENTARES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	178

AGRADECIMENTOS

A melhor coisa em uma seção de agradecimentos é que ninguém, a não ser quem acha que vai ser mencionado nela, a lê. Por isso, eu vou me permitir usar termos que não são totalmente próprios em uma dissertação de mestrado, porque quero aqui agradecer de uma maneira informal e afetuosa a todos os amigos que tenho e que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Em primeiro lugar, o agradecimento institucional, como é praxe. Agradeço ao Ministério da Saúde por ter permitido que eu realizasse esse trabalho, e à Escola Nacional de Saúde Pública pela temeridade de ter me selecionado para este mestrado. Em especial gostaria de agradecer à Dra. Elizabeth Artmann, pela orientação, e mais que isso, pelo apoio e amizade dedicada. Gostaria também de agradecer a minha chefe, Maria Cristina Sette de Lima, bem como a toda equipe da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, pelo apoio, pelas discussões, e por terem me cedido o tempo necessário para escrever essa dissertação.

Agradeço aos meus colegas gestores de Brasília, em especial ao grupo de amigos que formam a “catrefa” a qual pertencço e que vou mencionar agora. Agradeço ao senhor Olavo Machado, o Olavinho, que teve o privilégio de morar comigo durante oito meses no período em que, como diria Tim Maia, cumprimos uma etapa na prisão chamada Escola Nacional de Administração Pública. Agradeço ao senhor Alessandro Pereira Passos, o Berê, pela valiosa revisão que fez na parte em que eu falo dos serviços de saúde como bens públicos. Agradeço ao senhor Rodrigo Benevides Pucci, o Rodrigues, pelas informações dadas no SIOPS. Agradeço ao meu finado amigo Nélon Henrique Prado Silva, o Nelsão, pela idéia da felicidade como condicionante da saúde pública. Infelizmente não pude utilizá-la aqui, mas que é uma idéia revolucionária é. Infelizmente a vida o levou antes que ele pudesse prová-la. Mas, como diria Drummond, virão outros. Agradeço ao senhor, quase doutor, Carlos Alberto de Matos, o Carlão, por todas as nossas conversas,

que tanto me ajudaram, e por ter me convidado a trabalhar no Ministério da Saúde num momento de indefinição profissional.

Agradeço aos meus amigos de Porto Alegre que passo a mencionar agora. Agradeço ao Doutor Paulo Roberto Azevedo, o Estrela, meu grande amigo, pela loucura lúcida com que sempre guiou sua vida que muitas vezes me serviu de inspiração. Agradeço ao senhor Luciano Souza, o Lucosta, por tudo que fez por mim. Agradeço aos meus grandes amigos Marcelo Berdet, o Marcelinho, também conhecido como o Francesinho, e Ivo Luiz Vianna, o Dom Ivo, meus irmãos que me apoiaram no momento mais difícil de minha vida (vocês lembram: “eu sem emprego e sem mulher”). Vocês me sustentaram financeiramente e me deram amizade num momento em que eu me sentia o mais inútil dos homens. Fizeram -me achar que seria possível sair daquela situação. Por mais que eu tente, nunca poderei retribuir tudo que vocês fizeram por mim. Mas passarei a vida tentando. Agradeço ao Doutor Amarildo Fernandes, o Amaral ou Amarelo, o rei da noite de Porto Alegre e que está meio enferrujado no Rio de Janeiro, pela acolhida que me deu sempre que ia ao Rio e pelos papos sobre Kant, a filosofia e a felicidade. Agradeço ao meu amigo e irmão Reginaldo Costa Lurhing, o Régis, pelos papos que batíamos em Porto Alegre, até às 7 horas da manhã, e a sua mulher Letícia, por nunca ter me matado. Agradeço ao meu saudoso amigo João Aníbal dos Santos, o Nino, o Joãozinho, o Joãozeira, o Alemãozinho, o João Aníbal (porque a saudade tem vários nomes) pelo exemplo de disciplina que me deu e pelo conselho que eu nunca esqueci: “Escreve, Caco, ninguém vai ler mesmo”. Agradeço à senhorita Márcia Castro Borges, pela amizade e carinho que sempre me dedicou. Agradeço à Doutora Zulmira Newlands Borges, a Zu, minha amiga de quem eu gosto tanto, pelo exemplo e por tudo que fez por mim e peço desculpas pelo pouco que fiz por ela.

Agradeço aos meus irmãos de Porto Alegre e Brasília, o senhor Jorge Luis Ferreira Boeira, o Jorjão, e a senhorita Virgínia Rosa, a Gata Virgem, por serem meus irmãos e por terem me agüentado quando a gente morava no nosso querido “muquifo” e eu estava aprendendo trompete. Foi uma fase divertida de nossas vidas. Nós nos reencontrando, fundando uma República em Brasília, dez anos depois de Porto Alegre é como se não tivéssemos envelhecido (amadurecido, vá lá)

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - Distribuição da rede hospitalar por região e segundo natureza
- TABELA 2 - Hospitais por Regime segundo unidade da federação
- TABELA 3 - Valor Total das AIHs Pagas por Região
- TABELA 4 - Valor Médio das AIHs por Regime segundo Região
- TABELA 5 - Quantidade de AIH Pagas por Regime Segundo Ano competência
- TABELA 6 - Valor Total das AIHs Pagas aos Hospitais Segundo Regime (por ano de competência)
- TABELA 7 - Valor Médio (em R\$) das AIHs Pagas Segundo o Tipo de Hospital (por ano)
- TABELA 8 – Rede Ambulatorial Vinculada ao SUS Segundo Regime
- TABELA 9 – Rede Ambulatorial do SUS segundo Tipo de Estabelecimento por Região
- TABELA 10 – Rede Ambulatorial por Regime e tipo de Prestador
- TABELA 11 - Grau de vinculação da rede privada ao SUS segundo Tipo de Estabelecimento
- TABELA 12 - Situação Contratual da Rede Privada por UF
- TABELA 13 – Situação Contratual da Rede Privada Segundo o Tipo de Estabelecimento
- TABELA 14 - Número de Municípios segundo População Residente, Brasil – 2000
- TABELA 15 - Estabelecimentos Privados no Brasil Segundo Número de Leitos
- TABELA 16 - Municípios Brasileiros que Dispõem de Apenas uma Possibilidade de Internação Segundo População
- TABELA 17 - Destino dos Gastos (em R\$) do MS (95 a 2002, em valores de 2001)
- TABELA 18 -Orçamentos Públicos de Saúde Segundo o SIOPS
- TABELA 19 - Profissionais com Código 7 que Realizaram Atendimentos pelo SUS em 2001

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -Hospitais no Brasil Segundo Regime

GRÁFICO 2 - Evolução dos Contratos nos Últimos Cinco Anos

GRÁFICO 3 - Repasses do MS (2000-2003)

GRÁFICO 4 - RECURSOS MS JAN 2000

GRÁFICO 5 - RECURSOS MS DEZEMBRO DE 2003

GRÁFICO 6 - Comparação AB X MAC (1995-2002)

SIGLAS UTILIZADAS

AB – Atenção Básica

AC – Alta Complexidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CF – Constituição da República Federativa do Brasil

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAE – Departamento de Atenção Especializada

DDGA - Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência

DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FCES – Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde

FPO – Ficha de Programação Orçamentária

GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IVQ – Índice de Valorização de Qualidade

MPE(s) – Ministério Público do(s) Estado(s)

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OCC – Orçamento de Custeio e Capital

PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PGE(s) – Procuradoria Geral do(s) Estado(s)

PGR – Procuradoria Geral da República

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

REFIS – Programa de Recuperação Fiscal

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

INTRODUÇÃO

O mestrado profissionalizante ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) ofereceu a possibilidade de um aprofundamento teórico das nossas atividades profissionais. Esta dissertação é o resultado de uma pesquisa que teve por objetivo a reflexão sobre o nosso objeto de trabalho transformado em objeto de estudo.

Em nossa atividade profissional como técnico do extinto Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (DDGA), da também extinta Secretaria de Assistência à Saúde coube-nos, juntamente com outros técnicos do Ministério da Saúde (MS), estabelecer diretrizes que auxiliassem os gestores do SUS, no processo de contratação de serviços de saúde. Assim, tomamos contato com a situação contratual dos prestadores privados de saúde no Brasil e, ao final, participamos da redação de um documento intitulado “Caderno de Orientações para a Compra de Serviços de Saúde”. Esse documento, que visava substituir a Portaria nº 1.286 de 1994, que orientava a contratação de serviços de saúde, permaneceu como versão preliminar, disponível na internet, do final de 2001 até julho de 2003, quando foi finalmente publicado com o título “Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde”. O texto é considerado a posição oficial do MS sobre o assunto. Neste documento o MS reconhece a precariedade da situação dos contratos com a rede privada e estabelece diretrizes para a contratação de serviços. Advoga que sejam feitos processos licitatórios para a contratação de serviços privados, mediante a Chamada Pública dos prestadores e a contratação de todas as unidades que apresentarem a técnica adequada e aceitarem os preços da Tabela SUS.

Pode-se afirmar que não se desenvolveu a capacidade de formalização contratual de serviços privados de saúde por parte do setor público. Atualmente, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 18% da rede privada vinculada ao SUS tem contratos formais.

Não foram elaborados mecanismos de regulação pública na relação com os prestadores privados, o que acarreta em irregularidades e ilegalidades, situações nas quais o

Sistema pode ser capturado por interesses particulares. A ilegalidade está no fato de que quando o prestador privado de saúde fatura a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e recebe recursos públicos como pagamento de forma regular durante anos, há um contrato regendo essa relação, ainda que tácito. No entanto, a formalização contratual é um dos princípios do Direito Administrativo Brasileiro. Temos uma situação paradoxal: se um gestor público resolve comprar, por exemplo, clips de papel, deve firmar contrato administrativo com os fornecedores desse produto, sob pena de enfrentar os rigores da lei; no entanto, esse gestor pode comprar serviços de saúde, sem estabelecer contratos por 20 anos e sem que nada aconteça.

Este trabalho propõe analisar as causas da ausência de formalização contratual entre o gestor público do campo da saúde e os prestadores privados. Além disso, pretende propor soluções que contribuam para a efetiva regulação do SUS. Os objetivos desta dissertação, portanto, são: descrever essa situação, identificar alguns elementos explicativos e contribuir para a busca de soluções.

O primeiro capítulo traz uma discussão teórica a respeito de alguns conceitos relacionados ao tema do estudo. A segunda parte deste capítulo apresenta a metodologia usada na pesquisa.

O segundo capítulo é composto de um levantamento da situação contratual da rede privada assistencial vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) com base em bancos de dados do MS (SIA, SIH, CNES).

O terceiro capítulo traz relatos dos casos. São comentadas experiências de contratação (ou tentativas) em alguns municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM): os municípios escolhidos foram Belo Horizonte, Vitória da Conquista, Belém, São José Dos Campos e Campinas. Conclui-se este capítulo com uma análise dos casos.

No quarto capítulo são analisadas algumas causas do baixo índice de contratação de prestadores. São elencadas como causas o pouco empenho do MS para resolver esse problema; a resistência do setor privado à contratação; a dificuldade de definição das necessidades em saúde; a forma como foi formatado o financiamento em saúde no Brasil; o problema do pagamento de honorários médicos realizado pelo setor público diretamente aos profissionais sem passar pelas entidades privadas nas quais eles trabalham (Código 7); e a questão da falta de pagamento dos encargos sociais por parte dos

prestadores privados, o que impossibilitaria a sua contratação, conforme a legislação brasileira.

No capítulo V são descritas as estratégias de regularização contratual que foram discutidas e aquelas que estão sendo implementadas pelo MS. A seguir, são tecidas algumas considerações sobre a contratação de serviços de saúde privados e públicos (mediante contratos de gestão) como instrumento de regulação do sistema de saúde. A partir do princípio de que uma maior autonomia aos hospitais públicos pode servir para incrementar a qualidade dos serviços prestados, fazemos considerações sobre a contratação de serviços como instrumento de regulação com a finalidade de aprimorar a qualidade do SUS. Discutimos a possibilidade de mecanismos de regulação contratual dos serviços de saúde serem utilizados no Brasil, tendo em vista os obstáculos colocados pela legislação vigente (em especial pela Lei nº 8.666). A legislação brasileira dificulta esse tipo de formalização com prestadores privados com fins lucrativos, mas é possível esse tipo de contrato com entidades privadas sem fins lucrativos, e com organizações públicas.

Nas considerações finais deste trabalho são apontados alguns desafios que deverão ser enfrentados para a continuação do debate aqui desenvolvido.

CAPÍTULO I. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

I.1 Revisão Conceitual

O ponto de partida desta revisão conceitual é a discussão a respeito do contrato administrativo, ou seja, o **contrato** firmado entre o setor público e entidades privadas. Este contrato tem uma série de características que o diferenciam do contrato firmado entre particulares. Para começar o contratante é o Estado que, pelo fato de ser o representante do interesse coletivo, tem uma série de prerrogativas previstas em lei que seriam consideradas abusivas numa relação entre particulares. A função primitiva do Estado é a garantia da segurança pública, mas no século XX, em virtude de lutas sociais, foi agregada uma série de outras funções, em especial a garantia dos direitos sociais, entre as quais a constituição de um sistema de saúde. A partir dos anos de 80 vive-se uma crise de legitimação que incentiva o debate a **Reforma do Estado** em todo o mundo. As reformas do Estado levadas a cabo tiveram importantes impactos no setor saúde.

Num país com uma estrutura federativa, um órgão central (o governo federal) deve delegar poderes a outros níveis de governo (**descentralização**). O Estado deveria acertar as bases de sua relação com prestadores privados de saúde (contratar) a partir de uma definição de **necessidades de saúde**. Nem sempre isso acontece em virtude da dificuldade em conhecer estas necessidades. Para atender a essas necessidades deve-se realizar um **planejamento** em saúde. Se o estado contrata, ele paga o preço por um bem econômico que está inserido no âmbito do **mercado de bens de saúde**. Ao estabelecer que um determinado bem econômico será fornecido para toda a população independentemente da sua renda, o Estado cria uma ineficiência econômica que deve sofrer um processo de **regulação**.

Os conceitos apontados em negrito, importantes para a discussão sobre a situação contratual explorada neste trabalho, serão brevemente comentados a seguir.

I.1.1. Conceito de Contrato

O tema da contratação de serviços de saúde situa-se no campo das relações público/privado no Brasil. Portanto, é tarefa do poder público, ou seja, do Estado, a contratação de serviços privados de saúde. Deve-se, por isso, preliminarmente, realizar uma análise sobre o conceito de Estado que é definido aqui como a instituição que exerce o poder coercitivo sobre uma determinada população em um determinado território. Ele congrega uma série de interesses que se sobrepõe aos particulares e atua, ou deve atuar, como a representação da vontade coletiva. O Estado comporta várias dimensões e terá definições diferentes conforme o ponto de vista que se o analise. O Estado pode ser dividido estruturalmente em quatro partes: pode ser analisado do ponto de vista jurídico, sociológico, político e econômico.

“A estrutura do Estado de direito pode ser, assim, sistematizada como:

- a. a estrutura formal do sistema jurídico, garantia das liberdades fundamentais com a aplicação da lei geral abstrata por parte de juizes independentes;*
- b. Estrutura material do sistema jurídico: liberdade de concorrência no mercado, reconhecida no comercio aos sujeitos da propriedade;*
- c. Estrutura social do sistema jurídico: a questão social e as políticas reformistas de integração da classe trabalhadora.*
- d. Estrutura política do sistema jurídico: separação e distribuição do poder”.*
(GOZZI, 1997:401)

Do ponto de vista jurídico o Estado é o arcabouço de leis que separam o Direito Público do Direito Privado. Faz parte deste arcabouço a Constituição de um país, todas as normas de direito administrativo, os decretos presidenciais e as portarias ministeriais.

Do ponto de vista político o Estado, segundo WEBER (1988), se caracteriza pelo monopólio da violência física. Isso significa que nas sociedades modernas, somente o Estado pode legitimamente reprimir os cidadãos, mediante o aparato policial e o poder judiciário.

Do ponto de vista sociológico, o Estado pode ser compreendido como o resultado de conflitos entre classes sociais que forçam a que os direitos sociais sejam inscritos na Constituição e passem a serem considerados como obrigações do Estado. O *welfare state* pode ser considerado um resultado destas lutas.

Do ponto de vista econômico o Estado, mediante a sua capacidade tributária, é uma poderosa força. Ele atua tanto na regulação dos mercados, quanto como um agente de distribuição de renda.

Pela legislação brasileira, todo e qualquer ajuste entre os gestores públicos e particulares deve ser regulado por alguma forma de contrato. Segundo os jusnaturalistas, o Estado foi constituído por meio de um contrato que todos os cidadãos assumem. Para HOBBS (2000) este contrato implica sujeição absoluta à vontade do soberano, para LOCKE (2002) implica sujeição apenas na medida em que o soberano garanta e respeite os interesses individuais. Nos dois casos a idéia de contrato pressupõe direitos e obrigações recíprocas (para HOBBS a única possibilidade de o súdito romper o contrato, ou seja, não obedecer ao soberano é quando este não garante mais a vida do súdito). Não cabe discutir no âmbito desta dissertação a importância do contratualismo na história do pensamento. Basta assinalar que há autores que dizem que a teoria hobbesiana é a base da moderna ciência social. LEVINE (1997:12), por exemplo, diz que:

“O panorama intelectual dos dois séculos posteriores a Hobbes está repleto de contundentes refutações dessa teoria. Essas refutações (...) formam o ponto de partida para noções que estão subjacentes nas ciências sociais modernas.

*Escritores subseqüentes (...) foram rápidos em contestar muitos dos corajosos enunciados substantivos de Hobbes. Criticaram suas posições sobre autoridade política, assim como sua imagem da natureza humana, e focalizaram outros problemas da sociedade distintos dos da segurança civil. Em virtualmente todos os casos, porém **retiveram os princípios básicos para erigir uma ciência social que Hobbes tinha estabelecido**”.* (grifo do autor).

Uma definição operacional poderia estabelecer que o contrato é um arranjo formalizado entre as partes, no qual se estabelecem direitos e obrigações que deverão ser cumpridos sob pena de quebra da relação. No contrato estabelecem-se as regras que cada parte deverá cumprir. Neste sentido, numa relação na qual não existe o contrato não há regras que as partes devam cumprir, as regras são estabelecidas conforme a vontade, o interesse e a conveniência das partes.

A instituição de contratos entre o gestor público e a iniciativa privada é um imperativo legal previsto na Constituição da República de 1988 (CF) e na Lei nº 8.666/93. Atualmente, no Direito Administrativo, há duas correntes principais. Uma, que podemos considerar mais tradicional e formalista, cujo principal representante é MEIRELLES (2002). Outra corrente, mais moderna e arejada, é representada por DI PIETRO (2002). No

entanto, as duas correntes têm pontos de vista muito próximos a respeito do conceito de contrato administrativo. Segundo MEIRELLES (2002: 205-206): “*Contrato administrativo é o ajuste que a Administração Pública, agindo nessa qualidade, firma com o particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração*”.

No mesmo sentido DI PIETRO (2002:214), malgrado representar uma corrente menos formalista do Direito Administrativo, afirma que: “... *a expressão contrato administrativo é reservada para representar tão somente os ajustes que a administração, nessa qualidade, celebra com pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, para a consecução de fins públicos, segundo regime jurídico de direito público*”.

Há um razoável consenso dentro do Direito Administrativo sobre o conceito de contrato administrativo. O contrato administrativo (bem como todo e qualquer ajuste formal firmado pela administração pública como, por exemplo, os convênios, contratos de gestão e termo de compromisso entre entes públicos) é aqui considerado a manifestação da expressão da vontade da administração pública na sua relação com outras entidades públicas e/ou privadas. Por isso, essa relação contratual tem uma série de características que seriam consideradas exorbitantes em contratos firmados entre particulares como, por exemplo, a alteração e rescisão unilaterais por vontade da administração. O estabelecimento de contratos com as pessoas jurídicas de direito privado é um imperativo legal, sujeito às normas que devem ser cumpridas por todas as áreas da administração pública. E assim é, com exceção da área da saúde.

Até 1992, os contratos firmados entre os prestadores e o poder público eram administrados pelo INAMPS. Com a extinção desse instituto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, o controle da rede privada passou a ser dos gestores públicos de saúde. Observa-se, no entanto, que ainda hoje são raros os gestores que formalizaram a relação com a rede privada, o que tem dificultado a capacidade reguladora dos gestores do sistema público de saúde.¹

¹ Para a ilustração da situação contratual, ver Capítulo II desta Dissertação.

I.1.2. Impactos da Reforma do Estado no Setor Saúde

É necessária uma breve referência à crise do Estado contemporâneo, que traz múltiplas facetas, colocando em cheque o modelo do *welfare state* (ROSANVALLON, 1998). Essa crise vem se manifestando desde a década de 70 culminando com as experiências de Reforma do Estado nas décadas de 80 e 90.

A reforma do Estado deve ser entendida como um conjunto de experiências desenvolvidas a partir dos anos 80 visando tornar o aparelho de Estado um organismo mais eficiente, flexível, moldado pelas necessidades dos cidadãos considerados clientes/usuários de serviços públicos. As bases do *welfare state* são fortemente contestadas na década dos 80, a partir dos governos Reagan e Thatcher. Como consequência dessa(s) crise(s) ocorre a emergência das reformas de Estado. As experiências de reforma em países anglo-saxões (Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra e Estados Unidos, em especial) estimulam o debate sobre as novas funções do Estado. No campo da saúde advoga-se que o Estado deve deixar de ser o provedor desses serviços e passar a exercer uma função reguladora. Essa discussão se reflete nas experiências de separação de funções entre provimento e financiamento de serviços de saúde.

Os ideólogos da reforma do Estado foram muito influenciados pelo modelo *agent-principal* do novo institucionalismo. Segundo esta corrente, cujo principal representante é PRZEWORSKI, caberia ao Estado (o principal) contratar serviços públicos da iniciativa privada (*agent*) e zelar para que este compromisso fosse cumprido. A seguinte passagem de PRZEWORSKI (1998:45) é ilustrativa deste ponto e também do problema da contratação de serviços de saúde do ponto de vista do Estado como o principal:

“Quando faltam alguns mercados e os indivíduos tem acesso a diferentes informações, estabelecem-se entre as classes de atores relações do tipo agentXprincipal, regidas por contratos explícitos ou implícitos. Os agents dispõem de certas informações que os principals não observam diretamente: os agents sabem o que os motiva, têm conhecimento privilegiado sobre suas capacidades, e podem ter a chance de observar coisas que os principals não podem ver. Executam inclusive algumas ações que, pelo menos em parte, são feitas sem o conhecimento do principal. Em termos genéricos, portanto, o problema que o principal tem de enfrentar é o seguinte: Como induzir o agente a agir em seu interesse (dele, principal), respeitando ao mesmo tempo a restrição à participação – isto é, oferecendo ao agent a renda (ou o benefício) da próxima melhor oportunidade -, e a restrição de ‘compatibilidade do incentivo’, isto é, permitindo ao agent que atue também em nome de seus próprios interesses”.

As reformas de Estado baseavam-se em uma série de princípios expostos por OSBORNE & GAEBLER (1997): o governo deve navegar em vez de remar, ou seja, o governo deve apontar os caminhos da resolução dos problemas e não tentar resolvê-los diretamente; deve-se incentivar a participação comunitária; a competição entre prestadores públicos e privados gera resultados positivos; o governo deve ser orientado por missões (hoje traduziríamos por metas) em vez de por rotinas e procedimentos burocráticos; o governo deve fornecer resultados palpáveis à população; o governo deve atender às necessidades de seus clientes e não os da burocracia; o governo deve gerar receitas e não despesas; deve ser descentralizado e incentivar o trabalho em equipe; o governo deve ser orientado ao mercado.

Esses princípios orientadores da reforma do Estado foram encampados por Luiz Carlos Bresser Pereira, titular do Ministério da Administração e Reforma do Estado no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso (1994-98).

No Brasil, os reflexos dessa discussão começaram a ser sentidos na década de 90, no governo Collor, mas chegaram ao seu auge em 1995, com a publicação do Plano Diretor de Reforma de Estado. Suas conseqüências foram a privatização de companhias estatais, a criação de Agências Reguladoras (Agencia Nacional de Energia Elétrica, Agência Nacional de Telecomunicações, Agencia Nacional de Saúde Suplementar), e, no âmbito que interessa a essa dissertação, a promulgação da Lei Federal nº 9.637/98, que prevê a introdução de contratos de gestão com Organizações Sociais ou com Agências Autônomas.

Há uma nova corrente teórica que faz a crítica dessa concepção de Reforma do Estado. Institui, como conseqüência, dessa análise, o conceito de Estado Contratual (TROSA, 2002). Segundo essa corrente, a função primordial do Estado – entendido como o principal, na corrente neo-institucionalista - passa a ser a de negociação com os provedores (sejam públicos ou privados) – entendidos como os agentes - para o fornecimento de bens e serviços demandados pelos usuários. Os serviços prestados devem, na medida do possível, deixar de ser padronizados e atender a necessidades de cada indivíduo demandante. O poder público tem a missão de equilibrar a necessidade de serviços prestados (por exemplo, número de serviços de saúde) e impactos (melhoria das condições de saúde da população).

Segundo esta corrente, o ponto fundamental não é o estabelecimento de contratos muito detalhados que não dêem incentivos de inovação aos prestadores, o ponto importante é a clareza de ambas as partes em relação ao resultado que se almeja, a negociação permanente para obtê-los e a explicitação do acordo nos contratos.

O debate sobre a reforma de estado teve impactos em vários países e em todos os setores da atividade governamental. O setor saúde também foi afetado por esta discussão na década de 90. Uma das conseqüências da reforma de estado nesse setor foi a tentativa de instituir mecanismos de quase-mercado (Ver LE GRAND & BARTLETT, 1993) que resultarem em experiências de separação de funções de financiamento e provisão de serviços. RIBEIRO (2001:431) diz que:

“As soluções da reforma inglesa buscaram ampliar o volume e a qualidade da oferta pública sem desencadear exagerados impactos nos custos. Na década de 90 a reforma organizacional promoveu a competição coordenada pelo orçamento público, desenvolvendo um quase-mercado, em que os incentivos foram direcionados segundo a capacidade de captar clientes informados. Os benefícios aos participantes devem advir do uso adequado do orçamento. (...) Nesse modelo, espera-se que as estratégias maximizadoras dos agentes, no sentido de reduzir o volume de referências e consumo de novas tecnologias, sejam limitadas pela decisão dos pacientes informados em escolher as organizações de maior qualidade”.

Cabe salientar que a separação de funções não é um fim em si mesmo, mas um meio de se buscar uma melhor prestação de serviços ao usuário. Com a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde, teoricamente aumentaria o controle do gestor sobre os provedores, mediante a inclusão de metas e indicadores de desempenho a serem atingidos.

“Até hoje o controle (dos gestores sobre os provedores de serviços de saúde) é reduzido. No entanto, o modelo contratual possibilita um controle maior e controle no sentido positivo, de poder influir nas etapas inferiores para que haja mais atenção primária ou mais serviços de um tipo do que de outro. Portanto, a adoção desse modelo (de separação de funções) significa poder influir nos provedores. Caso contrário, é melhor não adotá-lo. Existem países que estão fazendo tudo isso, mas sem conseguir influir nos provedores”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL, 2001:31)

Ao comentar a reforma do setor saúde na Grã-Bretanha, MELO *et alii*, (1999:9) afirmam que:

A principal modificação desejada pela reforma, ao separar provedores e compradores de serviço, foi transformar gerencialmente o sistema, instituindo uma estrutura competitiva que premia a eficiência e a qualidade. O financiamento dos DHAs (e, por extensão, dos hospitais que estavam em sua vasta maioria sob sua administração direta) passa com a reforma a ser feito através da compra de serviços realizados pelos trusts e GPs fundholders. É esse mercado de bens e serviços interno ao próprio setor público — portanto um quase-mercado — que determinará os preços, a qualidade e o volume de serviços de saúde.

Como afirma Pereira (2004:42):

“Destaca-se aí uma das grandes estratégias do projeto de Reforma do Estado nos anos 90: a implementação de novos arranjos entre o setor público e o setor privado no que se refere à execução de ações de gerência, antes atividades exclusivas do Estado, no que se refere às instituições estatais. Segundo essa lógica essas ações deverão ser regidas pelo princípio da competitividade no interior da máquina pública, bem como ser executadas, preferencialmente, por organizações sociais e instituições não-governamentais, produzindo, assim, um efeito camaleônico ao projeto de privatização/terceirização do Estado”.

A mesma autora lamenta a forma acrítica como a discussão sobre a separação de funções foi conduzida no Brasil: *“Perguntamo-nos, por conseguinte, até que ponto o Estado brasileiro, particularmente na segunda metade da década de 90, absorveu acriticamente tal proposição e passou a tomá-la como verdade absoluta na área da saúde, independentemente das peculiaridades do sistema de saúde brasileiro e das distintas realidades regionais e de gestão deste sistema no país”.* (PEREIRA, 2004:120)

Segundo a abordagem propagada pelos defensores da reforma do estado no setor saúde, caberia ao gestor público a organização, regulação e financiamento dos serviços e, mediante contratos de gestão que estabeleceriam indicadores e metas a serem cumpridas, os prestadores teriam os meios e autonomia para alcançá-las. Incentiva-se a competição entre os serviços e a liberdade do usuário na escolha do melhor serviço. Os defensores destas práticas alegam que, mediante a separação de funções, busca-se além de assegurar uma maior autonomia dos prestadores públicos e privados, melhorar a qualidade dos serviços prestados. Autonomia e qualidade dos serviços seriam as palavras-chave para essa corrente. A reforma do Estado no setor saúde destina-se a criar mecanismos de quase-mercado na crença de que a competição entre os prestadores levaria ao aumento da qualidade dos serviços. MELLO (2000, I, 44) diz que:

“A constituição de mecanismos de quase-mercado, por meio de separação de funções de financiamento/regulação e prestação de serviços, exige uma reforma do Estado, de tal modo que as instituições financiadoras/reguladoras se capacitem e se fortaleçam

*nessas funções e que passem a operar, nas suas relações com os órgãos prestadores, por contratos. A prática da contratualização vai exigir uma série de capacidades do ente estatal comprador/regulador: análise da necessidade e da efetividade dos procedimentos; estabelecimento de prioridades; explicitação das prioridades em metas claras e verificáveis; controle de qualidade, especificação dos produtos e monitoramento do desempenho; operação de potentes sistemas de informação e controle da seleção de riscos por parte dos prestadores”.*²

As reformas do Sistema de Saúde ocorridas nas décadas de 80 e, em especial, 90 foram feitas objetivando a redução dos custos, a descentralização das ações e a orientação para o mercado. ALMEIDA (1999:268) afirma que: “ ... *pode-se dizer que dois eixos centrais têm orientado as perspectivas reformistas setoriais: a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do mix público/privado, a partir da descentralização das atividades e responsabilidades (...), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado, e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (tanto público quanto privados)”*”.

É interessante observar que justamente no momento em que no Brasil há uma tentativa de instituir um sistema de saúde público, universal e gratuito, mediante a construção do SUS, em todo o mundo percebe-se o movimento contrário; assiste-se à tentativa de formação de sistemas de saúde que lancem mão de mecanismos de mercado. O SUS foi bombardeado por uma ideologia que propugnava a ineficiência do setor público e a superioridade de mecanismos privados de atuação.

Não ficou provado que a separação de funções entre financiamento e provisão de serviços tenha aumentado a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

“É um processo muito dinâmico (o da separação de funções), porque as coisas não estão completamente claras nem acabadas. De sete, oito ou dez anos para cá lançamos todos em uma nova dinâmica, alguns países mais do que outros. No entanto, é importante não concluir desta apresentação, que existe um modelo bem acabado, bem finalizado, mas que os países estão empreendendo uma aventura com algumas noções muito claras que permitem progredir rumo à eficiência e a qualidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BANCO MUNDIAL:23)

Apesar do discurso apologético que se utilizou para defender essas reformas gerenciais, a separação de funções parece-nos muito mais orientada para a redução de

² No Capítulo IV elencamos uma série de causas do baixo índice de contratação entre as quais salientamos a baixa capacidade dos gestores públicos e a dificuldade na quantificação das necessidades de saúde da população.

custos do sistema do que para o aumento da qualidade. De todo modo, é importante salientar que a separação de funções entre financiamento e provisão deve ser formalizada por meio de contratos claros que estabeleçam metas a serem alcançadas pelas partes envolvidas. Pode-se questionar até que ponto foram transformados em realidade os princípios expressos pelas correntes que defendem a maior eficiência e autonomia do setor saúde posto que, como veremos, não foram formalizadas as relações entre os financiadores e provedores de saúde no Brasil.

I.1.3 Descentralização

A descentralização política pode ser entendida como uma luta pela distribuição de poder entre os distintos níveis de governo dentro de um país federativo. O processo de descentralização política é uma tendência verificável em vários países latino-americanos nas últimas décadas.

Há várias razões para a descentralização das ações políticas de governo. Há razões econômicas, políticas e geográficas. Dentro de uma ótica estritamente econômica pode-se compreender a descentralização a partir do seguinte excerto de GIAMBIAGGI (1999:243):

“Em relação aos fatores econômicos, a busca de uma alocação de recursos mais eficiente constitui um dos principais objetivos do processo de descentralização. Do ponto de vista do setor público, a descentralização significa determinar qual esfera de governo pode administrar de forma mais eficiente os impostos, os gastos, as transferências, a regulação e outras funções públicas.

A função alocativa do setor público está diretamente associada à questão da descentralização. A questão principal é definir os bens e serviços públicos que devem ser fornecidos de forma centralizada e aqueles cujo fornecimento descentralizado pode proporcionar ganhos de eficiência.

Os defensores da descentralização dos gastos alegam que, se os bens e serviços públicos locais são fornecidos pelas esferas de governo que se encontram mais próximas dos beneficiários, a alocação de recursos públicos tende a ser mais eficiente. Em outras palavras, as esferas de governo subnacionais estariam mais perto dos eleitores, dos consumidores e dos contribuintes e, dessa forma, mais capacitadas para perceber as preferências locais no que diz respeito aos serviços públicos e impostos”.

Atualmente existe no SUS uma tensão entre uma tendência à descentralização, que está expressa na lei, com os níveis regionais e locais devendo assumir tarefas e poderes

anteriormente centralizados na União e uma tendência de mera delegação de tarefas do nível central para os níveis inferiores de gestão. Isso se manifesta pela grande quantidade de portarias promulgadas diariamente pelo MS que afetam os demais níveis de governo. Existiriam assim tendências contrárias, ora maior descentralização, ora maior centralização de poderes no campo da saúde pública. Esse é um dos fatores que afetam o processo de contratação de prestadores.

A descentralização do setor saúde pode ser compreendida dentro dos parâmetros propostos por OSACK (1991:13-14, grifos nossos):

*“El empleo que nosotros realizamos del concepto de descentralización para referirnos al campo de la salud se halla más próximo a la noción de descentralización francesa que a la anglosajona. En este sentido consideramos que **la descentralización efectiva de los servicios de salud supone el desplazamiento del flujo de poder político, administrativo y tecnológico, desde ciertas unidades centrales a niveles periféricos, intermedios y locales.** La descentralización es así un instrumento de reestructuración del poder, acercando los problemas a las instituciones de niveles e intermedio y locales y traspasándoles la capacidad para tomar decisiones dado que no hay descentralización efectiva sin capacidad normativa en cada nivel. **Se debe diferenciar entonces la delegación de poder para decidir sobre los fines y/o medios que supone el proceso de descentralización y lo que constituye una mera transferencia de atribuciones sin el correspondiente poder decisorio**”.*

MENDES (2001, II) afirma que a descentralização dos sistemas de saúde é um processo observado em todo o mundo que apresenta pontos fortes e pontos débeis. Pode-se apontar como uma vantagem do processo de descentralização uma maior participação popular, maior eficiência alocativa, maior adaptação as situações locais. Como desvantagem o autor aponta, entre outros, perda de escala, clientelismo das situações locais (que, a nosso ver, também pode ocorrer em sistemas centralizados) e aumento dos custos de transação. Nas palavras do autor (MENDES, 2001 II: 24):

“A descentralização dos sistemas de serviços de saúde foi impulsionada por um desencanto com sistemas centralizados que se caracterizaram por controle burocrático, resistência à inovação, ineficiência, apropriação corporativa, manipulação política, pouca capacidade de adaptação às mudanças ambientais e baixa resposta às necessidades da clientela. Após anos de descentralização dos sistemas de serviços de saúde, a experiência internacional indica que há áreas em que a descentralização do processo decisório não deve incidir: a definição de macropolíticas de saúde, as decisões referentes aos recursos estratégicos, a regulação de setores como de medicamentos e equipamentos de alta densidade tecnológica e a macroanálise de situação e tendências de saúde”.

No Brasil, reconheceu-se a necessidade desta transferência de poder no setor saúde. A CF de 1988, a Lei nº 8.080 e a normatização ministerial são claras no que tange à

divisão de responsabilidades entre os três níveis de governo. A CF instituiu a saúde como direito social, o princípio da integralidade da atenção à saúde, bem como a descentralização dos serviços. A lei nº 8.080 ratifica e operacionaliza os princípios constitucionais. As NOBs criaram espaços de negociação entre os níveis de governo (Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite), instituíram as habilitações para estados e municípios, preveram as modalidades de transferência fundo a fundo a princípio, segundo teto financeiro, depois segundo valor *per capita*, apostam num modelo de atenção que tenta incentivar a atenção básica mediante o Programa de Agentes Comunitários em Saúde e do Programa de Saúde da Família (PACS/PSF). Como afirmam VIANA *et alii* (2002a:499): “... as NOBs formam um conjunto contínuo, posto que (...) cada Norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento (federativo e dos prestadores privados)”.

Essa transferência de responsabilidades teve conseqüências diretas na rede de serviços de saúde. Como mostramos adiante³, na década de 90 aumentou fortemente a presença da rede pública municipal no total de estabelecimentos hospitalares no Brasil. Já há algumas evidências do aumento da qualidade dos serviços prestados do setor saúde em função da descentralização do sistema. (VIANA, 2002b; COSTA *et alii* 1999)

No Brasil, ao longo da década de 80, e em especial da de 90, foram descentralizadas muitas ações e serviços de saúde para o nível municipal. A relação contratual com a rede privada também passou a ser responsabilidade dos níveis subnacionais. No entanto, a formalização contratual não se constituiu como um problema de alto valor para os gestores municipais, no sentido Matusiano (ver RIVERA, 1996:361).⁴

I.1.4 Necessidade em saúde

Para a definição de necessidades de saúde, é fundamental trazer, ainda que de forma operacional, a noção de saúde. Tomamos como ponto de partida a definição de saúde expressa na Declaração de Alma Ata: “*The Conference strongly reaffirms that health,*

³ Ver Item II.1, Desenho da Rede Hospitalar Vinculada ao SUS.

⁴ Voltaremos a esse assunto no Capítulo IV, Item IV.1 “Capacitação dos Gestores”.

which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector". (Declaration of Alma Ata, 1978)

A saúde não é, pois, apenas a ausência de doenças, mas a promoção de medidas que garantam o bem estar da população. Nesta definição ampliada de saúde, ações voltadas à educação e a melhoria da redistribuição de renda teriam impactos na saúde da população. Partindo desse princípio, o aumento do saneamento básico teria impacto na taxa de doenças infecto-contagiosas, o aumento da escolaridade das mães diminuiria a desnutrição infantil (LEI *et alii*, 1997; NEUMAN, *et alii*, 2000, LIMA, *et alii*, 2004). Há outras ações, no entanto, usualmente denominadas ações de assistência à saúde, que devem ser realizadas por meio de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas, postos de saúde, etc.).

Cabe ao gestor público a realização de um diagnóstico da situação da saúde em seu território e o levantamento das necessidades de saúde de sua população que possam ser satisfeitas por meio desses serviços. É preciso dizer, no entanto, que é altamente polêmico o conceito de necessidade em saúde. Como assinalam HULKA & WHEAT (1985:445): *"Need is an imprecise concept represented in the literature by a plethora of health status measures. In general, there are two broad categories: individually perceived health status and professionally assessed"*. Há mesmo uma corrente da economia que advoga o seu abandono, por considerá-lo pouco operatório (IUNES, 1995). Em seu lugar defende-se o conceito de demanda em saúde, definido como a procura da população pelos serviços de saúde. Ainda assim, a discussão sobre esse tema é importante, pelo fato de que a contratação de serviços de saúde deve se basear em critérios técnicos que, levando em conta a escassez de recurso financeiros, maximize a satisfação dos usuários do sistema de saúde.

É preciso levar em conta que:

"A definição do conceito de necessidade transmite a noção de que as necessidades médicas de uma pessoa ou de uma sociedade sejam facilmente estabelecidas ou acordadas entre os profissionais da área. No entanto, esse não é o caso. Na verdade, (...) o conceito de necessidade se baseia em algumas hipóteses fortes, tais como:

a) a existência de um padrão claramente definido do que seja 'boa saúde';

- b) conhecimento perfeito das necessidades de saúde da população;
- e
- c) conhecimento perfeito da capacidade das intervenções médicas para melhorar as condições de saúde das pessoas.

Como é reconhecido nenhuma dessas condições é satisfeita, e, neste sentido, o conceito de necessidade deixa de ser absoluto para tornar-se relativo. Como Cooper coloca: 'Necessidade é, em todo caso, uma questão de opinião médica, não um fato médico. Trata-se de um entre muitos pontos ao longo de um contínuo'. (IUNES, 1995:118)

Outro aspecto que deve ser salientado quanto à dificuldade e polissemia do conceito de necessidade em saúde prende-se ao fato de que ele se refere a uma noção instrumental, relacionando-se, muitas vezes, a necessidades individuais. Não há consenso na literatura. PEREIRA (1995) afirma que pode-se estabelecer uma distinção entre três tipos de necessidades:

- a) sentidas – aquelas que os indivíduos sentem mas não necessariamente se convertem em procura;
- b) expressas – aquelas apresentadas aos serviços de saúde;
- c) normativas – aquelas identificadas pelos profissionais da área de saúde.

O autor conclui que: *“Resulta claro também que a necessidade não deve ser vista como um conceito absoluto, mas antes relativo e dinâmico”*. (PEREIRA, 1995:286).

Pode-se falar também de necessidades criadas pelas novas tecnologias e/ou pelos profissionais de saúde. As necessidades criadas são uma das grandes dificuldades na aferição das reais necessidades em saúde.

Outra dificuldade refere-se ao fato de que o credenciamento de serviços no SUS nem sempre ocorre levando-se em consideração necessidades ou demandas concretas e, muitas vezes à margem de um processo de contratação. Por exemplo: um serviço novo é instalado em alguma cidade; o responsável por este serviço convence o gestor público da necessidade desse serviço; o gestor solicita à CIB o credenciamento; a CIB solicita à CIT; a CIT encaminha ao Ministério; o Ministério o credencia e começa a pagar a produção

Do ponto de vista de uma situação-objetivo desejável, depois de definir o que são as necessidades de serviços de uma população e suas formas de mensuração – por mais difícil que isso seja –, o setor público deve planejar uma política e sua implementação pode se dar diretamente (o Estado executa ações e serviços) ou mediante a contratação de particulares.

I.1.5 Planejamento em Saúde

Outro aspecto importante para a compreensão do processo de contratação de serviços de saúde é o conceito de planejamento. O processo de planejamento deve ser entendido como a tentativa de transformação em realidade dos planos/objetivos estabelecidos pelos homens. Este trabalho parte do pressuposto de que a qualidade dos contratos existentes entre a rede pública e os prestadores privados, bem como a sua própria existência, refletem a qualidade do planejamento existente nas instâncias que os elaboram. Assim, hipoteticamente, quanto mais capacitados os técnicos responsáveis pelo planejamento de determinada Secretaria de Saúde, melhor a definição das necessidades de saúde da população e melhor a qualidade dos contratos firmados com os particulares.

No setor saúde um importante marco do planejamento foi a criação do método CENDES/OPAS, em 1962. Esse método sofreu uma crítica por basear-se muito numa concepção economicista e normativista da realidade. O planejador é visto como uma entidade não relacionada ao planejamento e as prescrições técnicas teriam o poder de conformar a realidade aos ditames da razão (FEKETE, 2001).

A essa concepção contrapõe-se um outro tipo de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), cujo criador e principal representante é MATUS (1996a, 1996b). Segundo esse autor:

“O planejamento é uma das maiores conquistas libertárias que o homem pode almejar. Porque o plano é a tentativa do homem para criar seu futuro; é lutar contra as tendências e correntes que nos arrastam; é ganhar espaço para escolher; é mandar sobre os fatos e as coisas para impor a vontade humana; é recusar-se a aceitar o resultado parcial que a realidade atomizada de infinitas ações contrapostas oferece-nos anarquicamente; é rejeitar o imediatismo; é somar a inteligência individual para multiplicá-la como inteligência criativa e criadora.

O planejamento é uma arma de reflexão e decisão que nos afeta a todos e nos permite lutar com meios mais poderosos contra a força dos fatos que nos arrastam numa direção que não escolhemos, ou que nos é desconhecida, ou que foi decidida por nossos adversários, ou que não corresponde aos propósitos ou desejos de ninguém. Se somos arrastados e conduzidos, abrimos mão da liberdade, diminui nossa capacidade de escolha”. (MATUS, 1996b:182-183)

O Planejamento tradicional parte do princípio que a realidade pode ser moldada pelos planos concebidos por uma inteligência superior que seria um ator único, que desenha um plano com um final fechado, ou seja, o resultado das ações está definido de antemão. Já o PES assume a incerteza e complexidade da realidade e, partindo desse pressuposto indaga-se como pode o ator modificá-la segundo seus objetivos. Há três critérios básicos para a definição do ator: a existência de um projeto político definido; a existência de representatividade ou de uma base organizativa; o controle de recursos relevantes para a situação, ou seja, a possibilidade de controlar variáveis críticas para a situação problemática (ARTMANN *et alii*, 1997:726). As estratégias elaboradas por este método partem sempre da incerteza, a construção da realidade é sempre contingencial e influenciada pelo ponto de vista do ator principal e de outros atores envolvidos. A estratégia é, no fundo, uma aposta.

Segundo GRAMSCI (apud BOBBIO,1999:40) , uma das bases teóricas de Matus, em uma afirmação por que pode ser ilustrativa desta abordagem de planejamento diz que: *“Na realidade ‘prevê-se’ (...) na medida em que se atua, em que se aplica um esforço voluntário e, portanto, em que se contribui concretamente para criar o resultado ‘previsto’. A previsão se revela, assim, não como um ato científico de conhecimento, mas como a expressão abstrata do esforço que se faz, como o modo prático de criar uma vontade coletiva”*.

Os atores, dentro da perspectiva proposta por MATUS (1996b), podem ser definidos como indivíduos ou grupos que detêm poder, incluindo aqui o controle de diferentes recursos, não somente os políticos, e são capazes de usar ou construir meios estratégicos para alcançar os objetivos propostos. Diferentemente do planejamento tradicional, as propostas de ação são construídas a partir de vários cenários e o plano não é único ou de final fechado, mas prevê resultados segundo os cenários previstos. O cenário é uma projeção da realidade no futuro que leva em conta múltiplas variáveis que interferem nas situações existentes.

Evidentemente que, pela própria dinâmica da realidade, há que se elaborar sempre planos de contingência que visam à correção dos rumos tomados, quando se detectam erros de concepção ou do rumo tomado por determinada estratégia, pois ao realizar a simulação sobre as condições futuras os cenários permitem visualizar e antecipar vulnerabilidades do plano e elaborar operações para solucioná-los. Na análise estratégica

busca-se encontrar quais as operações do plano são viáveis ou inviáveis, assim aproveita-se para, através da implementação das operações viáveis, vislumbrar as possíveis reações de cada ator envolvido no problema.

A análise dos demais atores envolvidos é indispensável para identificar o interesse e a motivação de cada um e que movimento exercerá em relação às ações planejadas. Superar restrições é interagir com atores e administrar operações, meios estratégicos, através do tempo.

Os meios estratégicos utilizados para se alcançar determinados objetivos são os de imposição, persuasão, negociação (cooperativa, conflitante, e mista), recompensa e intercâmbio, mediação, julgamento em tribunais, coação, confronto, dissuasão e guerra. O repetido uso de meios estratégicos tem permitido um respaldo para garantir e facilitar sua melhor utilização. Abaixo caracterizamos brevemente cada um deles:

- A imposição é um meio estratégico baseado na autoridade e na hierarquia;
- A persuasão é baseada na sedução por parte do líder, sem redundar em trocas naquele momento e sim na promessa de uma recompensa futura;
- A negociação implica a resolução de conflitos, a capacidade de ceder algo se a outra parte também ceder, promovendo um acordo que seja vantajoso para todas as partes envolvidas;
- A mediação é utilizada quando a negociação não apresenta grandes probabilidades de êxito e não há disposição para julgamento em tribunais, confronto ou guerra;
- A recompensa e intercâmbio que pode envolver o estímulo econômico, os ganhos de poder de um ator para outro;
- A coação e a dissuasão são meios estratégicos baseados na ameaça do uso da força.

O tempo é a variável-chave de toda estratégia, segundo MATUS (1996b). Entende-se bem esse conceito pela produção de restrições e /ou possibilidades que o tempo permite para a formulação de estratégias adequadas para a obtenção de êxito.

Numa situação de definição estratégica concreta (por exemplo: cooperação e conflito) haverá sempre uma concorrência entre processos alternativos e mutuamente excludentes. Muitas vezes as circunstâncias exigem ceder diante das restrições, buscar

aliados, rodeios táticos, atacar pelo ponto de menor resistência, etc. Deve-se sempre manter o sentido da direcionalidade do projeto político. O método pode ser descrito como um permanente exercício de reflexão sobre o futuro e o passado, pois analiticamente, para Matus um método prospectivo deve também poder ser retrospectivo.

Na tentativa de resolução do problema da ausência de contratos entre o setor público e os prestadores privados de saúde, por exemplo, é possível elaborar uma estratégia que envolva a cooperação entre os três níveis de governo, cabendo ao Ministério da Saúde a publicação de orientações básicas para a contratação, e aos municípios e estados a responsabilidade pela realização de contratos tempestivos e criativos. É necessário também, considerar os conflitos e elaborar estratégias adequadas, para o caso dos prestadores privados oferecerem resistência à contratação. É preciso agregar outros atores ao processo – como, por exemplo, os Ministérios Públicos e os Tribunais de Contas – como forma de resolver os nós críticos dos problemas detectados.⁵

Portanto, as principais características do planejamento estratégico, que o diferenciam dos modelos normativos, são: no planejamento estratégico o planejador participa da realidade junto com os outros atores; os diversos pontos de vista não são entendidos como a única verdade, mas como um olhar entre outros; a explicação da realidade problemática e as decisões possuem dimensão política e técnica. A análise é dinâmica e sistemática e varia a cada passo da operação, conforme a situação e direcionalidade que vai assumindo e também conforme a variação das relações de poder, ou controle dos recursos relevantes. Essa é a principal característica do PES que o torna capaz de lidar com as incertezas e surpresas.

Nesse contexto, o PES pode auxiliar na montagem de um cenário em que a União e os municípios se unam para superar obstáculos interpostos pelos gestores intermediários. Pode haver outras situações nas quais a descentralização, entendida como municipalização da saúde, pode não ser desejável, como é o caso de alguns estados da Região Norte. Nesse caso, deve-se elaborar uma estratégia de estímulo ao papel do gestor estadual na assistência até que os municípios tenham condições de estabelecer uma assistência à saúde adequada.

⁵ Ver Capítulo V desta dissertação: “Estratégia de Atuação”.

Ao invés da imposição de normas e formas idênticas para todo o País, o PES permite analisar cada realidade específica e propor soluções e metas para cada problema localizado. Permite também reconhecer e trabalhar com a diversidade de interesses e de atores necessários à consecução da regionalização e da descentralização da saúde.

O planejamento se refere, portanto, a uma situação na qual, partindo de uma análise do presente, se estabelece um desenho de uma situação desejada para o futuro, vislumbrem-se os cenários possíveis de atuação, desenham-se as táticas e estratégias de atuação, manejam-se os recursos disponíveis, dentro da governabilidade dada em cada situação de gestão. A esse respeito afigura-nos fundamental a análise dos conceitos elaborados por MATUS (1996 a e b).

O planejamento parte da análise de uma situação dada e elabora uma série de ações e operações visando alcançar uma situação desejada. Pode-se dizer que qualquer ação contempla um mínimo de planejamento. Mesmo se a situação desejada seja a manutenção da situação atual é necessário o planejamento uma vez que, num mundo em constante mudança, nada garante que os atores que estão numa situação na qual disponham de poucos recursos de poder não atuem no sentido de se aumentar o seu poder e modificar a situação existente.

“O planejamento consiste em definir como as atividades irão acontecer, identificar o volume de recursos necessários à sua utilização e definir como esses recursos deverão ser obtidos e combinados. Está, portanto, dirigido para o que deverá acontecer, ou melhor, o que se deseja que aconteça. O planejamento financeiro consiste em prever o volume e os tipos de recursos necessários para atingir os objetivos da organização e definir como eles serão aplicados (utilizados). A elaboração e o estabelecimento de um plano ou orçamento integrado de atividades são, freqüentemente, tidos como responsabilidades principais do planejamento”. (COUTTOLENC, 2002:17).

Há uma vasta discussão na literatura sobre o conceito de planejamento em saúde. Uma definição operacional sobre esse tema pode determinar que:

“Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. (...) No setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e

eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde”. (COUTTOLENC, 2002:13)

Uma observação preliminar a respeito do planejamento em saúde é a de que o sistema de saúde é formado por organizações de serviços complexas, formadas por profissionais altamente especializados, com alto grau de autonomia. Numa situação desse tipo é necessária uma profunda compreensão da missão do sistema. Os serviços/organizações de saúde que são o objeto de planejamento nessa situação devem ser analisados como organizações profissionais no sentido dado por MINTZBERG. VIEIRA (2004, 36), analisando a obra deste autor, caracterizam as organizações profissionais como as que *“baseiam-se no trabalho de profissionais qualificados, altamente especializados e com grande autonomia no desempenho de seu trabalho, numa estrutura descentralizada horizontalmente. São organizações onde é preciso aglutinar equipes multidisciplinares e criativas de forma proporcional à complexidade das inovações a que se propõem. Nesse caso, em particular, estruturas burocráticas e/ou centralizadas podem se revelar um grande empecilho ao seu funcionamento”*.

A adaptação do PES para contextos da política de saúde vem sendo realizada ao longo dos últimos anos por uma série de estudiosos e planejadores da saúde pública (MENDES, org, *et alii.*, 1994). A partir de experiências concretas de aplicação do método PES em pequenos municípios brasileiros, os autores dizem que os métodos previstos por MATUS afirmam que:

“As categorias analíticas centrais do enfoque estratégico em planejamento e os referenciais teóricos onde se inserem não são suficientes (...) para dar conta da especificidade do objeto de trabalho do planejamento em saúde. é necessário portanto, que, nos momentos de aplicação do enfoque em realidades sanitárias concretas, tais categorias gerais se façam acompanhar de outras que permitam inter-relacionar o ‘social global’ e o setorial (...) que possibilitem articular os espaços ‘singular’ e ‘particular’ das questões relativas à saúde como o espaço ‘geral’ da sociedade como um todo. Assim, tais categorias deverão poder servir de mediação para a explicação de fenômenos que, embora inter-relacionados, são irreduzíveis uns aos outros (...). (ARTMANN & SÁ 1994:38)

I.1.6 Serviços de Saúde como bem econômico

Constitui interesse dessa dissertação a discussão a respeito de financiamento em saúde. Parte-se da hipótese de que as formas que o setor saúde vem adotando para o seu financiamento inibem a contratação de serviços. Atualmente, há dezenas de incentivos e formas de repasse de recursos do MS como, por exemplo: repasses fundo a fundo, convênios com estados e municípios, remuneração direta aos prestadores, incentivos a programas específicos e recursos extrateto (FIDEPS, FAEC). O financiamento é: *“a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à consecução das atividades (ou seja, de onde vem esses recursos); consiste em identificar e estudar as diversas fontes de recursos possíveis e determinar sua melhor combinação”*. (COUTTOLENC, 2002:117).

Segundo os parâmetros da economia ortodoxa, num ambiente de concorrência perfeita o preço de um bem é determinado pelo encontro entre a demanda por esse bem, que mostra quanto os indivíduos estariam dispostos a pagar por ele, com a oferta, que reflete quanto os produtores estariam dispostos a oferecer em condições de perfeita eficiência técnica num mercado em que vigora a competição. Esse mercado, não existe no mundo real.

O mercado de saúde tem peculiaridades que exigem maior atenção. Para começar pode-se problematizar a soberania do consumidor no mercado de saúde. Se para outros bens econômicos o consumidor tem sempre a opção de recusar-se ao consumo, para o setor saúde essa opção não é automática. Assim, se um consumidor, conforme sua necessidade, pode optar entre bens alternativos como, por exemplo, alimentação e vestuário, no que se refere à necessidade de saúde isso não é verdadeiro. Numa situação de urgência ou emergência não há possibilidade de escolha.

Alguns analistas argumentam que o atendimento ambulatorial ou a internação hospitalar seriam bens substitutos, porém sabe-se que, dependendo da natureza do agravo isso não se verifica. O bem saúde é um bem essencial, apresenta baixa elasticidade-preço da demanda, ou seja, a demanda é insensível a variações de preço, os consumidores continuariam consumindo os mesmas quantidades de serviços de saúde independentemente

do aumento do preço destes serviços. Os bens públicos caracterizam-se pela não exclusividade e pela não rivalidade. GIAMBIAGI (1999:20-21) afirma que

“Os bens públicos são aqueles cujo consumo/uso é indivisível ou ‘não-rival’. Em outras palavras, o seu consumo por parte de um indivíduo ou de um grupo social não prejudica o consumo do mesmo bem pelos demais integrantes da sociedade. Ou seja, todos se beneficiam da produção de bens públicos, mesmo que, eventualmente, alguns mais do que outros. (...)

Outra característica importante é o princípio da ‘não-exclusão’ no consumo desses bens. De fato, em geral é difícil ou mesmo impossível que um determinado indivíduo usufrua de um bem público”.

Assim, para esse tipo de bem, dizer que é não excludente significa que o seu consumo por um indivíduo impede o seu consumo por parte de outro. Dizer que é não rival significa que o seu consumo por um indivíduo implica o consumo por outros. Exemplificando com dois bens que são sempre citados como públicos: a iluminação pública e a segurança pública. O caráter não excludente da iluminação pública é dado pelo fato de que, ao se implantar um sistema de iluminação é impossível excluir um indivíduo dos que serão beneficiados. Dizer que é não rival significa que se um for beneficiado, todos o serão. Trata-se dos dois lados da mesma moeda.

Para alguns autores, por conta desses fatores, os bens públicos devem ser providos pelo Estado.

No entanto, pode-se argumentar que nenhum desses bens pode ser considerado público *strictu sensu*. Isto porque, numa situação de recursos escassos, do ponto de vista dos moradores de uma rua é impossível selecionar quais moradores seriam beneficiados pela iluminação pública ou pela segurança. No entanto, a escolha das ruas de uma cidade que serão beneficiadas pela iluminação ou pelo policiamento é rival. Assim, numa situação em que, por exemplo, o contingente policial é reduzido, o Estado tem de escolher quais bairros de uma cidade serão vigiados e quais terão que enfrentar a guerra urbana cotidiana. Ademais, pode-se argumentar que ainda que seja impossível estabelecer um preço pela segurança pública, na prática a segurança privada é um dos ramos que mais cresce na economia. É por causa disso que nos manuais mais recentes de economia tem-se eliminado a segurança pública como exemplo de bem público e, em seu lugar, tem sido incluída a defesa nacional.

No caso dos serviços de saúde há correntes dentro da ciência econômica que afirmam que tratam-se de bens meritórios. PINDICK (1994:871-872) diz que: *“Os bens públicos possuem duas características: a não rivalidade e a não exclusividade. Uma mercadoria é denominada não-rival quando, para qualquer nível específico de produção o custo marginal da sua produção é zero par um consumidor adicional. (...) Uma mercadoria é não exclusiva quando as pessoas não podem ser excluídas de seu consumo. Conseqüentemente, torna-se difícil, senão impossível cobrar pela utilização de produtos não exclusivos”*. (PINDICK, 1994:871-872)

Um exemplo de bem público é um farol que ilumina a noite para os navios. É impossível estabelecer quais navios serão beneficiados: ou todos são, ou nenhum é. Os serviços de saúde podem (e são pelo menos para os planos de saúde e consumidores privados) vendidos livremente no mercado. Tratam-se de bens rivais porque o consumo de um produto de saúde, por exemplo, uma consulta médica por parte de um cidadão, impede a consulta médica por parte de outro consumidor.

Assim, para PINDICK (1994) os serviços de saúde poderiam ser considerados bens como quaisquer outros. Deveriam, portanto, ter um preço que equivaleria ao encontro da oferta com a demanda. Refletiria, também, seu custo marginal, que é o momento no qual deixa de ser racional fornecer mais um produto, no caso pode-se dizer atender a mais um paciente, porque esse bem não vai ter seu custo coberto, no caso não vai pagar o custo do atendimento. É quando o custo dessa última unidade de produto equivale exatamente ao preço recebido que se deixa de atender ao cliente (no caso cidadão que recorre ao sistema de saúde).

No entanto, contra a economia ortodoxa pode-se argumentar que algumas ações de saúde coletiva geram externalidades positivas e, pelo menos em partes alguns deles se caracterizam pela não rivalidade e não exclusividade. O saneamento básico e programas de vacinação coletiva poderiam ser considerados bens públicos. A vacinação e o saneamento só geram resultados se todos forem contemplados (não exclusividade).

Pode-se argumentar que, da mesma forma que no caso do policiamento, é possível beneficiar um bairro, uma rua e não toda uma cidade com o saneamento, o que efetivamente acontece. Ou beneficiar a região Sul e não a região Norte (o que provam os indicadores de desigualdade em saúde no Brasil). No entanto, há ações de saúde no qual ou

abrange toda uma localidade, ou não logram resultados práticos, como por exemplo, o combate à dengue.

Como vimos, há correntes da ciência econômica que argumentam que os serviços de saúde são bens meritórios. A nosso ver a regulação da saúde e o financiamento, além de gerarem externalidades positiva, distorcem o preço real dos produtos, tornam-nos bens que não se enquadram dentro dos rígidos padrões da economia ortodoxa. Mediante esses procedimentos (o financiamento e a regulação do setor saúde), o poder público cria "ineficiências econômicas". Essas ineficiências são decididas politicamente, ou seja, o estado atua no mercado de saúde visando alcançar objetivos considerados socialmente justos ainda que economicamente ineficientes. O poder público entende que se o setor saúde fosse deixado ao livre funcionamento do mercado uma grande parcela da população não seria atendida pelo mercado da saúde. Isso legitima a atuação do estado nesta área. Por conta disso, o estado deve regular o mercado (e o sistema) de saúde.

I.1.7 Regulação do Sistema de Saúde

Os ideólogos da reforma do Estado propuseram, durante as décadas de 80 e 90, a redução do estado a fim de cumprir suas funções mínimas (segurança pública, defesa nacional, garantia dos contratos). Caberia ao mercado prover os demais bens (a saúde entre eles). O Estado teria uma tarefa regulatória para o mercado, devendo instituir as regras que os participantes do mercado deveriam seguir. Os governantes brasileiros que estavam no comando político do setor saúde não aceitaram esse tipo de orientação. Propuseram um conceito de regulação mais amplo. Cabe aqui discutir o que seria a regulação do sistema de saúde.

Propõe-se o uso do conceito de regulação conforme definido pela Portaria nº 423, de 16 de junho de 2002, que estabelece que regulação é a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. Segundo essa Portaria:

“A Regulação Assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, instituição do poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas.

Neste sentido, o processo regulatório – ao atuar no sentido de intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços – atua também sobre a oferta dos mesmos, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

Deste modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional”.

O conceito de regulação elaborado pelo MS, não se coaduna com o modelo norte-americano de regulação baseado na existência de um terceiro ator que regula a relação entre o consumidor e os prestadores e incentiva o controle de custos por parte destes (UGÁ, 2002). Os principais mecanismos inerentes a esse modelo regulatório são: contratação seletiva de prestadores (aqueles que se submetem às regras); adoção de protocolos clínicos, controle de custos; negociação permanente de preços (o que é vedado pela legislação brasileira); incentivos financeiros aos beneficiários que escolherem os prestadores preferenciais (também vedado pela legislação brasileira).

A regulação do setor saúde está relacionada à regularização da situação contratual dos prestadores junto ao gestor público. A informalidade contratual torna o gestor público permanentemente na dependência do prestador privado que pode, a qualquer tempo, suspender o atendimento ao SUS, sem que possam ser tomadas quaisquer medidas punitivas a esta prática.

Na década de 70 os Estados nacionais começam a vivenciar uma crise de legitimação aliada uma crise fiscal (O’CONNOR, 1977). Como consequência dessas duas crises umbilicalmente ligadas, na década seguinte começa a vicejar o debate sobre as novas funções do Estado.

A regulação do sistema público é um tema que emerge da discussão sobre o papel do Estado na economia. Se é possível dizer que a função original do Estado, a partir de uma leitura hobbesiana, é a de garantir a segurança e cobrar impostos sobre uma base territorial, a partir do surgimento do *welfare state* o estado agregou algumas funções julgadas socialmente relevantes pelo sistema político. Caracteristicamente, essas funções abrangiam principalmente a educação, a assistência à saúde e a assistência social.

A discussão sobre as funções regulatórias do Estado advém da crise fiscal do *welfare state*. Esta crise, cujos primeiros sinais se vislumbram ainda na década de 70, obrigou os países centrais a uma redefinição do papel do Estado. Na década de 80, com a

chegada ao poder nos países centrais de governos com ideologias fortemente neoliberais, começou um processo de redefinição do Estado. Surgem nessa época os novos termos que pautariam a discussão sobre o futuro da Administração Pública nas décadas seguintes e até hoje estão na ordem do dia: redução dos custos, busca da eficiência, Estado mínimo, governo empreendedor.

No Brasil, essa discussão se reflete com a eleição, no final da década de 90, do governo Collor, que começou o processo de abertura da economia e privatização de empresas estatais. Mas com a eleição de Fernando Henrique Cardoso acelera-se a implementação de medidas reformistas, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado que elabora o Plano Diretor de Reforma do Estado (PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1997).

A regulação estatal, portanto, compreende a concepção de que o Estado deve intervir na esfera econômica criando regras claras para os setores privados visando à garantia do interesse público e ao aumento bem estar da população.

É recente a discussão sobre a regulação da saúde e, como outros temas, dá ainda margem a uma série de debates. Uma primeira aproximação do problema pode ser ilustrada pelas idéias expressas por DE NEGRI (2001:2): *“Estabelecer uma regulação social do SUS, defensora da universalidade e operando pela equidade nas suas respostas imediatas e prospectivas, significa prover uma visão de totalidade do SUS – oportunidade dos cidadãos apreenderem a visão efetiva de sistema com os seus problemas, mas um sistema em suas intenções e possibilidades, e portanto passível de defesa e de aperfeiçoamento sistêmicos”*.⁶

Em 2001, o MS começa a discutir a questão da regulação em saúde. É criado, no DDGA/MS, um grupo para discutir esse conceito. As definições propostas por esse grupo se consubstanciam na Portaria GM/MS n° 423, de 09 de julho de 2002.

A idéia de regulação tem como pressuposto o embate entre diferentes atores sociais pela hegemonia da constituição da lógica do sistema de saúde:

“Segundo Contandriopoulos, ‘A regulação do sistema de saúde é permanentemente a consequência da tensão que existe entre o quatro lógicas de regulação: a lógica do

⁶ Como se pode depreender, as idéias a respeito da regulação do sistema de saúde são ainda muito incipientes e se prestam à discussão. O que significa, por exemplo, a regulação como “oportunidade dos cidadãos apreenderem uma visão efetiva do sistema” (NEGRI 2001:2)?

mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores – a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações que trabalham e o Estado – cujas interações e trocas, na ocasião do tratamento do problema de saúde de uma pessoa em uma sociedade, delimitam e estruturam o sistema de saúde.” (DE NEGRI, 2001:02)

Uma variação dessa idéia, expressa por MENDES (2002), entende que o sistema de serviços de saúde está sujeito a quatro formas de regulação, a saber: a regulação estatal, a auto-regulação, a regulação social e a regulação mercadológica. Ao descrever a regulação estatal, o autor diz que:

“A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo destes sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. Este modelo tecnocrático de regulação está baseado na análise normativa produzida por experts e deve ser capaz de estruturar, monitorar e avaliar as atividades do sistema de serviços de saúde de modo a verificar em que extensão os objetivos deste sistema foram alcançados”. (MENDES, 2002:31-32)

Subjacente aos pontos de vista acima expressos pelos dois autores está a idéia de que não existe sistema sem regulação. Se o sistema de saúde não segue regras que garantam o interesse público, ele é orientado pelo mercado (no caso da regulação comandada pelos prestadores privados) ou por interesses privados (no caso da regulação orientada pelos interesses dos profissionais médicos). O desafio a ser enfrentado pelos gestores públicos é conseguir regular o sistema de saúde segundo valores democráticos visando assegurar a supremacia do interesse público.

Segundo MENDES (2002) a regulação é subdividida em 11 subfunções:

- a) a condução política;
- b) planejamento estratégico
- c) comunicação social;
- d) análise de situação e tendências de saúde;
- e) avaliação econômica dos serviços de saúde;
- f) avaliação tecnológica em saúde;
- g) normalização dos processos de trabalho;
- h) desenvolvimento de recursos humanos;

- i) auditoria dos sistemas de serviços de saúde;
- j) vigilância da saúde;
- k) desenvolvimento científico e tecnológico.

As várias subfunções elencadas pelo autor, à exceção da primeira, são, na verdade, afeitas a outras áreas das instituições de saúde como o setor de planejamento, controle e avaliação. Entendemos que a área de regulação é um componente do grande campo do planejamento de uma secretaria de saúde e tem como função, aquilo que o autor expõe na subfunção “condução política”:

“Esta função é responsável pela implementação de atividades de caráter político-estratégico que objetivam criar projetos de governo e mobilizar vontades políticas e recursos econômicos organizativos e de poder para sua implantação eficaz, eficiente e com equidade.

Cabe ressaltar, aqui, a importância relativa da promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de ações dirigidas a superar as barreiras de acesso às intervenções de saúde e de ações afirmativas em relação aos grupos em situação de exclusão social”. (pg. 33)

Entendemos que o conceito de regulação da saúde se refere à possibilidade de o Estado instituir políticas, estratégias e mecanismos que garantam o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde. Mediante a regulação do sistema de saúde o poder público explicita as regras válidas para si e para os demais atores do campo da saúde pública. Nas palavras de MAGALHÃES JR (2002:09):

“Hoje temos na maioria do país (...) um fluxo completamente anômalo nesta área, com os usuários se deslocando para os mais variados serviços, às vezes repetidamente e de forma desnecessária, com o sistema não fazendo a leitura da hierarquia da gravidade clínica, misturando demandas programadas com urgências, ou seja, num patamar de desorganização imenso e desumano. A instituição de organismos reguladores nesta questão, com a implantação de centrais reguladores inteligentes, tende a permitir o ordenamento racional deste fluxo”.

Do ponto de vista do usuário pouco importa conhecer os significativos avanços alcançados pelo poder público na gestão SUS nos últimos anos. Interessa à população a garantia de um atendimento rápido, resolutivo e de qualidade. Neste sentido, a regulação da saúde está relacionada com mecanismos que garantam que o gestor público forneça a resposta mais adequada a cada demanda do usuário do Sistema de Saúde.

Paralelamente à reflexão acadêmica, o gestor público, por intermédio do MS, ao longo desse período, exerceu seu papel normatizador da gestão da assistência à saúde. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) preceitua em seus artigos 47 e 48 que:

“47. Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1 Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2 A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação”.

A Regulação Assistencial é a capacidade do poder público de responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas. Isto se traduz no desenvolvimento de instrumentos ordenadores da atenção à saúde que atuem de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

Para o funcionamento do sistema regulatório é fundamental o estabelecimento e a formalização de protocolos clínicos nos quais os profissionais possam se basear para realizar o encaminhamento adequado dos pacientes.

A regulação da saúde é o instrumento adequado, também, para premiar os melhores prestadores privados de saúde e incentivar a competição entre eles. Isto pode ser feito, mediante o encaminhamento dos usuários preferencialmente aos serviços que contam com melhor conceito junto aos serviços e programas de atenção básica. Dessa forma, o médico do Programa de Saúde da Família, por exemplo, ao identificar no usuário um problema que demande uma consulta eletiva, pode indicar um serviço ou um profissional que goze de reputação ilibada. Esse procedimento estimularia os prestadores à constante busca de melhoria da qualidade aos usuários do SUS.

Outro ponto de destaque é a questão dos contratos de gestão no setor saúde no Brasil, atualmente. Segundo RIBEIRO (2001:434-435):

“Em que pese a diversidade de contratos de gestão e, em certos casos, a pequena diferença com os planos de metas gerais estabelecidos pela administração pública, o ponto comum a estes contratos reside no estabelecimento de objetivos gerais da empresa ou organização, de indicadores de acompanhamento de desempenho e de progressividade no cumprimento de metas. O governo, por sua vez, concede autonomia à empresa pública ou funções ou serviços a serem explorados pela empresa privada. Os contratos de gestão envolvem pactuação e regulação, geralmente desenvolvidas por agências ou departamentos especializados na administração pública”.

O contrato de gestão pode ser um instrumento de regulação, mas exige pactuação e negociação entre o setor público e o setor privado, bem como entre dirigentes das entidades e trabalhadores. Essa negociação, no entanto, pressupõe capacidade de planejamento estratégico, reconhecimento de vários atores com diferentes graus de governabilidade e uma visão clara das necessidades de saúde e do impacto da qualidade da atenção que se pretende alcançar.

I.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“A resistência ao mero consenso quanto a referentes empíricos brota ainda da natureza distintamente estimativa da ciência social. Há uma relação simbiótica entre descrição e

avaliação. Os achados da ciência social muitas vezes trazem implicações significativas para a organização e reorganização desejáveis da vida social. Na ciência natural ao contrário, ‘mudanças no conteúdo da ciência quase nunca implicam mudanças nas estruturas sociais’ (...). As implicações ideológicas da ciência social redundam nas próprias descrições dos objetos de pesquisa. Até a caracterização dos estados mentais ou instituições (...) reflete uma estimativa das conseqüências que a explicação de um fenômeno que ainda não ocorreu tem para os valores políticos”. (ALEXANDER, 1999:37)

“Por mais parcial e parcelar que seja um objeto de pesquisa, só pode ser definido e construído em função de uma problemática teórica que permita submeter a uma interrogação sistemática os aspectos da realidade colocados em relação entre si pela questão que lhes é formulada”. (BOURDIEU, et alii, 1999:48)

O tema dessa dissertação, a irregularidade da situação contratual, é, ao mesmo tempo, o objeto de nossa atuação profissional ao longo dos últimos três anos. Essa dissertação reflete a tensão entre o pesquisador que perscruta a realidade e tenta encaixá-la dentro de modelos, e o homem de ação que analisa a realidade buscando modificá-la.

Essa tensão está dentro da problemática que ELIAS (1998) denominou de “envolvimento” e “alienação”. Este autor advoga que as ciências naturais são epistemologicamente superiores às ciências humanas em virtude do fato de que aquelas por essência desenvolvem uma “alienação” do seu objeto de estudo (a nosso ver poder-se-ia substituir essa palavra por distanciamento). Já as ciências humanas em geral não conseguem se distanciar do seu objeto, o pesquisador faz parte do mundo social pesquisado, não há distanciamento. O autor advoga esse distanciamento – ou, para usar uma palavra mais adequada, a objetividade – como método para as ciências humanas.

RICOEUR (1977), ao falar sobre a relação entre hermenêutica e ideologia, advoga o necessário distanciamento entre o discurso e a análise, apesar de admitir a inexistência de um espaço não ideológico no qual se possa falar sobre ideologia.

Assume-se que a discussão teórica a respeito do estudo da saúde coletiva da população como objeto de conhecimento faz parte das ciências que estudam o homem. Diferentemente das ciências da natureza, as ciências do homem têm um caráter indissolúvelmente interpretativo. Trata-se de seres humanos estudando outros seres humanos. No entanto, este estudo é também interação, troca, diálogo. No estudo da interação entre seres humanos há sempre relações de poder. E o processo do estudo é também ele uma relação de poder. Ocorre intercâmbio de idéias e valores. O estudo é

orientado por uma problemática que o antecede (e que, de uma certa forma, o constrói). O resultado desse estudo é sempre uma interpretação de uma situação social estudada. Neste caso, o objetivo do estudo é a compreensão de uma determinada problemática concreta. Esta compreensão significa o entendimento do sentido das relações sociais entre atores que integram esta problemática. As relações sociais assumem múltiplas significações para os diferentes atores sociais que delas participam. Cada ator interpreta, isto é, confere sentidos alternativos para estas relações segundo as suas posições sociais e orientados por diferentes ideologias.

Os pesquisadores também conferem sentidos para as relações sociais e têm interesses que os orientam, entre eles, a busca do conhecimento ou progresso científico ou da possibilidade de intervenção humana nos processos sociais tendo em vista o interesse público.

Na problemática analisada nesta pesquisa constituem-se atores relevantes: o setor público, representado pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e por prestadores públicos de saúde; o setor privado, representado pelos prestadores particulares. Cada ator elabora a própria estratégia segundo o seu interesse, orientado pela sua ideologia.

O cientista tenta distanciar-se do jogo para compreender suas regras. Neste sentido, ele tem um ponto de vista privilegiado, posto que o jogo que ele analisa não implica diretamente nas suas condições de sobrevivência social. Ele tem, a princípio, uma posição não comprometida com a dos demais jogadores.

Nossa dupla condição de pesquisador e agente de mudança ao mesmo tempo em que se constituiu numa fonte de angústia foi também que uma oportunidade de obter informações que dificilmente seriam dadas a um pesquisador comum. No entanto é preciso reconhecer, esta mesma condição trouxe, algumas vezes, impedimentos para o acesso a informações junto aos representantes dos prestadores privados.⁷ Como pesquisador cabe-nos investigar *sine ira et studio*. Como técnico do MS compete-nos contribuir para a regularização das situações analisadas.

⁷ Tivemos problemas para realizar entrevistas com prestadores privados em virtude da nossa condição de funcionário do Ministério da Saúde. Este fato fez com que esta dissertação esteja fortemente viesada. Valoriza-se muito mais o ponto de vista do gestor público e pouca atenção se dá ao prestador privado. Reconhecemos isso e clamamos pela necessidade de novas pesquisas que valorizem mais o ponto de vista do prestador sobre a sua condição contratual com o gestor público.

Essa discussão sobre o papel do pesquisador insere-se dentro da problemática metodológica que deve orientar o trabalho. Para MINAYO & FERREIRA (2002:19) há três componentes para a metodologia:

- a) a “discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento” que o objeto de estudo requer – que foi o que buscamos realizar nas considerações teóricas apresentadas anteriormente;
- b) a apresentação dos métodos e técnicas utilizados – que apresentamos adiante;
- c) a “criatividade do pesquisador” que se trata da sua marca pessoal na articulação entre teorias, métodos, observações, problemas e hipóteses.

Feitas estas preliminares teórico-metodológicas, apresentamos a seguir as estratégias metodológicas utilizadas nesta pesquisa.

I.2.1 Estudos de Caso

Foram realizados estudos de caso de municípios que contrataram serviços privados e de municípios que iniciaram processos de contratação, mas não conseguiram concluí-lo. Para tanto, foi utilizada a técnica de entrevista com os técnicos das secretarias municipais de saúde destes municípios.

Para a análise das experiências de modelos de contratação da rede hospitalar privada como estudos de caso foram selecionados os municípios de Belo Horizonte (Minas Gerais), Vitória da Conquista (Bahia), São José dos Campos, Belém do Pará e Campinas (SP). Esses municípios foram escolhidos em virtude do fato de serem qualificados como municípios em GPSM e, segundo informações do DDGA do MS, terem realizado tentativas de contratação de serviços de saúde (bem sucedidas em Vitória da Conquista, São José dos Campos e Campinas; mal sucedidas em Belo Horizonte e Belém).

I.2.2 Revisão Bibliográfica

Como etapa preliminar do trabalho foi realizada a revisão bibliográfica pertinente ao tema e revisão documental das portarias, normas e o “Caderno de Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde” que foi elaborado com o objetivo de servir de referência para os gestores no processo de contratação.

I.2.3 Coleta de Informações junto aos Bancos de Dados do MS e em outros Bancos de Dados

Foi realizada a análise quantitativa da situação da formalização contratual de toda a rede assistencial privada de saúde no Brasil, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que tem informações sobre o número de estabelecimentos que firmaram contratos com o setor público. Pelo fato dos dados do CNES ainda não estarem completos, e, portanto, não serem totalmente fidedignos, eles foram comparados, quando possível, com os dados constantes no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como com a pesquisa da Assistência Médica Sanitária, realizada em 2002. Os dados da AMS revelaram-se insuficientes para esta pesquisa. Também foi consultado um estudo feito pelo Departamento de Atenção Básica, em janeiro de 2004, sobre a situação dos estabelecimentos que contam com leitos hospitalares no Brasil (Ministério da Saúde, 2004 a).

Para o levantamento da situação das dívidas previdenciárias das entidades privadas vinculadas ao SUS foi consultado o *site* do Ministério da Previdência Social. Neste site é possível realizar a consulta a respeito de empresas com débitos. Para tanto entramos no link www.previdencia.gov.br/devedores/devedores.asp, e realizamos a busca sobre empresas que tivessem a razão social “Hospital”. Foram consultadas empresas que tivessem a razão social “Santa Casa”. Depois eliminamos empresas que apesar de terem estas razões sociais, mas não eram hospitais e os casos de dupla contagem.

I.2.4 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e técnicos de saúde dos municípios selecionados. Os critérios para a escolha dos entrevistados foram a disposição em responder a entrevista e trabalhar na área responsável, ou ter tido a responsabilidade, pela contratação de prestadores no município. No anexo 3 está o modelo do roteiro de entrevista utilizado.

Cogitou-se realizar entrevistas com representantes dirigentes de serviços privados de saúde, mas, em virtude de uma certa resistência por parte deles, desistiu-se disso. Os prestadores eram refratários à realização da entrevista em virtude de nossa condição de técnico do MS, que em nenhum momento foi omitida.

Reconhece-se que por conta disso, a pesquisa tenha um certo viés, o que recomenda a realização de estudos posteriores sobre este tema para captar o ponto de vista dos prestadores privados.

Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo está no anexo 4. Foi garantido o anonimato dos entrevistados de maneira que nenhuma informação por eles prestada possa prejudicá-los.

CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Atualmente há mais hospitais que municípios no Brasil. Conforme consulta ao *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Segundo (IBGE) existem hoje 5561 municípios contra 5844 hospitais, segundo levantamento ainda incompleto do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS.

Isso pode ter ocorrido em virtude dos incentivos à criação de hospitais por parte do Estado brasileiro, por intermédio do INPS (depois INAMPS) a partir dos anos 70 que financiou a expansão do setor privado de assistência à saúde, notadamente mediante a construção de hospitais. Criou-se uma rede hospitalar na qual há sobre-oferta de serviços em alguns municípios e escassez em outros. O sistema de saúde caracterizava-se pela centralização burocrática no nível central (no INAMPS), pelo incentivo à especialização médica; pela compra de serviços sem a explicitação de critérios de necessidade; pelo modelo hospitalocêntrico. Ao MS competia a implementação do que hoje é entendido como medidas de atenção básica (campanhas de vacinação, implantação de postos de saúde, por exemplo) e a assistência à população não coberta pela previdência social (PEREIRA, 2004).

A partir da década de 80 começaram a ser implantadas estratégias que visavam à progressiva universalização do acesso à saúde (SOUZA, 2003). Começa a ocorrer a efetiva descentralização de serviços e de responsabilidades para o acesso à saúde. No governo da Nova República é criado o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), que tinha como objetivo a descentralização e a valorização do setor público. Pode-se dizer que o SUDS forneceu uma base programática para o SUS.

“À estratégia das AIS seguiu-se em 1987 (...) a implantação de uma nova estratégia que visava instituir o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com convênios entre o INAMPS/MS/Ministério da Educação e governos dos estados e respectivas Secretarias de Saúde. O SUDS também tinha como objetivos a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da

política de saúde, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário e a priorização de contratos com serviços filantrópicos, para atender as necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios, com base em normas de direito público e qualidade dos serviços”. (LUCHESE, 1996:87)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, discutiu uma série de princípios que haveriam de ser incorporados, em virtude das lutas sociais no período, na CF de 1988. Esses princípios eram: a igualdade de atenção à saúde; a universalidade no acesso aos serviços; a integralidade nos cuidados e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Segundo o marco legal vigente até o final da década de 80, a relação contratual com a rede assistencial de saúde competia ao INAMPS.⁸ Com a promulgação da CF em 1988, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), bem assim com a extinção do INAMPS (Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993), essa responsabilidade passa a ser do município, conforme o art. 18, da Lei nº 8.080/90:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:...

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

O marco legal instituído pela CF de 1988, resultado de uma série de lutas pela democracia, radicalizou a universalização do direito à saúde. Partiu-se para a criação de um novo modelo, que buscava a descentralização das ações, o fortalecimento da atenção básica e o embate contra o modelo hospitalocêntrico, a participação comunitária mediante a instituição e fortalecimento dos Conselhos de Saúde.

A década de 90 pode ser caracterizada pela luta pela transformação em realidade dos princípios expressos na lei. Desse modo, essa década caracteriza-se pela descentralização das ações e serviços de saúde, pela busca da qualidade e integralidade das

⁸ Não tivemos condições de analisar as relações público X privado no sistema de saúde no período anterior à criação do SUS. Remetemos o leitor ao ótimo texto de LEICOVITZ & NORONHA (1994) que trata desse assunto.

ações e serviços de saúde. Deve-se salientar, no entanto, que muito ainda há que ser feito. No que tange à relação entre o gestor público e a rede privada de serviços de saúde, houve a descentralização da responsabilidade contratual para as instâncias municipais.

No novo arranjo legal que emergiu após a CF de 1988, resultou claro que a assistência à saúde é uma função pública, podendo o Estado prestar serviços de saúde diretamente e só recorrer a serviços privados quando a rede pública for considerada insuficiente para o atendimento a todas as necessidades da população. Nesses casos o setor público pode recorrer à rede privada com a finalidade de contratar serviços complementares à sua rede, não disponíveis nas unidades públicas.

A função de contratação da rede privada não foi até hoje corretamente desenvolvida pelos gestores municipais. Segundo estimativas da Coordenação de Regulação e Avaliação do MS a partir de dados do CNES, apenas 18% da rede privada vinculada ao SUS está formalmente contratada. Nesta dissertação buscamos esclarecer algumas formas de relações de poder estabelecidas entre os vários níveis de governo e entre o poder público e serviços particulares.

A CF de 1988 criou um sistema de saúde com características muito interessantes. Um sistema que instituiu os princípios da igualdade, universalidade, gratuidade, e integralidade na saúde da população brasileira. Pelo novo marco legal qualquer cidadão brasileiro – independente de renda ou condição social – tem o direito a um serviço de saúde gratuito, integral (ou seja, que atenda a todas as suas necessidades, desde o mais simples procedimento de atenção básica até o mais caro procedimento de alta complexidade) e de qualidade. Ademais, a CF e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, prevêem a estruturação de um sistema baseado em sistemas hierarquizado e regionalizado. Até 1993, não obstante os esforços no sentido de descentralização da assistência e gestão dos sistemas de saúde que se iniciaram nos primeiros anos da década de 80 com a constituição do SUDS, o pagamento dos prestadores privados de saúde que atendiam à população carente eram ainda fortemente centralizados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa forma de relacionamento não mais se coadunava com os princípios que se pretendiam estabelecer com a instituição do SUS.

Com a extinção do INAMPS, por meio da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, criou-se um vácuo legal. Essa lei previa no Parágrafo Único do Artigo 1º: *“As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990”*.

A responsabilidade pelo pagamento da produção apresentada pelos prestadores privados de saúde passa a ser do MS. Três meses após a extinção do INAMPS, o MS promulgou a Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, na qual estabeleceu que os municípios deveriam firmar contratos com os prestadores de seu território no prazo de seis meses. Nos termos da Portaria 1.286:

“Artigo 11. Fica concedido o prazo de cento e oitenta dias, a contar da data desta Portaria para Municípios e Estados celebrarem, mediante procedimento licitatório e conforme o disposto nesta Portaria, contratos referentes aos serviços de saúde que vêm sendo prestados pelo setor privado sem ‘termo de contrato a conta do extinto INAMPS.

Parágrafo 1º - Excepcionalmente o prazo estabelecido poderá ser prorrogado mediante justificativa dos órgãos gestores e aprovação da Comissão Intergestores Tripartite.

Parágrafo 2º - Descontado o prazo de cento e oitenta dias o Ministério da Saúde ficará exonerado da obrigação de pagar, diretamente ou mediante repasse de recursos a Municípios e Estados, serviços privados contratados em desconformidade com o disposto nesta Portaria, sejam com novos prestadores ou com prestadores anteriormente contratados pelo extinto INAMPS”.

Os gestores estaduais e municipais ignoraram essa normatização ministerial que estabelecia prazos para a contratação de prestadores. É preciso dizer que nessa época as normas de funcionamento do SUS não estavam claras. Em 1993 houve a IX Conferência Nacional de Saúde. A Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 foi fortemente influenciada pelas discussões travadas nesse encontro. Essa norma teve um conteúdo marcadamente municipalista, previu a habilitação dos municípios em gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena, afirmou que o financiamento da saúde é de responsabilidade dos três níveis de governo e que deveria ser estabelecido um fluxo regular de transferências de recursos fundo a fundo. No entanto, somente em novembro de 1994 foi regulamentada a transferência de recursos fundo a fundo. Como afirmam LEVCOVITZ & alii (2001:277): *“... somente em novembro de 1994 foi possível iniciar as transferências via fundos de saúde*

para os municípios em gestão semiplena, pois as condições para a transferência automática de recursos federais só foram regulamentadas através do decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República”.

Não havia incentivos para a efetiva descentralização da gestão dos sistemas de saúde. Não havia, igualmente, segurança no repasse dos recursos federais para as instâncias municipais. A não formalização contratual da relação entre o setor público e os serviços privados vinculados ao SUS, que era para ser excepcional, virou regra. A ameaça de interromper o pagamento aos prestadores privados, caso não houvesse sua contratação, caiu no vazio. O MS continuou efetuando o pagamento da produção dos prestadores privados diretamente sem a exigência da formalização contratual com os gestores públicos.

Além disso, em maio de 1993, poucos meses antes da publicação da Portaria nº 1.286, portanto, o Ministério da Previdência passou a não repassar mais os recursos da seguridade social para o setor saúde. GOULART (2001:295) diz que: *“Como se sabe, um golpe fatal veio ainda em 1993, quando Antonio Britto, então Ministro da Previdência Social, cancelou sumariamente a transferência de recursos da contribuição sobre a folha de salários para a saúde”.*

O financiamento da saúde passou a ser altamente incerto e a CPMF teve que ser criada para garantir os recursos que a seguridade social não mais repassava.

Como diz LUCHESE (1996:108-109):

“Observa-se no período 1990/1992, uma redução significativa (...) do gasto federal em saúde (...) com uma recuperação gradativa a partir de 1993. entretanto, somente em 1995, o volume de recursos gastos superou o observado nos anos anteriores à promulgação da Constituição Federal.

Vale lembrar que a conjuntura inflacionária que marca todo o período e a irregularidade nos repasses – houve momentos em que estados, municípios e entidades privadas ficaram cinquenta, sessenta ou cem dias sem receber os recursos pelos serviços produzidos -, contribuíram também para que o Ministério da Saúde ficasse submetido à pressão do pagamento das despesas com as atividades ambulatoriais e hospitalares e das despesas com pessoal, o que repercutiu no aporte de recursos às demais ações de promoção e prevenção da saúde coletiva”.

Neste contexto, do ponto de vista dos gestores municipais, a assunção das responsabilidades previstas pelas formas de habilitação da NOB 01/93, entre as quais a

contratação de serviços de saúde, passa a ser temerária. Na prática houve poucas experiências de contratação neste período.

Disso decorreu uma situação na qual, a partir de 1993 os contratos que os prestadores privados tinham estabelecido com o INAMPS passaram a ser de responsabilidade do MS. O Ministério repassa essa responsabilidade para os municípios que, por sua vez, não firmaram novos contratos. Os prestadores continuaram recebendo recursos públicos como pagamento pelos seus serviços, na maioria dos casos diretamente do MS, sem que esse pagamento fosse regulado por um documento formal. Essa situação é ilegal e irregular. Em vista disso, a exigência de regularização contratual no prazo de seis meses a partir da promulgação da Portaria nº 1286, em outubro de 1993, virou letra morta. Em 07 de junho de 1995, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 975, no qual revoga a exigência de regularização contratual no prazo estabelecido pela Portaria nº 1286 (isso passados mais de um ano depois de vencido esse prazo).

Com a publicação da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), os municípios deveriam se habilitar em duas formas de gestão alternativas: Gestão Plena da Atenção Básica, na qual ele assumiria a gestão de algumas atividades realizáveis em unidades básicas de saúde (postos de saúde, unidades ambulatoriais, equipes de saúde da família); ou GPSM, na qual o município assume a gestão de todo o sistema municipal contemplando ações de atenção básica, média e alta complexidade. Essas formas de gestão habilitavam os municípios a receberem recursos federais fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde). Esta norma também previu as transferências automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais para ações de atenção básica, média e alta complexidade.

O fluxo de pagamento dos prestadores privados em municípios qualificados como GPSM funciona da seguinte maneira: os serviços informam as Secretarias Municipais de Saúde sobre a produção; essas repassam a informação ao MS; o Ministério envia recursos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal referentes ao pagamento dessa produção; as SMSs pagam os prestadores. Esse fluxo, estabelecido a partir da NOB 01/96, funciona de maneira regular, tendo sido pouquíssimas vezes interrompido, o que dá

segurança ao gestor de que os recursos para o pagamento da rede que vier a ser contratada estão garantidos.

Não obstante, poucos municípios contrataram os prestadores privados. Malgrado os avanços gerenciais havidos na segunda metade da década de 90, no que tange à contratação de serviços de saúde a situação apresentava a mesma precariedade. Atualmente, conforme apontado acima, estima-se que apenas 18,96% dos prestadores privados de saúde estabeleceram contratos com os prestadores privados. Isso originou uma situação na qual o setor público torna-se prisioneiro da oferta (os prestadores privados). A contratação de serviços de saúde, no Brasil, quando ocorre, 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. Ao não regularizar a relação com os prestadores privados, os gestores públicos incorrem em ilegalidades previstas no artigo 10 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992:

“Art. 10 Constitui ato de improbidade administrativa que causa lesão ao erário qualquer ação omissão, dolosa ou culposa, que enseje perda patrimonial, desvio, apropriação, malbaratamento ou dilapidação dos bens ou haveres das entidades referidas no art. 1º desta lei, e notadamente:

II – permitir ou concorrer para que pessoa física ou jurídica, privada utilize bens, rendas verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no artigo 1º desta lei, sem a observância das formalidades legais ou regulamentares aplicáveis à espécie;

VII – conceder benefício administrativo ou fiscal sem a observância das formalidades legais ou regulamentares aplicáveis à espécie;

VIII – frustrar a licitude de processo licitatório ou dispensá-lo indevidamente;

XI – liberar verba pública sem a estrita observância das normas pertinentes ou influir de qualquer forma para a sua aplicação irregular”.

Não tivemos meios de verificar como os municípios conseguiram contornar a ilegalidade do repasse aos prestadores sem a formalização contratual. Até recentemente (ano 2000, conforme se mostra no item II.1) o MS remunerava boa parte dos prestadores diretamente. Depois da publicação da NOB 96, os municípios que viessem a se habilitar em GPSM e, por conseguinte, assumissem o comando sobre todo o sistema municipal, deveriam de alguma forma explicitar a ausência de contratos. Isso foi feito, por exemplo,

em Belo Horizonte, onde o município elaborou um parecer jurídico, tão logo habilitou-se em GPSM, justificando as razões da ausência de contratos.⁹ Outros municípios publicaram decretos municipais ou portarias da secretaria municipal autorizando o uso das Fichas de Programação Orçamentárias (FPOs) como forma de autorizar o repasse aos prestadores. Outros municípios, provavelmente, não fizeram nada. Usaram os velhos contratos firmados entre INAMPS e prestadores como os documentos que autorizavam os repasses.

II.1. Desenho da Rede Hospitalar vinculada ao SUS

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do MS (SIH/SUS), havia no Brasil, em julho de 2003, 5.864 hospitais vinculados ao SUS, sendo 2.217 públicos, 3497 privados e 150 Universitários. O SIH não permite a discriminação dos hospitais universitários entre públicos ou privados. Diferentemente, a classificação do 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, 1.802 têm fins lucrativos, 1.693 são filantrópicos e 02 estão ligados a sindicatos. Em termos geográficos a rede hospitalar está distribuída da seguinte maneira:

TABELA 1
Distribuição da rede hospitalar por região e segundo natureza

Região	Hospitais	Públicos	Privados	Universitário	%
TOTAL	5.864	2.217	3.497	150	100,00
Região Norte	468	310	154	4	7,98
Região Nordeste	2.026	1.070	917	39	34,55
Região Sudeste	1.669	421	1.189	59	28,46
Região Sul	1.050	173	839	38	17,91
Região Centro-Oeste	651	243	398	10	11,10
Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) jul.2003					

⁹ Ver Capítulo III, item III.1

Observe-se, em primeiro lugar, que a tabela acima traz dados apenas dos hospitais vinculados ao SUS, sejam públicos ou privados, deixando de fora os hospitais privados que não prestam nenhum tipo de atendimento ao SUS.

Analisando-se os dados da Tabela 1, observa-se que, em números absolutos, a Região Nordeste concentra o maior número de hospitais no Brasil (2.026, ou 34,55% do total de hospitais), mas é a Região Sudeste que concentra o maior número de hospitais privados (1.189). Em termos proporcionais pode-se afirmar que a Região Sul é a região mais dependente da rede privada (79,90% do total de hospitais dessa região são privados, não considerados os universitários). A Região Norte, proporcionalmente concentra o maior número de hospitais públicos do país (66,24% dos hospitais da Região são públicos).

A Tabela 2 mostra a rede hospitalar por Estado da Federação e por regime.

TABELA 2**Hospitais por Regime segundo unidade da federação**

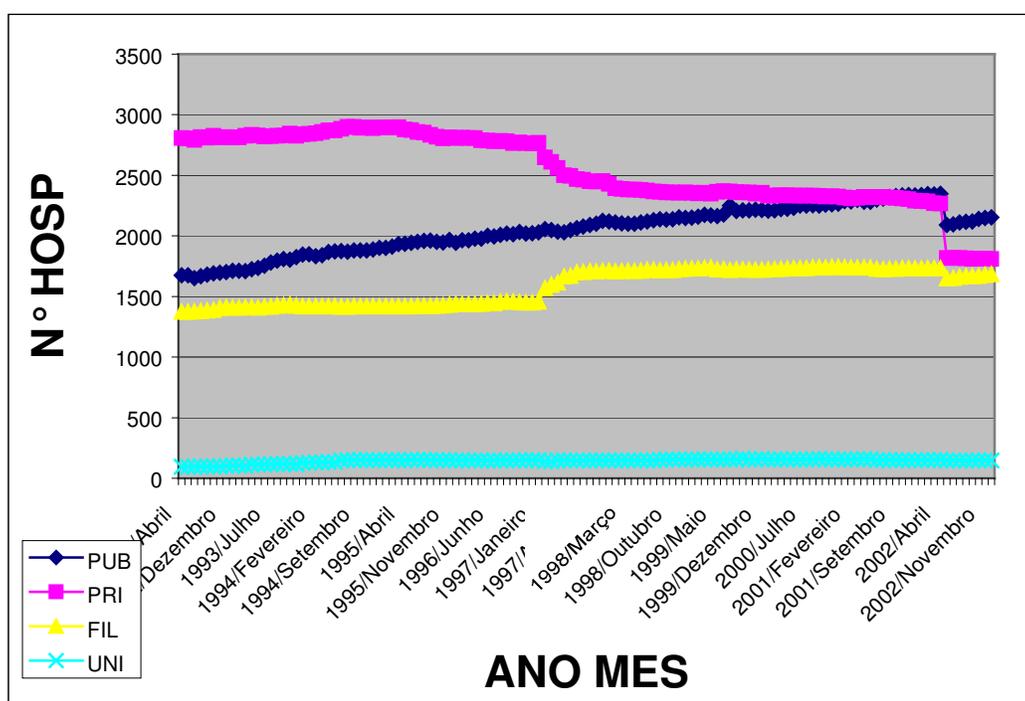
UNIDADE FEDERAÇÃO	PÚBLICO	PRIVADO	UNIVERSIT	TOTAL
TOTAL	2.217	3.497	150	5.864
Rondônia	56	11	-	67
Acre	18	3	-	21
Amazonas	79	10	2	91
Roraima	14	-	-	14
Pará	91	110	2	203
Amapá	12	1	-	13
Tocantins	40	19	-	59
Maranhão	152	126	1	279
Piauí	133	60	5	198
Ceará	141	129	9	279
Rio Grande do Norte	100	73	3	176
Paraíba	83	101	2	186
Pernambuco	174	105	4	283
Alagoas	47	39	1	87
Sergipe	12	44	1	57
Bahia	228	240	13	481
Minas Gerais	98	511	18	627
Espírito Santo	26	59	2	87
Rio de Janeiro	115	183	19	317
São Paulo	182	436	20	638
Paraná	120	346	9	475
Santa Catarina	22	182	9	213
Rio Grande do Sul	31	311	20	362
Mato Grosso do Sul	32	69	2	103
Mato Grosso	49	101	1	151
Goiás	150	227	1	378
Distrito Federal	12	1	6	19
Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)				

Os dados apontam para o aumento da rede hospitalar pública e universitária enquanto diminui a participação privada, apesar de esta ser ainda muito significativa (Ver Gráfico 1). Em abril de 1992, havia 1.675 hospitais públicos no Brasil. Em dezembro de 2002, esse número passou para 2.153. Quanto aos hospitais universitários, passaram de 94, em 1992, para 146, em 2002. Os hospitais privados credenciados ao SUS tiveram um decréscimo em sua participação de 4.179, em 1992, para 3.495 em 2002. Sobre isso, vale

uma observação: em abril de 2002 o DATASUS resolveu descredenciar todos os hospitais privados que não faturavam nenhuma 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 desse ano.

GRÁFICO 1

Evolução do Número de Hospitais Vinculados ao SUS Segundo Regime (desde 1992)



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 1675. Em 2002, o número de hospitais federais caiu para 20, de estaduais caiu para 563, e de municipais subiu para 2111. Esses números evidenciam de forma contundente a descentralização ocorrida no período.

Analisando a rede hospitalar segundo a ótica do faturamento, observam-se alguns aspectos interessantes. O valor total das AIHs pagas pelo SUS revela algumas distorções. Os hospitais privados faturam, atualmente, em valores totais, o dobro de AIHs do que os hospitais públicos (Ver Tabela 2). O valor médio das AIHs pagas é maior para os hospitais privados do que para os públicos, à exceção da Região Sudeste onde o valor médio das AIHs dos hospitais públicos é um pouco superior aos privados (Ver Tabela 3).

TABELA 3

Valor Total das AIHs (em R\$) Pagas por Região

Região	Público	Privado	Total
TOTAL	185.727.738,32	321.012.602,79	506.740.341,11
Região Norte	13.036.166,85	14.144.301,38	27.180.468,23
Região Nordeste	61.353.082,86	63.981.195,13	125.334.277,99
Região Sudeste	75.955.501,01	148.036.724,87	223.992.225,88
Região Sul	20.932.204,30	72.578.425,39	93.510.629,69
Região C-Oeste	14.450.783,30	22.271.956,02	36.722.739,32
Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)			

TABELA 4

Valor Médio das AIHs (em R\$) por Regime segundo Região

Região	Público	Privado	Total
TOTAL	476,63	533,43	511,1
Região Norte	346,85	395,31	370,49
Região Nordeste	401	434,72	417,53
Região Sudeste	596,61	585,08	588,94
Região Sul	584,19	601,2	597,31
Região Centro-Oeste	402,02	493,98	453,19
Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)			

As Tabelas 5 e 6 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 dessa rede compreender apenas 150 hospitais, ela faturou, em 2002, 1.396.977 AIHs, (a rede pública faturou nesse ano 3.772.347 AIHs). Em termos de valores recebidos, apesar da disparidade entre o número de hospitais, as duas redes faturaram quase a mesma quantia (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). Esses dados podem indicar que a rede hospitalar universitária é hoje um setor em expansão no SUS.

TABELA 5

Quantidade de AIH Pagas por Regime Segundo Ano competência

Período: Jan/1981-Fev/2002				
Ano compet.	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	3.772.347	7.064.378	1.396.977	12.233.702

Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

TABELA 6**Valor Total das AIHs Pagas aos Hospitais Segundo Regime (por ano de competência)**

ANO COMP	PÚBLICO	PRIVADO	UNIVERSITÁRIO
TOTAL	11.311.753.678.229,60	65.078.352.624.585,20	10.542.214.502.047,00
1981	-	1.829.666.000,00	-
1982	-	16.967.901.000,00	-
1983	-	111.698.476.000,00	-
1984	-	1.543.165.479.000,00	-
1985	-	4.565.974.693.000,00	-
1986	-	1.479.172.431.242,00	-
1987	-	56.540.795.040,00	2.223.016.261,00
1988	-	443.634.634.658,00	54.709.472.275,00
1989	4.781.486,00	7.003.643.986,00	867.859.087,00
1990	2.602.164.498,00	172.127.223.749,00	23.768.711.659,00
1991	177.576.932.744,00	1.095.091.084.634,00	165.020.895.999,00
1992	2.433.164.491.363,75	12.542.588.792.516,10	1.878.538.980.532,72
1993	8.350.960.058.614,36	41.345.119.295.076,50	7.902.188.892.180,68
1994	339.169.947.264,17	1.675.001.662.319,26	506.233.970.881,60
1995	444.206.922,30	2.002.010.794,47	746.219.921,22
1996	470.610.703,16	1.915.840.975,58	795.814.645,30
1997	506.665.538,22	1.878.478.246,03	820.708.239,01
1998	650.433.228,71	2.137.277.348,32	1.021.563.079,25
1999	844.837.277,45	2.526.221.810,29	1.362.352.013,90
2000	977.678.405,17	2.812.082.772,04	1.097.087.058,87
2001	1.199.170.353,84	2.851.213.027,56	1.045.772.123,64
2002	1.393.257.461,87	2.920.972.871,38	1.092.161.507,92
2003	1.788.442.368,62	3.392.748.518,72	681.024.581,89
Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)			

A tabela acima mostra de forma contundente a primazia que a rede privada sempre teve no sistema de saúde. Ao longo dos últimos vinte anos, a rede privada recebeu quase seis vezes mais recursos referentes às AIHs do que a rede pública. Como se vê na tabela, os dados sobre a rede pública só começam a ser prestados em 1989. Desconsiderando o período que vai de 1981 a 1989, a superioridade de recursos da rede privada sobre a rede pública no período 1989 a 2002 passa a ser de cinco vezes. Em termos claros, a rede privada apesar de ser só duas vezes superior a rede pública, recebeu cinco vezes mais recursos referentes à produção hospitalar nos últimos 15 anos. É preciso que se diga, também, que nos últimos anos essa relação vem caindo e em 2003 a relação passou

para pouco menos de dois para um (R\$ 3 bilhões e 400 milhões contra R\$ 1 bilhão e 800 milhões).

Essa discrepância entre os valores pagos aos hospitais públicos e privados pode ser explicada pela diferença entre o valor médio das AIHs que é sempre maior nos hospitais privados do que nos públicos conforme mostra a tabela abaixo.

TABELA 7

Valor Médio (em R\$) das AIHs Pagas Segundo o Tipo de Hospital (por ano)

ANO	PUBLICO	PRIVADO	UNIVERSITARIO
1989	2.287,79	608,32	1.279,34
1990	12.402,01	14.840,11	31.514,04
1991	90.411,17	94.182,85	201.142,22
1992	906.234,87	1.053.763,16	2.092.049,35
1993	2.877.190,83	3.546.150,28	7.487.004,54
1994	123.562,47	150.189,10	344.428,16
1995	172,53	217,25	502,52
1996	183,02	226,33	532,48
1997	186,41	230,98	546,82
1998	223,43	275,12	651,16
1999	265,38	331,28	836,22
2000	301,64	373,43	663,09
2001	341,29	393,2	715,1
2002	369,33	413,48	781,8
2003	426,53	478,31	841,93

Fonte: MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

II.2 Desenho da Rede Ambulatorial Vinculada ao Sistema Único de Saúde

Ao contrário da Rede Hospitalar, a Rede Ambulatorial do Brasil é predominantemente pública. Das 63.662 unidades ambulatoriais vinculadas ao SUS, 53.021 (83,28%) são públicas e 10.641 (16,72%) são privadas. Os dados da tabela 8 apresentam a composição segundo o regime público ou privado.

TABELA 8**Rede Ambulatorial Vinculada ao SUS Segundo Regime por Região**

	Público	Privado	Total
TOTAL	53.021	10.641	63.662
Região Norte	4.490	434	4.924
Região Nordeste	17.473	3.554	21.027
Região Sudeste	18.340	2.558	20.898
Região Sul	9.093	3.337	12.430
Região Centro-Oeste	3.625	758	4.383
Fonte: SIASUS JUL 2003			

O SIA apresenta informações sobre cinco tipos de estabelecimentos de saúde: unidades, consultórios, equipes, salas de pequenas cirurgias, sala cirúrgica ambulatorial (Ver Tabela 9). 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 existem em uma determinada unidade. Assim, uma unidade pode conter, por exemplo, dois consultórios, uma equipe, uma sala de gesso, etc. Ademais, o SIA só apresenta informações a partir de 1998, inviabilizando, por isso, uma análise mais detalhada da evolução da rede ambulatorial ligada ao SUS. Isto reforça a necessidade de implementação do CNES, um banco de dados recentemente criado que agrega todos os prestadores de saúde.

TABELA 9**Rede Ambulatorial do SUS segundo Tipo de Estabelecimento por Região**

Unidades, Consultórios, Equipo Odontontol., Sala de Gesso, Sala Peq.Cirurgia, Sala Cirur.Ambulat segundo Região						
Região	Unidades	Consult.	Equipo Odontontol.	Sala de Gesso	Sala Peq.Cirurgia	Sala Cirur.Ambul.
TOTAL	61.197	122.858	48.857	5.071	18.693	8.739
Região Norte	5.273	6.487	1.779	288	2.412	694
Região Nordeste	19.957	31.433	13.360	1.276	5.693	2.661
Região Sudeste	19.882	56.345	21.143	2.043	6.169	2.893
Região Sul	12.233	22.301	9.702	1.029	3.042	1.920
Região C.-Oeste	3.852	6.292	2.873	435	1.377	571
Fonte: MS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SUS, ago 2002)						

É possível desagregar as unidades ambulatoriais em 21 categorias, a saber: Posto de Saúde, Centro de Saúde, Policlínica, Ambulatório 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 dispensa de medicamentos, esteja registrado nos dois bancos de dados do Ministério (SIA e SIH). A Tabela 10 mostra a situação destas unidades conforme o tipo de prestador.

TABELA 10
Rede Ambulatorial por Regime e tipo de Prestador

Tipo Unidade(det)	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
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	600	8	608
Unid.Móvel Terr.Prog.Enfrent.À s Emerg. 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: MS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) em agosto de 2002			

II.3 Grau de Vinculação da rede privada de assistência à saúde ao SUS

As duas seções anteriores foram feitas com base em dados do SIA e SIH. As próximas seções usarão dados do CNES. Os dois principais bancos de dados do MS apresentam algumas lacunas. 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 CNES.

O CNES é um banco de dados do MS, cuja página eletrônica foi tornada pública em 11 de dezembro de 2002, que 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 modificadas pela Portaria MS/SAS Nº 511/2000 que aprova a referida ficha cadastral e o seu Manual de Preenchimento. Essa portaria também instituiu 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.

O CNES é um banco de dados novo, dependente da constante atualização dos gestores estaduais e municipais e, por isso, é possível encontrar algumas inconsistências e as informações a respeito dos estabelecimentos de saúde, pois são ainda estimativas. Optou-se pela análise dos dados obtidos pelo CNES pelo fato de que um dos campos existentes nas FCES é o campo Contratos. Nesse campo as Secretarias Estaduais de Saúde ou os municípios habilitados em gestão plena do sistema devem preencher o número do contrato firmado com o prestador e a data em que foi firmado. A existência desse campo torna possível o levantamento dos contratos hoje existentes no Brasil, embora não permita uma análise da adequação desses contratos à legislação vigente e/ou às necessidades de regulação e de avaliação dos serviços prestados. Mesmo assim, o CNES constitui-se hoje, sem dúvida, no único instrumento para a estimativa dessa situação no país.

Mesmo com todos os problemas apontados, o CNES é hoje o único banco de dados no qual consta a informação sobre a regularidade contratual da rede vinculada ao SUS, por isso ele foi privilegiado neste trabalho. Considera-se mais importante do que discutir o percentual da rede, saber porque existem irregularidades contratuais. Sendo assim, os dados acima indicam que é pequena a quantidade de contratos formalizados entre o setor público e os prestadores privados que lhes prestam serviços.

Atualmente,¹⁰ o CNES tem 75.883 estabelecimentos de saúde cadastrados, sendo 29.316 privados. Destes, 13.113 (44,73%) 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 (74,23% dos hospitais especializados, 84,90% dos hospitais gerais e 48,44% dos hospitais-dia). Já os consultórios isolados dificilmente estão vinculados ao SUS (apenas 16,46%). Como os consultórios isolados representam 38,31% do total de estabelecimentos privados do país (11.231 de 29.316 estabelecimentos), dado que pode distorcer a interpretação do grau de dependência da rede privada do Sistema Público. Apenas como um exercício, se fosse eliminada essa categoria (Consultórios Isolados) a percentagem de estabelecimentos privados vinculados ao SUS passaria a ser de 62,28% (11.264 de um total de 18.085 estabelecimentos).

A Tabela 11 ilustra os dados acima. A primeira coluna mostra o total de estabelecimentos registrados no CNES segundo o tipo de unidade. A segunda mostra o total de estabelecimentos privados registrados no CNES. A terceira mostra o número de estabelecimentos privados que atendem ao SUS. A última coluna mostra o percentual de estabelecimentos privados que atendem ao SUS, por tipo de unidade.

¹⁰ Dia 24 de maio de 2004

TABELA 11

Grau de vinculação da rede privada ao SUS segundo Tipo de Estabelecimento

Descrição:	Total	Privados	Privados SUS	% Vinculo
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	27	9	6	66,67
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	23589	553	292	52,80
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	5826	4196	2221	52,93
CONSULTORIO ISOLADO	13534	11231	1849	16,46
COOPERATIVA	7	7	7	100,00
FARMACIA (MEDICAMENTOS ESPECIAIS E EXCEPCIONAIS)-ISOLADO	166	52	30	57,69
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1014	758	563	74,27
HOSPITAL GERAL	4867	3331	2828	84,90
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	106	64	31	48,44
POLICLINICA	2429	1232	453	36,77
POSTO DE SAUDE	11376	266	110	41,35
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	101	61	43	70,49
PRONTO SOCORRO GERAL	424	36	20	55,56
UNIDADE AUTORIZADORA	48	0	0	0,00
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	8076	7329	4525	61,74
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA-ISOLADO	399	14	14	100,00
UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA/EPIDEMIOLOGIA-ISOLADO	2098	0	0	0,00
UNIDADE MISTA	970	137	107	78,10
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA/EMERGENCIA	152	24	5	20,83
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	9	0	0	0,00
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	665	16	9	56,25
Total	75883	29316	13113	44,73
Fonte: CNES (maio de 2004)				

II.4 Situação Contratual da rede privada vinculada ao SUS

Os dados constantes no CNES são estimativos. Como salientamos, a responsabilidade pelo preenchimento do CNES é do Estado ou do município qualificado como GPSM. Como foi dito acima, o CNES tem atualmente 13.113 estabelecimentos privados vinculados ao SUS registrados.

É preciso esclarecer que os dados apresentados abaixo, a respeito da situação contratual da rede privada, foram elaborados com base num levantamento feito junto ao CNES, em março de 2004, que computou 8.601 estabelecimentos, correspondendo a 65,69% do total de estabelecimentos privados vinculados ao SUS registrados no CNES, em maio de 2004. Ou seja, os dados apresentados são estimativos e construídos com base numa amostra de mais de 60% do universo do CNES. Vale esclarecer, também que o CNES apresenta algumas inconsistências como ocorre, por exemplo, no caso do estado de São Paulo. Segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, toda a rede privada vinculada ao Estado está formalmente contratada.

Apesar de reconhecer que os dados constantes no CNES não são totalmente fidedignos, este cadastro é, como já foi dito, o único meio de realizar o levantamento da situação contratual da rede privada. Em duas ocasiões, em 2003, o Ministério da Saúde enviou questionários às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (em municípios GPSM), pedindo que eles informassem a respeito da sua situação contratual da sua rede privada. Só houve 10% de respostas. Por isso, privilegio-se o CNES nesta pesquisa.

O CNES apresenta um percentual de contratação de apenas 21,46% da rede (englobando a rede vinculada ao estado e aos municípios em gestão plena). Nesse caso, os dados do CNES estão subestimados. A tabela 12 mostra a situação contratual da rede privada vinculada ao SUS, segundo o CNES por UF (ressaltando-se, novamente, que os dados são estimativos):

TABELA 12**Situação Contratual da Rede Privada por UF**

UF	Est priv. vinculados ao SUS	No de contratos	% Contratada
AC	1	1	100,00
AL	112	0	0,00
AM	75	66	88,00
AP	3	0	0,00
BA	717	202	28,17
CE	271	27	9,96
DF	21	10	47,62
ES	128	17	13,28
GO	558	15	2,69
MA	295	106	35,93
MG	907	230	25,36
MS	106	37	34,91
MT	201	4	1,99
PA	228	52	22,81
PB	216	19	8,80
PE	280	38	13,57
PI	304	108	35,53
PR	939	71	7,56
RJ	554	45	8,12
RN	174	20	11,49
RO	85	6	7,06
RS	847	87	10,27
RR	24	18	75,00
SC	581	143	24,61
SE	162	33	20,37
SP	730	262	35,89
TO	82	14	17,07
TOTAL	8601	1631	18,96

Fonte: Estimativa CGRA/CNES (março de 2004)

Pelos dados acima, o estado que apresenta o maior percentual de contratação é o Amazonas com 80% da rede contratada. O estado que apresenta o menor percentual de contratação é Alagoas que não tem nenhum contrato registrado no CNES.

Malgrado a grande vinculação existente entre a rede privada e o sistema público de saúde, a formalização do vínculo dessa rede não foi até hoje corretamente desenvolvida pelos gestores municipais e estaduais. Segundo a estimativa realizada, somente 18,96% dos estabelecimentos privados vinculados ao SUS estão formalmente contratados.

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 freqüente. Há alguns tipos de unidades que, apesar de atenderem aos usuários do SUS, não apresentam nenhum contrato com os gestores públicos (como, por exemplo, Farmácias e Unidade Móvel Terrestre). O tipo de estabelecimento que apresenta o maior percentual de contratação é o pronto socorro especializado (30,95%), seguido pela clínica especializada/ambulatório de especialidade (21,49%). A percentagem de contratos existentes, segundo os tipos de unidades cadastradas no CNES, situa-se entre 0 a 30%, com média de 12,98%. A tabela 13 ilustra essa situação.

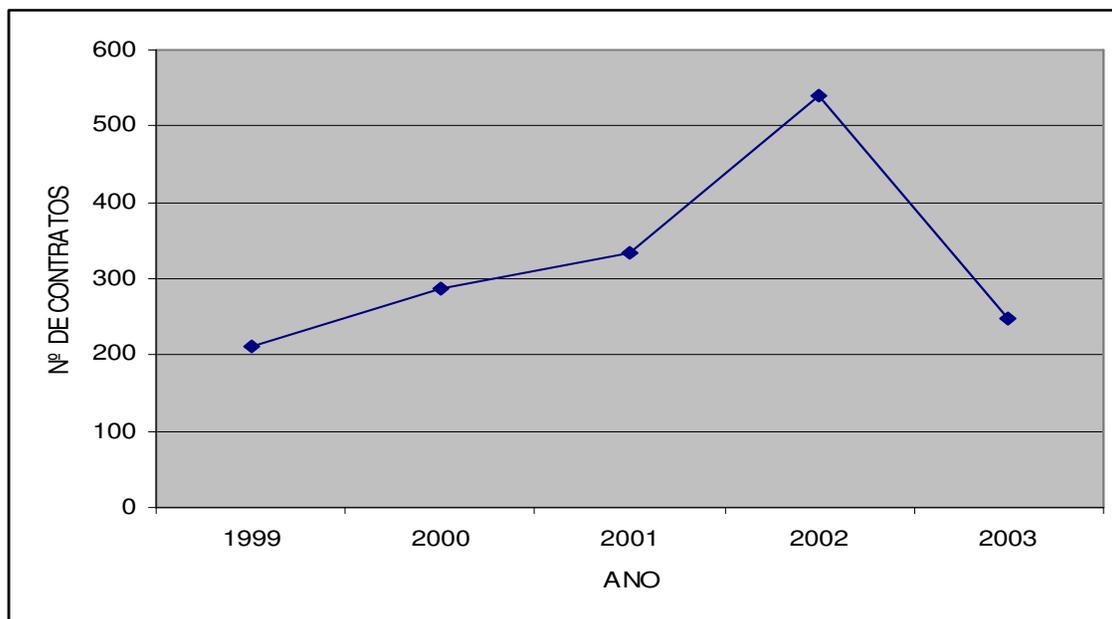
TABELA 13**Situação Contratual da Rede Privada Segundo o Tipo de Estabelecimento**

Descrição:	Total	Contratados	% Contratos
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	30	3	10,00
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	1801	387	21,49
CONSULTORIO ISOLADO	317	56	17,67
FARMACIA (MEDICAMENTOS ESPECIAIS E EXCEPCIONAIS)-ISOLADO	29	0	0,00
HOSPITAL ESPECIALIZADO	394	78	19,80
HOSPITAL GERAL	1295	180	13,90
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	24	4	16,67
POLICLINICA	349	60	17,19
POSTO DE SAUDE	6	0	0,00
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	42	13	30,95
PRONTO SOCORRO GERAL	16	1	6,25
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	4194	832	19,84
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA- ISOLADO	47	5	10,64
UNIDADE MISTA	49	8	16,33
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA/EMERGENCIA	5	1	20,00
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	9	0	0,00
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	3	0	0,00
Total	8610	1628	18,91
Fonte: Estimativa CGRA/CNES (maio de 2004)			

O gráfico abaixo mostra o número de contratos firmados de 1999 até 2003, segundo os dados apresentados pelo CNES. Selecionaram-se estes anos porque, pela legislação vigente, um contrato administrativo pode ter a validade máxima de 5 anos. Isso significa que um contrato firmado em 1998 terá que ser obrigatoriamente refeito em 2003. O que não significa, no entanto, que todos os contratos firmados em 1999 estejam em validade. Um contrato pode ter validade de um ano e não ser renovado.

GRÁFICO 2

Contratos Firmados Gestores Públicos (SEs e SMSs) e o Setor Privado (1999-2003)



O CNES registra 1.005.200 profissionais trabalhando para o SUS e 119.643 trabalhando em serviços que não atendem ao SUS.¹¹ Ocorre que muitos profissionais exercem dupla atividade, trabalhando ao mesmo tempo em unidades ligadas ao SUS e em serviços particulares. O CNES registra 141 atividades diferentes no SUS segundo classificação do Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Foge ao objetivo deste trabalho analisar a situação contratual dos profissionais ligados ao SUS. Há indícios, no entanto, de que também nesta área há irregularidades.¹² O anexo 2, desta dissertação apresenta todas as ocupações registradas no CNES e o total de profissionais que trabalham em cada uma delas.¹³ O CNES não permite a separação dos profissionais que trabalham apenas no SUS.

¹¹ Consulta feita em 24 de maio de 2004.

¹² Ver Capítulo IV, item IV.4.

¹³ Consulta feita em 24 de maio de 2004.

II.5 Desenho da Rede Hospitalar segundo tamanho e dependência do município ao Hospital

O Departamento de Atenção Especializada (DAE) do MS realizou um estudo, em abril de 2004¹⁴, com base em dados do CNES, no qual foram contabilizados 6.223 estabelecimentos de saúde que tivessem pelo menos um leito à disposição do Sistema de Saúde. Destes estabelecimentos, 2.722 estavam localizados em municípios que só dispunham de uma unidade de saúde que tivesse leitos. Destes estabelecimentos 1.304 são privados, ofertando 71.466 leitos dos quais 58.607 leitos são privados.

A Tabela 14 mostra o número de municípios brasileiros segundo a população residente (menos de 5.000 habitantes, de 5 a 10.000 habitantes, de 10 a 20.000 habitantes, de 20 a 50.000 habitantes, de 50 a 100.000 habitantes, de 100 a 500.000 habitantes e mais de 500.000 habitantes). Observa-se que 48,37% dos municípios brasileiros têm menos de 10.000 habitantes e que 73,26% deles têm menos de 20.000 habitantes. Pode-se questionar a necessidade de um município com menos de 10.000 habitantes em ter um hospital.

¹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004a) Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento (Versão Preliminar 29 /ABRIL/ 2004)

TABELA 14**Número de Municípios segundo População Residente, Brasil – 2000**

Número de Habitantes	Número de municípios	População residente		
		Total	Urbana	Rural
Brasil	5 561	169 799 170	137 953 959	31 845 211
Até 5 000	1 382	4 617 749	2 308 128	2 309 621
De 5 001 até 10 000	1 308	9 346 280	5 080 633	4 265 647
De 10 001 até 20 000	1 384	19 654 828	11 103 602	8 551 226
De 20 001 até 50 000	963	28 831 791	19 132 661	9 699 130
De 50 001 até 100 000	299	20 786 695	16 898 508	3 888 187
De 100 001 até 500 000	194	39 754 874	37 572 942	2 181 932
Mais de 500 000	31	46 806 953	45 857 485	949 468
FONTE: IBGE (2004)				

Quanto aos leitos hospitalares, observa-se que, segundo o estudo, estão cadastrados no CNES 451.320 leitos, sendo 390.732 disponíveis ao SUS. Os prestadores privados dispõem de 293.790 leitos dos quais oferecem ao SUS, 236.911 leitos, ou seja, os prestadores privados são responsáveis por 60,63% dos leitos do SUS. Em relação ao tamanho das unidades, a tabela abaixo mostra a quantidade de hospitais privados segundo o número de leitos:

TABELA 15**Estabelecimentos Privados no Brasil Segundo Número de Leitos**

Nº leitos	Privados
menos de 5	104
de 5 a 10	108
de 11 a 20	469
de 21 a 30	569
de 31 a 40	494
de 41 a 50	364
de 51 a 60	260
de 61 a 70	204
de 71 a 80	161
de 81 a 90	135
de 91 a 100	97
acima de 100	589
Total	3554
Fonte: DAE/MS (2004)	

A tabela abaixo mostra o número de municípios brasileiros que apresentam apenas um estabelecimento onde é possível realizar internações (e onde este estabelecimento é privado) segundo o tamanho da população.

TABELA 16**Municípios Brasileiros que Dispõem de Apenas uma Possibilidade de Internação Segundo População**

POPULAÇÃO	MUNICIPIOS
0 a 5.000	113
5.001 a 10.000	317
10.001 a 20.000	436
20.001 a 30.000	208
30.001 a 50.000	140
50.001 a 100.000	75
100.001 a 200.000	11
acima de 200.000	4
TOTAL	1304
Fonte: DAE/MS (2004)	

Esses dados mostram que esses 1.304 estabelecimentos poderiam ser facilmente contratados pelos municípios alegando-se a inexigibilidade de licitação prevista no artigo 25, da Lei 8.666 de 1993. Considerando-se que existem por volta de 6.000 hospitais no Brasil, havendo, cerca de 2.200 hospitais privados, pode-se afirmar a regularização contratual da rede privada poderia ser feita sem maiores obstáculos.

No próximo capítulo são descritos os estudos de caso dos municípios selecionados.

CAPÍTULO III. EXPERIÊNCIAS DE CONTRATAÇÃO

Os casos abaixo foram selecionados em virtude de se tratarem de municípios de grande porte, habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, que realizaram experiências de contratação ou tentativas de contratação de serviços privados de saúde.

III.1 Belo Horizonte

Belo Horizonte assumiu a gestão Semiplena segundo os critérios da NOB 93, em outubro de 1994. Desde 1993, no entanto, o município já havia assumido o controle e a avaliação do sistema de saúde municipal. O município assumiu a tarefa de formalização contratual com a rede privada que o Estado de Minas Gerais deveria ter feito desde a assinatura de convênios do SUDS em 1986. Usasse o verbo no condicional porque de fato o estado nunca formalizou os contratos. Na prática, quando o município assumiu a rede não havia contratos com a rede privada.

A primeira providência do município foi a elaboração de um parecer jurídico para que não houvesse solução de continuidade no pagamento dos prestadores, justificando assim o fato dos serviços privados receberem recursos públicos sem a existência de contratos.

O município começou, então, um processo de estudo das necessidades, a partir da discussão com os nove distritos sanitários existentes em Belo Horizonte, visando determinar o que o serviço público era capaz de ofertar e o que a iniciativa privada deveria oferecer. Esse processo durou três meses e, a partir dele, foi determinada a necessidade de contratação de serviços.

Quanto à contratação da rede ambulatorial, foi elaborado um Edital de Chamamento Público em 1995. Todos os serviços ambulatoriais deveriam se preencher um

pré-cadastro. A prefeitura municipal iria a todos os estabelecimentos a fim de verificar a veracidade das informações prestadas neste cadastro.

Alguns laboratórios, que há anos mantinham relações com o sistema público de saúde, apostaram no malogro da contratação e boicotaram o processo, mas outros laboratórios que não faziam parte da rede se apresentaram, compensando a ausência da rede laboratorial tradicional. A maioria da rede ambulatorial (clínicas, Raio X, hemodiálise) prestigiou o processo. A contratação da rede ambulatorial começou em 1995 e só teve termo em 1997. Os contratos foram assinados em 1997 e tiveram vigência até 2002, quando foram renovados.

Na rede hospitalar o processo foi mais complicado. Desde o início houve grandes divergências entre a SES/BH e a Associação dos Hospitais de Minas Gerais sobre o conteúdo dos contratos. Havia uma questão política de fundo: a Associação era contrária à descentralização dos sistemas municipais. A SES/BH decidiu enfrentar o cartel de hospitais entrando numa negociação caso a caso. A secretaria negociou convênios diferenciados com os hospitais filantrópicos prevendo a alocação preferencial de serviços. Depois de uma negociação de quatro meses a SES/BH, assinou um convênio com o maior hospital de Belo Horizonte: a Santa Casa de Misericórdia, que disponibilizou à SES, na época, mais de 900 leitos. Em seguida a SES/BH firmou convênio com outro hospital filantrópico e com o Hospital das Clínicas. Todos os convênios eram baseados no pagamento da produção hospitalar.

Com estes convênios foi estabelecido um fluxo de atividades, prevendo o a marcação de consultas especializadas por intermédio de uma Central de Marcação de Consultas, bem como um fluxo de encaminhamento de pacientes. Durante todo o período houve uma dificuldade política de comunicação com a Secretaria Estadual de Saúde que não aceitava a gestão da Secretaria Municipal sobre os 10 hospitais estaduais localizados no município. A Secretaria Municipal tentou, durante mais de um ano, negociar convênios com os hospitais estaduais, inclusive prevendo orçamento global. Por resistências da Fundação Hospitalar do Estado e da Secretaria Estadual não ocorreu a formalização destes convênios.

O próximo passo seria a contratação da rede puramente privada, mas a partir de maio de 1998 o processo de contratualização estancou em função de mudanças na Secretaria Municipal de Saúde.

III.2 Vitória Da Conquista

Vitória da Conquista é um município do sul da Bahia, com aproximadamente 300.000 habitantes. Sempre foi um município de referência em saúde para mais de 60 municípios da Bahia e alguns municípios do norte de Minas Gerais em virtude de sua grande rede hospitalar (seis hospitais privados, um hospital geral do Estado e um hospital psiquiátrico estadual).

Em 1997, o novo governo municipal, cujo prefeito é médico, decide que a saúde seria o carro-chefe de seu mandato. Em março de 1998 o município assumiu a GPAB. Neste ano são constituídas as primeiras unidades do PSF do município. Os postos de saúde são transformados em unidades básicas que servem de unidades de apoio aos PSFs. O governo decide se qualificar para assumir a gestão de todo o sistema de saúde. São feitos investimentos em vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

Depois de três tentativas, o município assume a GPSM, em 1º de outubro de 1999. Neste mesmo mês a SMS de Vitória da Conquista publica edital para a contratação de serviços médicos, ambulatoriais e laboratoriais. Um dia antes da abertura das propostas a SMS recebe a informação de que os hospitais se recusariam a participar da licitação.

A licitação teve sucesso apenas para a contratação de serviços laboratoriais, dos quais foram contratadas seis unidades (diferentes das três unidades que prestavam serviço até o momento, em virtude do fato de que estas unidades estavam com pendências trabalhistas, previdenciárias e com as esferas estaduais e municipais).

Os hospitais privados que atendiam aos usuários do SUS até aquele momento recusavam-se a formalizar contratos porque alegavam que o município atrasaria os pagamentos, haveria defasagem em relação à produção paga, enfim, teriam perdas financeiras. Eles não queriam deixar de receber diretamente do MS, como era a prática, para “depender” da SMS de Vitória da Conquista.

Houve *lock out* destes hospitais. A SMS apoiou-se então na Santa Casa de Vitória da Conquista que passou a receber, juntamente com o Hospital Geral, quase todos os usuários do SUS. O conflito entre SMS e hospitais privados durou doze dias e foi resolvido judicialmente, mediante um acordo que estabeleceu um contrato emergencial. Este contrato vigorou do final de 1999 até fevereiro de 2000, quando foi firmado um contrato definitivo com as unidades privadas que vige até hoje.

Foram contratados cinco hospitais privados, mais a Santa Casa num primeiro momento.¹⁵ Um ano depois foi contratado outro hospital que não tinha sido contratado. Em outubro de 2001 foi inaugurado um hospital materno-infantil municipal que estava sob gestão da Santa Casa até aquele momento. A rede hospitalar vinculada ao SUS de Vitória da Conquista tem hoje nove hospitais (cinco hospitais privados, a Santa Casa, um hospital geral estadual, um hospital psiquiátrico estadual e o hospital materno infantil municipal).

Os contratos com os hospitais privados prevêm o pagamento da produção estimada de cada um desses hospitais de acordo com a tabela SUS. Apenas a Santa Casa de Vitória da Conquista recebe um valor a mais, a título de incentivo, em virtude de sua característica de filantropia (trata-se de um convênio para Urgência e Emergência - onde o município paga um valor fixo para a instituição manter equipe de urgentista e retaguarda no Pronto Socorro).

Foram feitos convênios com o estado da Bahia que regulam o pagamento das unidades estaduais no município de Vitória da Conquista. Os contratos prevêm que em todas as unidades privadas trabalhará um funcionário da SMS com a função de servir de elo entre os usuários, o hospital e o poder público. O contrato prevê também que todos os usuários serão encaminhados pelo gestor, o que é feito pela Central de Marcação de Consultas de Vitória da Conquista, diminuindo, desta forma, o problema da procura direta dos serviços de saúde por parte dos usuários.

Os técnicos de Vitória da Conquista afirmam que melhorou a relação entre o gestor público e os prestadores privados após a contratação dos serviços. Depois de algum tempo, o medo de que o gestor público deixasse de honrar os contratos foi dirimido.

¹⁵ Segundo dados do Ministério da Previdência Social, a Santa Casa de Vitória da Conquista tem uma dívida de R\$ 11 milhões com a Previdência Social, o que, pela legislação vigente, impediria sua contratação.

III.3 Belém

O município de Belém assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde em 1997. Atualmente a rede de serviços de Belém conta com 26 hospitais que atendem a usuários do SUS. Desses 26 hospitais há seis hospitais públicos e vinte privados, dos quais dois filantrópicos e 18 são hospitais privados com fins lucrativos. A tentativa de contratação de prestadores em Belém vem desde 1997. Neste ano foi instituída uma Chamada Pública nos moldes daquela feita em Belo Horizonte em 1995. Não houve resultado.

Aproximadamente 70% das necessidades hospitalares do município são cobertas pela rede privada. No entanto a rede pública é a que atende aos problemas de maior complexidade do município. Há quatro hospitais privados relativamente grandes, o restante são hospitais pequenos e médios.

Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde tentou realizar uma licitação para a contratação de hospitais, baseada em concorrência por técnica e preço, nos moldes da licitação realizada em Vitória da Conquista. Em função de mudança do Secretário Municipal o processo de contratação foi suspenso e só foi retomado em 2001.

Houve forte reação dos prestadores. O Sindicato dos Médicos impetrou liminar contra a licitação alegando fundamentalmente a ilegalidade da constituição de um Conselho Gestor nas unidades hospitalares prevista no Edital. Esse conselho gestor assumiria algumas funções de gestão hospitalar. O sindicato alegou também a ilegalidade da possibilidade de interrupção de pagamento no caso do MS não repassar os recursos referentes à produção da média e alta complexidade. Na prática os hospitais privados não aceitavam ser fiscalizados pelo poder público.

Em vista disso, o Edital foi modificado e previu novamente a Chamada Pública dos prestadores. O Edital foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e implementado pelo Gabinete de Licitação da Prefeitura. O Edital é um dos mais bem elaborados que tivemos ocasião de examinar e prevê um mecanismo interessante de pontuação dos prestadores, que leva em conta não apenas a qualidade e complexidade dos serviços como também sua localização. Na forma como o edital foi elaborado os prestadores que se localizam fora do centro da cidade, onde há maior oferta de serviços, receberiam uma pontuação extra. Desde 2000, a Secretaria Municipal de Saúde vem realizando a avaliação

e classificação dos prestadores. Os técnicos da SMS acham que no ano de 2004, o processo de avaliação de prestadores estará concluído e poderá ser realizada a contratação. Pode-se questionar esse entendimento uma vez que, conforme disseram os técnicos, pela avaliação deles, 3 hospitais que atualmente prestam serviços ao SUS, deixariam de ser contratados. Ora, é muito difícil assumir o ônus disso em um ano eleitoral.¹⁶

Os técnicos entrevistados disseram que a grande lição tirada do processo de contratação foi a necessidade de fortalecimento da rede pública, como forma de aumentar o poder de barganha com a rede privada, buscar uma maior independência dessa rede. Eles sabem que é utópica a possibilidade de uma rede pública que atenda a 100% das necessidades, mas alegam ser possível aumentar a participação da rede pública no sistema de saúde de Belém dos atuais 30%, para 50 a 60%.

III.4 São José Dos Campos

São José dos Campos, no interior de São Paulo, foi um dos primeiros municípios a habilitar-se em gestão semiplena. Em vista disso, no decorrer de 1994 e 1995 foram sub-rogados os contratos do Estado para o município em São José dos Campos. Em 1997, foram estabelecidos os primeiros convênios com os quatro hospitais filantrópicos do município. Os entrevistados disseram que não houve necessidade de contratar hospitais com fins lucrativos, uma vez que os dois hospitais públicos e os quatro hospitais filantrópicos suprem as necessidades de serviços hospitalares da população do município.

Em 1997 foi desenvolvida uma experiência de contratação de serviços ambulatoriais e laboratoriais, via dispensa de licitação, com base numa modalidade denominada Chamada Pública, na qual toda a rede privada é informada do interesse público em sua contratação. Toda a rede privada necessária foi contratada nesse município. Foram elaboradas planilhas de avaliação dos serviços. Todos os prestadores que atingissem o parâmetro mínimo seriam contratados.

¹⁶ Meses depois de realizadas as entrevistas, eu estive novamente em Belém, desta vez como técnico do MS. Perguntei, inocentemente, a uma coordenadora da Secretaria Municipal de Saúde como estava o processo de contratação de prestadores. Ela me disse que o processo estava parado porque um diretor da SES achava que eles não deveriam contratar os prestadores em ano eleitoral. Além disso, o fato de não ter contrato, no ponto de vista deste diretor, possibilitava que ele baixasse os recursos destinados aos prestadores ao seu bel prazer.

Em relação à rede hospitalar foi realizada a contratação direta mediante convênios com a rede filantrópica. Pelo relato dos entrevistados, não houve maiores problemas no processo de conveniar a rede filantrópica. No município sempre houve parceria com a rede filantrópica. Os problemas maiores ocorreram na contratação de serviços ambulatoriais e clínicos da rede particular com fins lucrativos. Desde o início do processo de contratação houve a complementação de valores de alguns procedimentos da Tabela SUS.

Os contratos têm validade de cinco anos, mas todos os anos são avaliados e renovados. A cada 12 meses são feitas vistorias na rede. Não há dificuldade na renovação ou aditamento dos contratos, já existe a cultura de formalizar todos os acordos com a rede privada. Segundo os técnicos entrevistados, os hospitais filantrópicos suprem toda a necessidade de serviços hospitalares do município.

Segundo os técnicos os primeiros contratos do município foram feitos com base na série histórica, mas posteriormente calculou-se a demanda reprimida e foram utilizados os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101.

Foi relatado que o grande gargalo do sistema de saúde de São José dos Campos refere-se às consultas especializadas. O maior problema identificado refere-se ao encaminhamento dos pacientes aos serviços, que ainda é feito de forma espontânea, apesar de haver três Centrais de Regulação no município.

Atualmente, a SMS/São José dos Campos está discutindo a possibilidade de inserir incentivos nos convênios para atingir metas de qualidade nos hospitais do município. Porém, há fortes resistências. Uma discussão atual no município é a inclusão de metas de humanização do atendimento nos contratos.

Em 1998 foi criada a figura do gestor do contrato. O gestor é um funcionário público que tem a missão de verificar o cumprimento das metas estabelecidas nos contratos e negociar outras metas, principalmente o aumento da qualidade do atendimento dos usuários por parte dos prestadores.

III.5 Campinas

A rede hospitalar de Campinas, município localizado no interior de São Paulo, compreende um hospital municipal, dois hospitais universitários (um sob gestão municipal), cinco hospitais filantrópicos (sendo um psiquiátrico) e dois hospitais especializados sob gestão estadual. O município habilitou-se em Gestão Semi-Plena em 1996. Desde essa época o município instituiu convênios com hospitais filantrópicos. Não foram registradas dificuldades para a formalização desses convênios. O que houve foi uma certa insegurança no repasse dos recursos, que, com o tempo, diminuiu. Desde o início do processo houve apoio político da prefeitura municipal. Atualmente existem convênios com os 5 hospitais filantrópicos e com o hospital municipal. Assim como em São José dos Campos, a rede pública juntamente com os hospitais filantrópicos atende a todas as necessidades de atendimento hospitalar do município, não havendo necessidade de se recorrer a serviços puramente privados.

É interessante ressaltar que o Hospital Dr. Mário Gatti, que é uma autarquia municipal cujo presidente é indicado pelo prefeito, também estabeleceu convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Isso assegura maior autonomia ao hospital que é hoje reconhecido nacionalmente como modelo de eficiência e parâmetro de humanização dentro do SUS.

No município de Campinas os convênios com os hospitais filantrópicos são vistos como instrumentos de gestão. Há convênios que prevêm um orçamento global, no qual a SMS analisa a capacidade instalada no município e repassa um valor fixo equivalente a esta capacidade. Posteriormente, foram feitos convênios que prevêm uma modalidade mista, ou seja, a unidade recebe um valor fixo e, caso produza além do que foi estabelecido, recebe um valor adicional. Há também uma modalidade denominada cogestão feito com o hospital psiquiátrico filantrópico Candido Ribeiro, no qual a SMS indica um superintendente para esta unidade e entra com alguns funcionários para trabalhar nela.

Em dois convênios foi prevista a figura do gerente da unidade hospitalar, que é um técnico da Secretaria Municipal que assume tarefas de gestão no hospital filantrópico, caracteristicamente o acompanhamento dos convênios. Todos os convênios prevêm comissões gestoras, que são comissões formadas por representantes da Secretaria

Municipal de Saúde, da unidade hospitalar e dos usuários. Apesar do nome, essa comissão tem tarefas de acompanhamento do cumprimento das metas, avaliação do hospital e indicação de pontos para negociação entre as partes. Ela não assume funções de gestão. Ela funciona como um mecanismo de comunicação e negociação entre o poder público, os usuários e o serviço.

Há uma avaliação permanente da rede que estabelece um perfil de acordo com a realidade epidemiológica do município. Os contratos prevêm também um Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) que confere a possibilidade de recebimento de um valor adicional no caso de cumprimento de determinadas metas de qualidade. O IVQ é direcionado para aquilo que a SMS pretende incentivar (redução de tempo de permanência, aumento de aleitamento materno, por exemplo). O IVQ varia para cada prestador.

A grande dificuldade relatada pelos técnicos foi a de estabelecer parceria com as unidades para a melhoria da gerência dos serviços (como, por exemplo, a introdução de sistema de custos adequado, assim como de estabelecimento de metas de humanização). A humanização do atendimento é o grande objetivo da SMS/Campinas, atualmente. Paradoxalmente, uma das grandes dificuldades relatadas é a relação com a UNICAMP, que é uma unidade pública ligada ao estado de São Paulo e não aceita a gestão do município. Está havendo um processo de negociação com esta unidade.

Quanto aos serviços ambulatoriais meramente privados foi feito um processo licitatório e todos os prestadores classificados foram contratados.

III.6 Análise dos Estudos de Caso

A não formalização da relação contratual faz com que se estabeleçam contratos tácitos entre o setor público e o setor privado. Contratos tácitos são a chave para que relações pessoais acabem por regular o sistema de saúde. Um elemento explicativo para este complexo de situações é a categoria do patrimonialismo, que pode ser considerada ainda uma característica de nosso país

Sobre o patrimonialismo brasileiro FAORO (2000, vol 2:363), em sua principal obra, diz que:

“A comunidade política conduz, comanda, supervisiona os negócios como negócios privados seus, na origem, como negócios públicos depois, em linhas gerais que se demarcam gradualmente. O súdito, a sociedade, se compreendem no âmbito de um aparelhamento a explorar, a manipular, a tosquiar nos casos extremos. Dessa realidade se projeta, em florescimento natural, a forma de poder institucionalizada num tipo de domínio: o patrimonialismo, cuja legitimidade se assenta no tradicionalismo – assim é porque sempre foi”.

A todo o momento pode haver a ameaça de que a frágil relação estabelecida entre o setor público e prestadores privados mediante contratos tácitos seja rompida. O gestor pode deixar de encaminhar os usuários do SUS, o prestador pode deixar de recebê-los. Sem a existência dos contratos, a resolução destes conflitos é sempre feita por negociações nos quais os interesses pessoais são explicitados. Quem perde com estes movimentos?

Apesar da temeridade de se chegar a conclusões definitivas a respeito do processo de contratação de prestadores a partir de poucos casos isolados, algumas inferências podem ser feitas. Se analisarmos com acuidade os casos expostos, veremos que na maioria houve resistências por parte da rede hospitalar privada. Na rede ambulatorial não houve dificuldades no processo de contratação, talvez em virtude do excesso de oferta desses serviços.

Só não houve resistência da rede hospitalar privada em municípios nos quais a rede filantrópica era suficiente para atender às necessidades do gestor público (Campinas e São José dos Campos). Neste caso a parceria entre o público e o privado foi feita sem muita dificuldade.

Pode-se pensar que, para a regularização da situação contratual em municípios que não contem com uma rede filantrópica grande, nos quais houver um processo de radicalização da rede privada em não aceitar a contratação, justificar-se-ia a constituição de uma rede de hospitais públicos para atender às necessidades da população.

A contratação de prestadores tem de ser vista dentro de uma perspectiva processual. Neste sentido, é muito difícil elaborar contratos “perfeitos”. Mais importante do que isto, o processo de contratação é interessante porque se insere numa lógica de negociação permanente entre as partes. Nestas negociações estão contidas relações de poder nas quais as partes tentam impor suas vontades, cedem e fazem os outros atores cederem.

A contratação de unidades filantrópicas pode ser feita em termos muito mais criativos do que atualmente se faz. Na maioria dos casos de contratação de entidades filantrópicas se resume a pagar a produção dos hospitais. No município de Campinas já há convênios mais criativos, que são permanentemente aditivados segundo as negociações feitas pelas partes. Os técnicos do município de São José dos Campos também manifestaram interesse em fazer mudanças nos convênios prevendo metas de qualidade a serem alcançadas pelos hospitais filantrópicos.

São interessantes as figuras de gestor do contrato, criada no município de São José dos Campos, e do conselho gestor do hospital, criada em Campinas. Nos dois casos, o objetivo é criar instâncias de negociação entre as partes. No caso de São José dos Campos, um funcionário da SES é encarregado de acompanhar e negociar permanentemente o contrato com uma entidade. No caso de Campinas trata-se de uma instancia de negociação com representantes da SES, dos hospitais filantrópicos e dos usuários.

Ocorre que o termo “Conselho Gestor” assusta muitos prestadores, pelo fato de eles o entenderem como um órgão que vai controlar a instituição. O medo diminui quando se explica que se trata, na realidade, de uma instancia de negociação de metas. Por isso, pode-se sugerir que o MS que mude o nome desta instituição para Conselho de Acompanhamento dos Contatos.

Por fim, ainda é muito incipiente a experiência de contratos realizados com hospitais públicos, mas onde ela foi realizada, teve excelentes resultados. Como exemplo, temos o Hospital Dr. Mario Gatti, em Campinas, que foi a única experiência que tivemos a oportunidade de conhecer durante o processo de pesquisa.

CAPÍTULO III - CAUSAS DO BAIXO ÍNDICE DE CONTRATAÇÃO

“Toda a escolha e todo o encadeamento de fatos pertencentes a um grande domínio da história (...) são inexoravelmente controlados por um sistema de referência no espírito daquele que seleciona ou reúne os fatos. Este sistema de referências contém tudo o que julga necessário, possível, assim como tudo o que pensa desejável. Pode ser vasto, baseando nas informações de um saber profundo e iluminado por uma vasta experiência; pode também ser tacanho mal informado e mal iluminado. Pode consistir em uma grande concepção da história ou numa simples compilação de pontos de vista confusos. Repetimos segundo Croce: expulsando-se o espírito, ostensivamente, pela porta principal, a grande filosofia, os preconceitos tacanhos de classe e do meio entram pela porta dos fundos, estendendo o seu domínio, semiconsciente talvez, ao pensamento do historiador”. (Charles A Bird, citado por SCHAFF (1995)

Raramente um fenômeno social pode ser explicado por uma única causa. A multicausalidade pode ser um caminho mais profícuo de análise para a maioria dos fenômenos sociais. O pesquisador é alguém que não se contenta com as causas oficiais, com o senso comum e parte em busca de causas mais profundas.

São complexas as razões que levam a essa ausência de formalização da rede privada. Dentre essas razões, a partir da análise dos casos apresentados no capítulo anterior, consideramos as que seguem as mais importantes.

IV.1 Capacitação dos gestores

Segundo ARRETCHE (2002) a possibilidade de implementação de uma política pública de interesse do governo federal por parte das entidades subnacionais está fortemente vinculada ao estabelecimento de incentivos e controles. A autora afirma que: *“os governos locais já assumiram a gestão da atenção básica à saúde no Brasil. No entanto, não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal, e patamares equitativos de atenção à saúde. A qualidade da ação dos governos depende em grande medida de incentivos e controles que estes estão submetidos”*. (ARRETCHE, 2002:332)

Para MACHADO (2002:511): “*Os mecanismos financeiros, aliados à edição de normas, têm sido potentes indutores das políticas instituídas no plano estadual e no municipal. Esse poder de regulação por meio do financiamento é possível somente porque os recursos federais ainda representam uma parcela expressiva dos gastos públicos em saúde*”.

É preciso lembrar também o poder real ou potencial de indução de políticas do governo federal pelo mecanismo de transferência de recursos. Como afirma GROSSI, 2003: “*Tais transferências (do Orçamento Federal para os Orçamentos Estaduais e Municipais) significam 33,9% (...) das receitas municipais e 20,9% das receitas estaduais, o que dá a dimensão da capacidade da União influir nas decisões orçamentárias dos demais entes federados*”.

Assim, para induzir um novo programa no SUS, a prática usual do MS é acenar com incentivos financeiros a ser pagos aos gestores que implementarem esse programa. Isso nunca ocorreu no caso dos contratos. O MS determinou em 1993 um prazo de seis meses para que os gestores estaduais e municipais contratassem os prestadores exatamente num momento em que o SUS estava passando por um momento de crise de financiamento.

Em 1998, o MS promulgou a Portaria 3.478, de 20 de agosto de 1998, a qual estabeleceu que os gestores plenos estaduais e municipais deveriam realizar o pagamento dos prestadores privados no prazo de cinco dias úteis a contar do recebimento dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao fundo municipal ou estadual, sob pena de suspensão dos repasses automáticos fundo a fundo. Com isto, o Ministério induz os gestores públicos ao estabelecimento de um fluxo regular de pagamento, o que poderia estimulá-los a realizar a formalização contratual.

Outro elemento perturbador é a ausência de autonomia financeira por parte das Secretarias Municipais de Saúde. Apesar da Lei nº 8142 prever a constituição de Fundos Municipais de Saúde, na prática as Secretarias de Saúde ainda não se consolidaram como unidades orçamentárias autônomas. Atualmente poucas Secretarias de Saúde municipais ou

estaduais têm autonomia para a realização de contratações. Elas ficam sempre na dependência das secretarias de fazenda.¹⁷

TROSA (2001:228) aborda esse assunto:

“Como, na prática, funciona um orçamento em muitos casos? Os ministérios têm todo o interesse em propor o máximo de políticas novas para obter recursos e propor diretamente a alocação deles, pois de outra forma os créditos ficarão perdidos. As propostas não precisam ser realistas, pois em qualquer hipótese elas serão de uma maneira ou de outras conhecidas pelo eleitorado ou grupo de pressão e, se não tiverem êxito, será por culpa do Ministério das Finanças. Durante esse tempo, os funcionários das Finanças procuram economias ou cortes orçamentários nos demais ministérios, porém, por falta de relação de confiança com os ditos ministérios, farão esses cortes, seja em função de análise de relatórios de balanço escritos, seja por pura intuição. Assim que orem realizadas as conferências orçamentárias, ocorre o ‘clash’ entre os demais ministérios, que acusam o das Finanças de um total irrealismo em seus conhecimentos das realidades existentes, e as Finanças que acusam os outros ministérios de aumentar o número de novas políticas a fim de estender seu campo de influência, mais do que auxiliar o cidadão. O diálogo, em geral, não leva a nada de positivo, e no final depende pura e simplesmente das relações de poder com o todo poderoso Ministério das Finanças, ou o ministro que libera as verbas. Será esta uma boa maneira de gerenciar o orçamento”.

A falta de autonomia orçamentária aliada à reduzida capacitação técnica e a desvalorização do serviço público ocorrida na década de 90 contribuíram para a ausência de formalização contratual.

Por outro lado, os recursos destinados ao pagamento dos prestadores ainda estavam até recentemente totalmente sob domínio do MS. O MS repassava parte considerável do pagamento da produção da MAC diretamente aos prestadores. Isto criava uma situação complicada do ponto de vista jurídico, uma vez que sendo o recurso federal entregue diretamente ao prestador privado, o vínculo contratual deveria ser estabelecido entre MS e prestador. Ora, isso vai de encontro aos princípios do comando único do SUS.

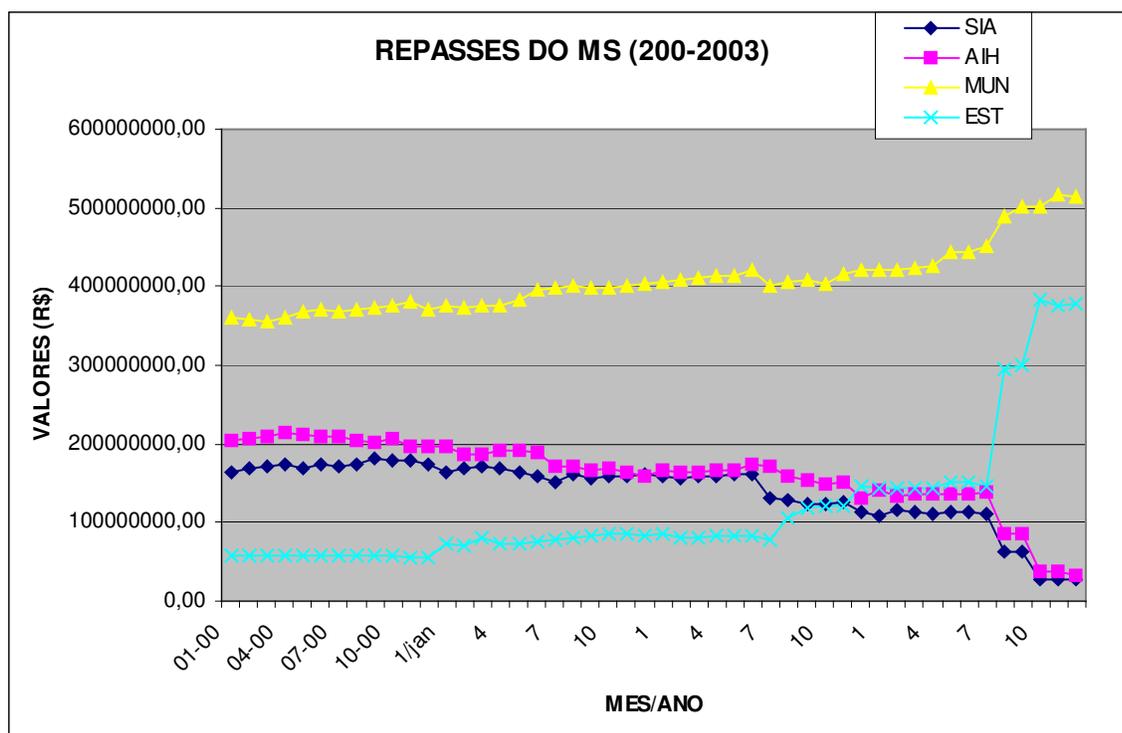
Os gráficos abaixo mostram a evolução do valor repassado pelo MS diretamente a prestadores (parcela SIAS, e SIH) e para estados e municípios habilitados em gestão plena do Sistema, para que eles pagassem os serviços de média e alta complexidade. O conjunto destes repasses compõe o teto financeiro estadual. Foram desconsiderados aqui os

¹⁷ Sobre esta tensão entre as instituições estatais encarregadas de políticas sociais e instituições ligadas ao controle financeiro ver BOURDIEU (1998) especialmente o artigo “A mão direita e a mão esquerda do Estado”.

valores referentes aos saldos, ou seja, produção apresentada pelos estados e municípios que não foram repassados num determinado mês, sendo compensados nos meses seguintes.

GRÁFICO 3

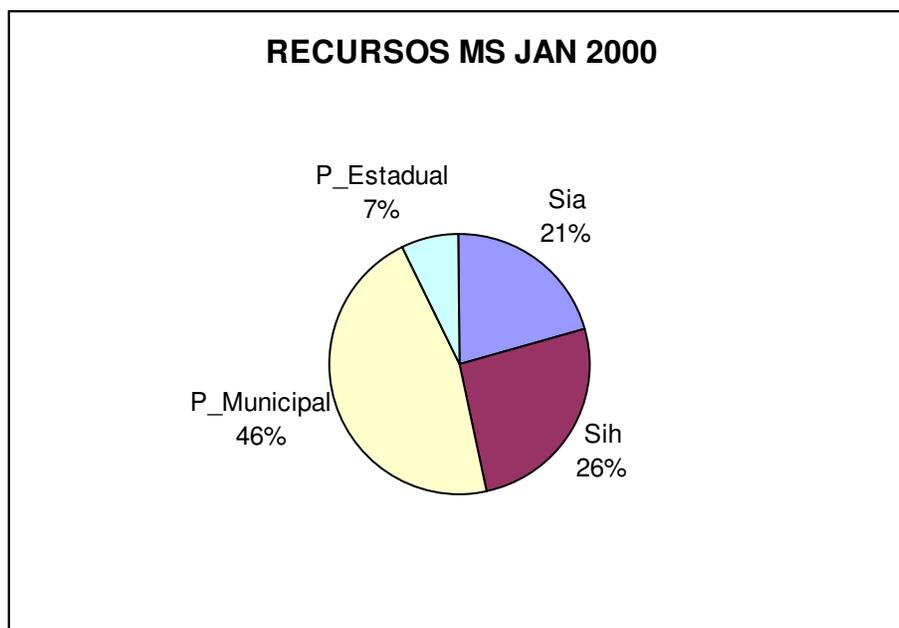
Repasses do MS (2000-2003)



Fonte: Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas/DRAC/SAS/MS (fev. 2004)

Observa-se que aumentou significativamente a parcela de recursos destinados aos Fundos Estaduais de Saúde (passando de 7%, em janeiro de 2000 para 40% em dezembro de 2003). A parcela destinada aos fundos municipais de saúde aumentou de 46%, em janeiro de 2000, para 53%, em dezembro de 2003. Este aumento da proporção dos recursos repassados fundo a fundo ocorreu em detrimento das parcelas repassadas diretamente a prestadores hospitalares e ambulatoriais que decresceram de 21% (ambulatorial) e 26% (hospitalar), em janeiro de 2000, para 3% (ambulatorial) e 4% (hospitalar) em dezembro de 2003.

GRÁFICO 4
RECURSOS MS JAN 2000



Fonte: Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas/DRAC/SAS/MS (fev. 2004)

GRÁFICO 5
RECURSOS MS DEZEMBRO DE 2003



Fonte: Coordenação Geral de Controle de Serviços e Sistemas/DRAC/SAS/MS (fev. 2004)

São ínfimos os recursos atualmente repassados pelo MS diretamente aos prestadores. Isto se deve a uma decisão de política de, conforme o jargão usado pelos técnicos do Ministério da Saúde, “plenar” os gestores estaduais e municipais, ou seja induzi-los a habilitarem-se em Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual. Esse movimento foi fortemente impulsionado no ano de 2003. Dessa forma, o MS transfere aos estados e municípios a relação de vínculo com a rede privada. Atualmente¹⁸ apenas quatro estados do Brasil ainda não estão cadastrados como Gestão Plena do Sistema Estadual: Espírito Santo, Pernambuco, Tocantins e Maranhão.

De uma certa forma, o problema da transferência deste problema contraria o que afirma MATUS, citado por RIVERA (1996:361):

“Ningun problema casi iestructurado debe ser procesado em um nível em que reciba um tratamiento rutinario, todo problema debe ser procesado creativamente. Si um problema recibe um tratamiento rutinario porque tiene bajo valor em esse nível, debe descender em la estructura macoorganizativa hasta el nível descentralizado em que tenga alto valor y pueda ser tratado creativamente. Todo problema debe ser enfrentado em aquel nível em que tiene alto valor. Cada nível jerárquico organizativo debe tener gobernabilidad sobre los problemas de alto valor que lo afectan, solvo el caso de los problemas que puden disolverse eficazmente em um espacio mayor”. (pg. 361)

Pode-se argumentar que o problema da contratação da rede privada, que tinha baixo valor para o MS, foi transferido para as secretarias municipais de saúde, para as quais, teoricamente, teriam alto valor. No entanto, não houve, por parte destas, empenho nem criatividade para resolvê-lo. Talvez isso ocorra pela falta de governabilidade que estas secretarias julgassem deter sobre as organizações privadas de saúde. Talvez a normatização proposta pelo MS tenha sido insuficiente. Talvez a resistência da rede privada em se submeter aos municípios tenha sido maior do que a esperada. De qualquer forma, o problema da irregularidade contratual da rede privada pode ter baixo valor tanto para o governo federal quanto para os governos estaduais e municipais. É preciso reconhecer que

¹⁸ Maio de 2004

não houve planejamento para a descentralização da responsabilidade contratual da rede privada para os municípios e estados.

Aqui vale a pena lembrar que o ator, segundo Matus, deve ter o controle de recursos relevantes para a situação, ou seja, a possibilidade de controlar variáveis críticas para a situação problemática.¹⁹ É inútil descentralizar sem conferir aos gestores capacidade/governabilidade para lidar com o problema. Foi o que aconteceu com os contratos com a rede privada que foram descentralizados para estados e municípios sem que essas fossem capacitadas para o enfrentamento desse problema.

IV.2 Determinação da Demanda pela Oferta

“Em decorrência do fenômeno da indução da demanda pela oferta, pode-se dizer que se há tecnologia em saúde disponível ela tende a ser usada, independentemente da real necessidade dos usuários. Isso se dá pela assimetria de informação entre os profissionais de saúde, os prescritores das tecnologias, e os seus usuários”.
(MENDES, 2002:106)

Um contrato significa a assunção de compromissos a serem cumpridos por ambas as partes. O setor público deve pagar pelos serviços prestados. O setor privado deve fornecê-los. Assim, a existência de contratos significa a garantia do suprimento de determinadas necessidades estabelecidas pelo contratante (setor público). Por outro lado, a inexistência do contrato garante ao setor privado a possibilidade de escolher os serviços que serão prestados, determinar sua quantidade, bem como de interromper o fornecimento desses serviços a qualquer momento (em caso de férias de um médico, por exemplo).

A assunção de compromissos e responsabilidades gera resistências.²⁰ Não é de interesse do prestador uma fiscalização direta pelo governo/gestor local. O controle

¹⁹ Ver ARTMANN, 1994.

²⁰ Ver, por exemplo, essa manifestação da Associação de Hospitais de Minas Gerais: “Um dos assuntos que mais geraram discussão foi a questão do médico tipo 7, em que a Secretaria apresentou uma proposta de “cessão de crédito”, em substituição do modelo anterior, na qual o hospital autorizaria o médico a receber diretamente do SUS. Uma proposta que “apenas transfere o problema que se perpetua, pois as cargas trabalhistas e tributárias permanecem”, conclui Carlos Eduardo Ferreira, presente à reunião e que juntamente com representantes de outras entidades e médicos repudiaram a proposta. Segundo ele, a

estabelecido pelo município é muito mais direto, rápido e efetivo do que o controle feito pelo MS que resume-se, na prática, ao controle contábil e da produção ambulatorial e hospitalar. Por isso, os prestadores são refratários à contratação pelos governos locais, preferindo o pagamento pelo MS.

No processo de contratação de serviços de saúde confrontam-se duas lógicas distintas. De um lado, a lógica do gestor público que atende (ou deve atender) ao interesse coletivo. Por outro lado, existe uma lógica privada que busca, em muitos casos, o lucro econômico. Essas duas lógicas são confrontantes. Idealmente, as duas partes deveriam negociar. Na prática, pela própria falta de planejamento do gestor público, a lógica privada acaba prevalecendo.

Se houvesse um processo de contratação baseado em um planejamento que levasse em conta as reais necessidades da população, evidenciar-se-ia a capacidade ociosa da rede. A rede assistencial privada é desnecessária, em muitos casos. Poderia haver quebra dessa rede. Por isso, teme-se a contratação.

proposta não seria aceita, pois existem dois vínculos distintos que precisam ser regularizados pelo SUS/hospitais e a relação SUS/médicos, que são serviços distintos. E neste último, como ponderou o presidente da AHMG, não pode ficar sobre a carga do hospital, acarretando problemas com tributação e relações empregatícias.

Os representantes encaminharam uma proposta de alteração urgente e mudança na Lei 8.080/90, possibilitando a contratação pelo SUS de pessoa física, no caso o médico, e desta forma acabando com os problemas de tributação e relação empregatícia entre os hospitais e os médicos. Também, na ocasião, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) apresentou ao Ministério da Saúde proposta de Minuta de Contrato SUS/hospitais, elaborada pela sua assessoria jurídica, que deverá contribuir na formulação dos parâmetros contratuais para atender aos anseios dos hospitais, bem como assegurar princípios e preceitos administrativos aplicáveis aos contratos.

Aproveitando a ocasião, foram apresentados pela FBH o resultado da Pesquisa de Contrato SUS-hospitais, que de acordo com a amostragem apontou que mais de 60% dos hospitais hoje estão sem contrato/convênio e os que assinaram, na maioria das vezes, terão de enfrentar os problemas levantados. A FBH solicitou ao secretário da SAS a dilatação do prazo para assinatura de contrato, já que existe uma impossibilidade de contratação nos moldes que se apresenta. A Secretaria se prontificou a requerer ao Tribunal de Contas, já que tal prazo foge de sua alçada, a solicitação feita uma vez que a situação é de completa irregularidade.

Aos filiados da FBH, a entidade faz um alerta para que não assinem os contratos com os gestores estaduais e municipais do SUS, sem prévia consulta às respectivas associações". (http://www.ahmg.com.br/jornal/j0201_07.shtm)

Uma grande discussão no âmbito da saúde pública é o do conceito de necessidade em saúde, como já abordado nas considerações teóricas deste estudo. É altamente polêmico o conceito de necessidade em saúde. Ainda assim, é fundamental a discussão sobre esse tema uma vez que a contratação de serviços de saúde deve se basear em critérios técnicos que, levando em conta a escassez de recursos financeiros, maximize a satisfação dos usuários do sistema de saúde.

Existem necessidades em saúde que não são percebidas (por exemplo, a Hepatite C, assintomática, doença que demora 20 anos para se manifestar); necessidades percebidas que não resultam em procura médica (em muitas pesquisas antropológicas constatou-se que a população masculina de baixa renda só procura a assistência médica quando tem um problema que a impede de trabalhar)²¹; necessidades percebidas que não são tratadas pelo setor saúde; e necessidades que entram no sistema (as estatísticas oficiais mostram apenas essa última classificação). O MS dispõe de estudos e parâmetros que podem auxiliar os gestores de outros níveis ao cálculo de suas necessidades.

Pelo fato do setor público de saúde não conhecer as suas reais necessidades ele compra serviços inadequados. Isso emperra o processo de formalização contratual, pelas dificuldades de definição de parâmetros ou indicadores de cumprimento das cláusulas contratuais, e dificulta o funcionamento do SUS como, de fato, um sistema.

IV.3 Financiamento inadequado

Os recursos federais em saúde são transferidos a estados e municípios mediante três formas:

- Convênios;

²¹ Por exemplo: “Certamente associada a esta última categoria (a de fraqueza) está uma outra: a de ‘não poder trabalhar’. Esta relação fica bem evidente como definição do gênero masculino adulto, ou seja, aqueles com responsabilidade do sustento da família”. (OLIVEIRA, 1998:86). Ou ainda: “Quando o trabalhador homem adoece ou se acidenta (...) confronta-se com uma situação de incapacidade para o exercício desse labor, o que muitas vezes. Destroi a possibilidade de retorno a sua atividade habitual; por conseguinte, a enfermidade, ao retirá-lo do espaço público e masculino do trabalho, o remete para o espaço do privado, do feminino. Nesse momento o trabalhador enfrenta uma ruptura de identificação, ou seja, passa a pôr em cheque os elementos constituintes do que está definido socialmente e internalizado como ‘ser homem’ e ‘ser trabalhador’”. (NARDI, 1998:95)

- Transferências fundo a fundo;
- Remuneração por serviço prestado.

Os convênios são acordos firmados entre a União e estados ou municípios para a realização de atividades e serviços para a realização de atividades de saúde acordadas entre os gestores. Envolve sempre contraprestação da entidade conveniada e, caso os recursos da União não tenham sido usados corretamente, a entidade conveniada deverá devolvê-los à União.

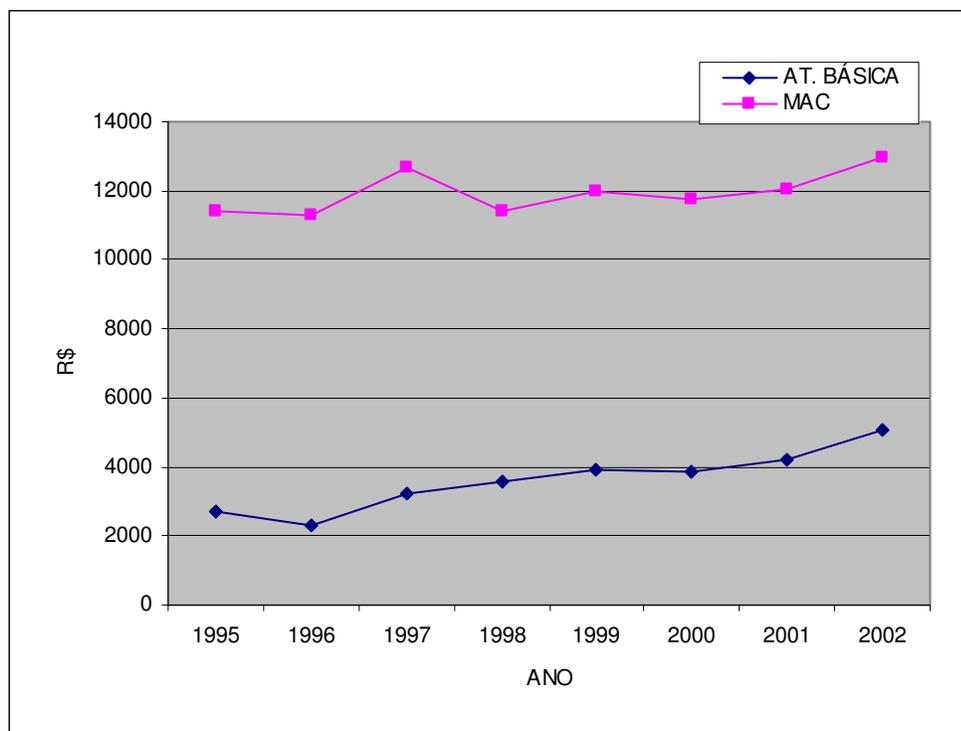
A transferência de recursos fundo a fundo cresceu substancialmente nos últimos anos e representa atualmente por volta de 66% do Orçamento de Custeio e Capital (OCC) do MS. A tabela 17 mostra a evolução dos gastos do MS de 1995 a 2002, e o gráfico 6 compara, nesses anos, a evolução da Atenção Básica em relação aos gastos com a Média e Alta Complexidade.

TABELA 17**Destino dos Gastos (em R\$) do MS (95 a 2002, em valores de 2001)**

Discriminação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1. Atenção Básica	2681	2321	3217	3591	3932	3854	4207	5063
1.1 PAB fixo	1905	1760	2010	2371	2194	1877	1790	1920
1.2 Pacs/PSF	134	171	230	311	401	713	968	1300
1.3 Carenças Nutricionais/bolsa alimento	220	49	145	81	173	165	170	473
1.4 Farmácia Básica	-	-	-	62	153	178	168	172
1.5 Vacinas e vacinação	174	204	255	261	339	289	332	351
1.6 Controle de Endemias	248	137	577	505	672	632	779	847
2 Média e Alta Complexidade	11417	11304	12673	11390	12005	11772	12064	12953
2.1 SAI/SUS AIH	10465	10032	11662	10463	11106	11022	11347	12198
2.2 Hospitais próprios	952	1002	1011	927	899	750	717	755
3. Outros (custeio e investimento)	2457	1759	2532	2718	3418	3468	3532	4189
4. Pessoal e encargos sociais	6421	5892	5695	5500	5355	5246	4898	4878
5 Dívida externa/interna	2337	768	2552	3213	191	166	235	465
6. Saneamento Básico	110	51	129	196	248	172	1199	1003
7 Orçamento global	25423	22095	26798	26608	25149	24678	26135	28551
8. Orçamento de Custeio e Capital	16555	15384	18422	17699	19355	19094	19803	22205
Fonte: FERRATO DOS SANTOS (2003: 398)								

GRÁFICO 6

Comparação Gastos em AB X MAC (1995-2002)



Fonte: FERRATO DOS SANTOS (2003: 399)

Analisando a tabela observa-se que os únicos gastos que tiveram retração no período analisado foram os gastos de pagamento da dívida e de gastos com pessoal. O MS ainda é o grande financiador do sistema de saúde (mais de 60% dos recursos totais provém da União), malgrado o aumento dos recursos investidos pelas outras unidades federativas nos últimos anos.

Como se pode ver, quanto ao destino dos recursos, apesar de ainda se privilegiar a Alta e Média Complexidade, houve um significativo aumento dos recursos da Atenção Básica, principalmente por causa da implantação do programa Saúde da Família. Em 2002 foram gastos R\$ 5 bilhões com a Atenção Básica, contra R\$ 13 bilhões da Média e Alta Complexidade (MAC). Esses números indicam que a MAC recebe mais que o dobro dos recursos da Atenção Básica. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que há uma tendência de aumento na Atenção Básica: em 1995, eles compreendiam apenas R\$ 1.570 bilhão, compreendendo, então, 16,6% do OCC do MS. Em 2002 o gasto com a AB já

representava 22,8% do OCC. Enquanto isso, os gastos com MAC compreendiam 69% do OCC em 1995, e representam em 2002, 58,3%. O Orçamento em Investimento que compreende a Infra-Estrutura do SUS e o saneamento básico evoluíram de R\$ 704 milhões em 1995, para R\$ 2 bilhões e 352 milhões em 2002 (em valores de 2001).

A Emenda Constitucional nº 29 determina que, em 2004, 15% da receita dos municípios, 12% da receita dos Estado e orçamento do MS em 1999, mais 5%, seriam aplicados em 2000 e a variação do PIB nos anos seguintes. Segundo estimativas do MS, se a emenda fosse cumprida, seriam gastos entre R\$ 42,5 bilhões (em valores de 2000) em 2004 num cenário em que não haja crescimento e R\$ 44 bilhões num cenário de crescimento de 2,2%.

Importa ressaltar que vários estados e municípios não vêm cumprindo a EC 29. Em 2001, dos 27 estados, apenas 10 cumpriram os percentuais mínimos de gastos em saúde determinados pela emenda. Alguns estados, como, por exemplo, o Maranhão, despenderam menos de 5% do orçamento do Estado.

TABELA 18

Orçamentos Públicos de Saúde Segundo o SIOPS

RECURSOS

FINANCEIROS

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiada por recursos próprios – 2000
Por esfera de governo

UF	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total		População
	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	
BRASIL	20.351.492	119,9	6.313.436	37,2	7.347.161	43,8	34.012.089	200,8	169.799.170
Nacional	2.552.505	15,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2.552.505	15,0	169.799.170
Norte	1.285.518	99,6	821.830	63,7	311.096	24,1	2.418.444	187,5	12.900.704
RO	194.330	140,8	66.261	48,0	36.855	26,7	297.446	215,6	1.379.787
AC	77.218	138,5	115.849	207,8	4.009	7,2	197.076	353,5	557.526
AM	238.827	84,9	285.195	101,4	102.850	36,6	626.873	222,9	2.812.557
RR	62.453	192,5	52.450	161,7	9.777	30,1	124.680	384,3	324.397
PA	514.226	83,0	157.527	25,4	111.354	18,0	783.107	126,5	6.192.307
AP	65.554	137,4	74.044	155,2	6.924	14,5	146.522	307,2	477.032
TO	132.911	114,9	70.504	60,9	39.327	34,0	242.741	209,8	1.157.098
Nordeste	4.582.914	96,0	1.259.051	26,4	1.004.070	21,0	6.846.035	143,4	47.741.711
MA	492.211	87,1	24.836	4,4	114.339	20,2	631.385	111,7	5.651.475
PI	282.902	99,5	49.425	17,4	40.583	14,3	372.909	131,2	2.843.278
CE	715.440	96,3	253.917	34,2	166.209	22,4	1.135.566	152,8	7.430.661
RN	290.321	104,6	162.080	58,4	81.693	29,4	534.095	192,3	2.776.782
PB	382.349	111,0	57.446	16,7	71.001	20,6	510.796	148,3	3.443.825
PE	877.392	110,8	230.433	29,1	159.144	20,1	1.266.968	160,0	7.918.344
AL	283.009	100,3	72.508	25,7	52.287	18,5	407.805	144,5	2.822.621
SE	181.259	101,6	34.049	19,1	32.135	18,0	247.443	138,7	1.784.475
BA	1.078.032	82,5	374.357	28,6	286.680	21,9	1.739.068	133,1	13.070.250

Sudeste	8.074.371	111,5	2.977.387	41,1	4.566.409	63,1	15.618.167	215,7	72.412.411
MG	1.593.339	89,1	298.260	16,7	847.644	47,4	2.739.243	153,1	17.891.494
ES	269.948	87,2	205.651	66,4	169.320	54,7	644.919	208,2	3.097.232
RJ	2.639.050	183,4	398.596	27,7	702.903	48,8	3.740.548	259,9	14.391.282
SP	3.572.033	96,5	2.074.881	56,0	2.846.542	76,9	8.493.457	229,4	37.032.403
Sul	2.623.004	104,5	718.744	28,6	1.057.621	42,1	4.399.368	175,2	25.107.616
PR	925.338	96,8	107.045	11,2	408.869	42,8	1.441.252	150,7	9.563.458
SC	474.934	88,7	231.803	43,3	203.824	38,1	910.561	170,0	5.356.360
RS	1.222.732	120,0	379.896	37,3	444.928	43,7	2.047.555	201,0	10.187.798
Centro-Oeste	1.233.181	106,0	536.424	46,1	407.964	42,6	2.177.569	194,6	11.636.728
MS	200.750	96,6	44.825	21,6	109.094	52,5	354.669	170,7	2.078.001
MT	256.865	102,6	36.186	14,4	119.472	47,7	412.523	164,7	2.504.353
GO	468.326	93,6	218.813	43,7	179.399	35,9	866.538	173,2	5.003.228
DF	307.239	149,8	236.600	115,4	n.a.	n.a.	543.839	265,1	2.051.146

Fonte: MS/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal).

(1) Estimativa realizada com base em dados dos municípios que responderam ao SIOPS até outubro de 2002. O painel é composto de 3.695 municípios (67,1% do total), que abrigam 133,5 milhões de habitantes (79,6% do total).

NOTA: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, excluem nas três esferas de governo, aposentadorias e pensões (inativos), clientela fechadas e no âmbito federal o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o gasto público *per capita*, incluindo todas as esferas governamentais chegou a R\$ 200,08 em 2000. Apenas para efeito de comparação, o gasto público em saúde *per capita* dos Estados Unidos, segundo o SIOPS, foi de U\$ 1.500,00 nesse ano. É interessante ressaltar que, o governo federal dispende os seus recursos diferenciadamente. Enquanto os gasto federal *per capita* na área de saúde foi de R\$ 111,5 na região Sudeste, em 2000, ele foi de R\$ 99 e R\$ 96,00 para as regiões Norte e Nordeste, respectivamente, no mesmo ano.

A remuneração por serviços produzidos consiste no repasse financeiro a prestadores privados de saúde que prestam atendimento ao SUS.²² Apesar de algumas experiências localizadas de contratos de gestão, por exemplo, com as Pioneiras Sociais no âmbito federal, e com Organizações Sociais no estado de São Paulo, o método de pagamento prospectivo por procedimento ainda é o mais usado como remuneração dos prestadores no país. Como assinala Alicia UGÁ (sem data):

“Trata-se de um sistema através do qual cada unidade prestadora de serviços de saúde recebe numa relação de compra e venda com o órgão financiador, um montante diretamente proporcional à produção efetuada, mas independente de seus custos tendo em vista que:

- o método remunera de forma ex post, os serviços finais previamente executados pela unidade sanitária;*
- por outro lado, atribui um valor pré-determinado a cada tipo de procedimento médico-assistencial, cirúrgico ou clínico, independentemente do tipo e quantidade de insumos que tenham sido utilizados e dos atos médicos ou serviços intermediários efetuados em cada caso; e*
- assim, cada prestador recebe periodicamente, ex post, um montante de recursos correspondente ao somatório dos produtos do valor unitário de cada procedimento pela quantidade efetuada no período correspondente por tipo”. (pg. 80)*

Esse tipo de método estimula a sobre-oferta, ou seja, a prestação de serviços sem que haja a necessidade, e estimula a fraude. Além disso, a qualidade do serviço tende a ser menosprezada. O método regula o “valor unitário de cada procedimento, mas não a quantidade a ser efetuada”. A Tabela SUS é seriamente enviesada remunerando muito bem alguns serviços, especialmente os de alta complexidade.

²² Já foram tecidas algumas considerações a respeito disso na seção III.1.

Por conta desses fatores, o gestor público deve despender um grande volume de recursos na fiscalização dos procedimentos.

Tem sido discutida no MS, a possibilidade de estabelecimento de contratos de novas formas de pagamento de serviços como o orçamento global, mediante o cumprimento de metas de qualidade acordadas entre gestores e prestadores. Isso poderia ser feito com entidades públicas ou filantrópicas, mas a legislação veda esse tipo de pagamento a entidades privadas com fins lucrativos.

IV.4 Inadimplência dos Prestadores

Pela legislação brasileira não podem ser contratadas entidades em débito com a Previdência, uma vez que o artigo 29, inciso III da lei nº 8.666 (Lei das Licitações e Contratos Administrativos) reza que a irregularidade com a Seguridade Social implica impossibilidade de contratação. O artigo 81, da Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, diz que a previdência social deve informar trimestralmente as entidades em débito.

Conforme reza a referida Lei:

“Art. 81. O Instituto Nacional do Seguro Social-INSS divulgará, trimestralmente, lista atualizada dos devedores das contribuições previstas nas alíneas “a”, “b” e “c” do parágrafo único do Art. 11, bem como relatório circunstanciado das medidas administrativas e judiciais adotadas para a cobrança e execução da dívida.

§ 1º O relatório a que se refere o caput deste artigo será encaminhado aos órgãos da administração federal direta e indireta, às entidades controladas direta ou indiretamente pela União, aos registros públicos, cartórios de registro de títulos e documentos, cartórios de registro de imóveis e ao sistema financeiro oficial, para os fins do § 3º do Art. 195 da Constituição Federal e da Lei nº 7.711, de 22 de dezembro de 1988”.

No anexo 1 desta dissertação são apresentadas duas listas contendo 431 entidades hospitalares que estavam em débito com a Previdência Social, em maio de 2004. Em ambos os casos, são entidades que têm dívidas previdenciárias superiores a R\$ 10.000,00 e não tenham ingressado no Programa de Recuperação Fiscal (REFIS) instituído

pela Lei nº 9.964, de 10 de abril de 2000. Estas entidades não poderiam, portanto, ser contratadas pelo poder público, tendo em vista o disposto nos artigos 27 e 29 da Lei nº 8.666, *in verbis*:

“Art. 27. Para a habilitação nas licitações exigir-se-á dos interessados, exclusivamente, documentação relativa a:...

IV - regularidade fiscal”...

“Art. 29. A documentação relativa à regularidade fiscal, conforme o caso, consistirá em:...

IV - prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei. (Redação dada pela Lei nº 8.883, de 8.6.94)”

A primeira lista apresenta 346 entidades que tenham a expressão “hospital” em sua razão social e, como se esclareceu acima, tenham dívidas superiores a R\$ 10.000,00. Do resultado foram omitidas as entidades que não eram hospitais como, por exemplo, empresas que produzem materiais hospitalares. A segunda lista apresenta entidades que tenham a expressão “Santa Casa” em sua razão social. Do resultado desta segunda pesquisa foram omitidas as entidades que constavam na lista anterior.

Somando as dívidas das entidades com a expressão “hospital” e com a expressão Santa Casa, chega-se ao montante de R\$ 908.071.985,31 (que, frise-se, não podem ser contratadas uma vez que não ingressaram no REFIS) com a Previdência Social. Alguma solução política deve ser dada para a situação dessas entidades porque, se a lei fosse cumprida e esses hospitais deixassem de receber os recursos do SUS e se inviabilizassem financeiramente, o impacto social seria incomensurável.

Importa ressaltar que a lista não é exaustiva, ou seja, pode haver entidades hospitalares que estão em débito com a previdência que não constem na lista, se na sua razão social não constar as expressões “hospital” ou “santa casa”. O resultado apresentado é, portanto, uma estimativa, o que significa que a dívida pode ser maior do que a apresentada (mas não menor).

Relacionada à questão dos encargos sociais, pode-se afirmar também que o Código 7 gerou uma situação problemática, que não se sabe ainda como será resolvida no nível judicial.

“Consistia o pagamento tipo 7 no seguinte:

O prestador pessoa jurídica que havia contratado com o Ministério da Saúde os serviços hospitalares, ao apresentar as faturas mensais ao contratante, separava os honorários médicos dos demais procedimentos e esses honorários eram pagos pelo contratante (Ministério) mediante depósito em conta pessoal do médico, conforme CPF declarado no documento de cobrança pelo contratado, tudo sem se levar em conta os desdobramentos de ordem previdenciária e tributária que poderiam daí resultar.

Assim operou o sistema desde 1976..”. (OFÍCIO SES/BA n° 337/2004 – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA)

Toda internação hospitalar do SUS só é efetivada após a emissão de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). As AIHs foram criadas em 1980 e nelas sempre existiu um campo de preenchimento denominado código 7, no qual o hospital informa o nome e a conta bancária do médico que realizou o serviço. O responsável pela unidade prestadora autoriza o MS a pagar os honorários médicos diretamente aos profissionais, como forma de não se estabelecer um vínculo trabalhista entre hospital e médico.

“Diante disso, e através desse sistema, os profissionais eram considerados autônomos, pelo qual cabia aos mesmos a responsabilidade pelo recolhimento das obrigações trabalhistas”. (Ofício GABS n° 603-02, de 17 de junho de 2002 – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina)

Ocorre que, de acordo com a Consolidação do Trabalho, há três características para se comprovar o vínculo trabalhista: relação hierárquica, prestação continuada e percepção de dinheiro. Muitos médicos trabalham há anos em determinados hospitais, participam de equipes médicas e cumprem horários, o que poderia comprovar vínculo trabalhista entre hospitais e médicos se não fosse o fato de que esses profissionais não são pagos pelo hospital, e sim pelo MS. Como consequência disso os encargos sociais não são pagos ao Ministério da Previdência. Segundo os dados disponíveis (ver tabela a seguir), consta que havia, em 2001, aproximadamente 40.000 médicos recebendo pelo Código 7. Muitos deles estão entrando na justiça pleiteando aposentadoria.

TABELA 19

**Profissionais com Código 7 que Realizaram Atendimentos pelo SUS em 2001
segundo UF**

UF	Número de profissionais	Número de atos	Valor Total dos Atos (R\$)
Rondônia	18	11.176	258.399,29
Acre	123	39.888	1.036.395,04
Amazonas	258	82.447	2.792.335,21
Roraima	0	0	0,00
Pará	823	528.628	13.958.604,46
Amapá	29	13.585	227.305,38
Tocantins	299	188.725	2.803.883,02
Maranhão	511	678.991	6.960.340,67
Piauí	654	248.091	5.659.018,99
Ceará	1.438	976.386	17.921.003,16
Rio Grande do Norte	524	516.452	6.378.422,28
Paraíba	749	296.348	6.090.674,77
Pernambuco	984	565.551	12.940.742,72
Alagoas	848	621.345	11.119.960,85
Sergipe	753	319.800	7.831.699,83
Bahia	1.264	886.084	19.132.341,57
Minas Gerais	8.205	4.333.978	68.175.604,14
Espírito Santo	1.003	531.706	9.219.567,53
Rio de Janeiro	1.814	955.615	13.206.398,56
São Paulo	7.575	2.806.702	51.535.750,33
Paraná	4.412	3.068.887	39.687.415,30
Santa Catarina	2.034	1.283.753	17.353.970,82
Rio Grande do Sul	2.685	2.052.804	18.927.740,07
Mato Grosso do Sul	617	388.231	5.729.450,90
Mato Grosso	856	386.811	7.899.438,20
Goiás	2.101	1.364.448	17.062.753,84
Total	40.577	23.146.432	363.909.216,93

Fonte: SIH-SUS (2002)

Segundo parecer do Dr. Gilson Carvalho, consultor do MS e um dos maiores especialistas em saúde pública no Brasil, realizado em 1998, a pedido do CONASEMS:

“Depois de inúmeras discussões nos últimos dez anos, com vários juristas, procuradores do ex-INAMPS, do Ministério da Saúde e vários outros, ficou claro que é ilegal a atual forma de “credenciamento de médicos pelo Código 7” praticada durante dezenas de anos pelo INAMPS e pelo seu sucedâneo, o Ministério da Saúde.

a) Não se pode fazer contrato com a instituição e depois interferir lá dentro, pagando seus profissionais diretamente;

b) Não há possibilidade de se contratar alguém simplesmente pelo modelo de credenciamento sem que se estabeleça uma relação de trabalho que só poderia ser via CLT (...) e, como estatutário, para o setor público.

Ficou assim estabelecido que os futuros contratos e convênios a serem firmados não deveriam (e não devem!) fazer pagamentos em separado para os profissionais médicos da instituição (Código 7)”

Ocorre que o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passou a exigir o cumprimento do pagamento dos débitos à previdência social:

“No ano passado (2001) – início da prescrição de 10 anos dos valores a serem recolhidos (portanto, impossibilitando a cobrança de numerários anteriores a 1991, ano também em que a responsabilidade passou do INSS ao Ministério da Saúde) – o Instituto Nacional de Seguridade Social, outrora responsável pelo sistema das AIHs, passou a intensificar os processos de auditoria e fiscalização nas Secretarias Municipais, exigindo-lhes a comprovação dos recolhimentos patronais dos médicos autônomos.

Concomitantemente, o INSS passou a fiscalizar também as Secretarias Estaduais, como esta Secretaria de Saúde, notificando-as e obrigando-as a apresentarem a Guia de Recolhimento e Informações à Previdência Social (GEFIP) desde janeiro de 2002, além de responsabilizá-las pelo não recolhimento dos pagamentos havidos aos profissionais credenciados em cód. 07 referentes aos recolhimentos patronais do INSS”. (Ofício GABS nº 603-02, de 17 de junho de 2002 – SES/SC)

A responsabilidade para com os débitos devidos à previdência pode ser decidida pelo poder judiciário de várias maneiras diferentes:

- a) que a responsabilidade pelo recolhimento é dos próprios profissionais uma vez que eles são autônomos;
- b) que a responsabilidade é dos prestadores uma vez que os profissionais fazem parte do seu corpo clínico;
- c) que a responsabilidade pode ser do MS entendido como a entidade pagadora;
- d) que a responsabilidade pode ser solidária das três partes ou do Ministério e das entidades prestadoras.

O Sistema Judiciário, através de seus juízes, pode decidir essa questão de várias maneiras diferentes, e a solução definitiva só ocorrerá no Supremo Tribunal Federal, daqui a anos. Parece-nos que a última hipótese (responsabilidade solidária) é a mais provável.

Como se depreende, nos últimos 20 anos houve evidente menoscabo em relação a essa questão. Por parte de todos os envolvidos: profissionais, prestadores, gestores estaduais e municipais, MS, Ministério da Previdência, Ministério do Trabalho. Se for difícil resolver as conseqüências que esse problema trouxe no presente deve-se evitar que esse problema se repita no futuro. A contratação dos prestadores privados deverá prever que os hospitais são responsáveis por todos os serviços existentes. Não se pode mais aceitar o argumento usado pelos proprietários de hospitais, segundo o qual eles são responsáveis pela hotelaria (leitos e alimentação) e não se comprometem com os serviços prestados. A previsão contratual de pagamento dos serviços por parte dos hospitais os forçaria a estabelecer relações trabalhistas com o seu corpo médico. Essa é, por exemplo, a posição do sr. Gilson Carvalho no parecer acima aludido: *“Ficou assim estabelecido que, ao se fazer contrato/convênio com hospital este deva incluir o pagamento de todos os serviços e profissionais. O contratado faz o pagamento de seu pessoal técnico: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, etc”*.

IV.5 A legislação brasileira e a contratação de serviços de saúde

No campo do direito há um ramo que se concentra nas atividades do setor público entendido como uma entidade gerencial. Trata-se do Direito Administrativo. A contratação de serviços de saúde é regida por este ramo do direito. No que tange à legislação e ao direito administrativo, dois aspectos devem ser salientados:

- 1) a complexa normatização do Sistema de Saúde;
- 2) a inadequação da Lei das Licitações para a contratação de serviços de saúde.

Sobre o primeiro aspecto é preciso dizer que a legislação brasileira entra em conflito com o complexo normativo infralegal previsto pelas Normas Operacionais Básicas, que estruturaram o SUS. A lei nº 8.080 é clara ao dizer que cabe ao município a formalização contratual com a rede privada localizada em seu território. A NOB 01/96, por

sua vez, prevê que a responsabilidade contratual com a rede privada é do município em gestão plena do sistema (seguindo as diretrizes da lei), mas, em caso de município qualificado como GPAB a responsabilidade contratual com a rede privada passa a ser do Estado. Conforme mostrei na seção IV.1, até o ano início do ano de 2000, 47% dos recursos do pagamento aos prestadores ainda era transferido diretamente para as unidades. De lá para cá, foi impulsionado o processo que visava qualificar os estados e municípios em gestão plena. Atualmente, somente 7% dos recursos da média e alta complexidade dos tetos municipais são repassados diretamente aos prestadores.

Uma discussão interessante, mas que não será tratada aqui, é se os municípios brasileiros já não estão maduros para assumir as prerrogativas expressas na Lei Orgânica da Saúde. Não seria a hora de findar este sistemas de qualificações elaboradas pelas NOBs e NOAS (gestão semiplena, GPAB, GPABA, GPSM) e partirmos para a capacitação dos estados e municípios para a assunção de suas responsabilidades legais?

Outro aspecto a ser examinado refere-se aos mecanismos de contratação previstos no direito administrativo brasileiro. A Lei nº 8.666, a Lei das Licitações e Contratos Administrativos foi elaborada principalmente visando à contratação de serviços de engenharia civil (em particular a contratação de empreiteiras). Os contratos administrativos têm uma série de características que os distinguem dos contratos comuns (cláusulas exorbitantes). Não é do interesse de serviços de saúde submeter-se a essas cláusulas exorbitantes.

Há um entendimento dentro do Direito Administrativo segundo o qual o instituto da licitação não é adequado à contratação dos serviços de saúde. Por exemplo, MARQUES NETO (2003:31) afirma que: *“Em duas oportunidades anteriores já consignamos opinião no sentido de que o instituto da licitação não se presta à seleção dos particulares que prestam serviços à Administração Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde. A observação atenta do tipo de contrato que se pretende estabelecer neste caso leva à conclusão, isenta de dúvidas, de que a sua celebração com o particular não se encontra entre as hipóteses em que é exigida a prévia licitação pública”*.

A inadequação do certame licitatório previsto na lei nº 8.666 prende-se basicamente a dois motivos:

I – o que se pretende com a contratação não é a compra de serviços individualizados de saúde, mas a constituição de uma rede de serviços com diferentes níveis de complexidade e hierarquia;

II – o preço dos serviços de saúde já foi estabelecido de antemão pela Tabela SUS.

Feitas estas considerações, é possível dizer que a chamada pública dos estabelecimentos e a contratação de todos aqueles que se moldem às técnicas expressas e ao preço estipulado pelo poder público é um mecanismo mais interessante que as formas de licitação previstas na Lei 8.666.

IV.6 Considerações sobre as causas do baixo índice de formalização contratual

O que se quer apontar aqui é que houve um complexo de causas inter-relacionadas que dificultaram a formalização contratual. O MS repassou a responsabilidade de contratação aos municípios num momento em que não havia clareza das regras e competência de cada unidade federativa; os gestores públicos têm dificuldade em calcular a sua necessidade de serviços de saúde; os prestadores privados não queriam mudar uma lógica de produção que os favorecia; muitos prestadores privados estão em débito com os encargos sociais, o que impede sua contratação; a inexistência de contratação possibilita ao gestor público diminuir os recursos que ele pagará ao setor privado; a legislação brasileira não é adequada à contratação de serviços de saúde. Todo este complexo de causas gerou a situação em que se encontra a rede privada vinculada ao SUS.

Conforme foi afirmado anteriormente vários atores interagem segundo distintas lógicas. Os prestadores privados muitas vezes lutaram contra a formalização contratual com as secretarias municipais de saúde; estas muitas vezes não estavam capacitadas para o processo de contratação; o MS repassava diretamente os recursos do pagamento da produção dos hospitais até recentemente.

O confronto entre estas distintas lógicas fornece a “explicação” da ausência de formalização contratual. No entanto, o que se gostaria de sugerir é que a ausência de formalização contratual é consequência da ausência de regulação do sistema, entendida como: *“... um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc), as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas como fiscalização, controle, avaliação, auditoria”*.

Se a regulação for entendida como um conjunto de ações e de regras e se o contrato é a explicitação destas regras, então a ausência de contrato significa que as regras são feitas no entrecchoque de ações entre os atores relevantes (prestadores privados, gestores estaduais, municipais, federais, usuários do sistema). Diante disso, cada situação específica, cada subsistema municipal deve ser compreendido pela análise da atuação dos distintos atores e das distintas situações vividas no sistema (um município que tenha superoferta de serviços tem uma configuração de um município onde haja escassez de serviços, um município que tenha uma relação política harmoniosa com o estado e a União é diferente de um município que tenha uma relação conflituosa).

Nestas situações deve-se levar em conta não somente o grau de poder que cada um dos atores possui, como também a habilidade no uso desse poder. Desse modo, um município onde haja sobre-oferta de serviços pode se submeter à lógica privada em virtude da falta de capacidade de determinar suas necessidades de saúde (a secretaria municipal paga por serviços desnecessários), ou porque os prestadores privados se unem e se recusam a seguir a lógica do gestor público. Da mesma forma que pode ocorrer que um município onde haja somente um prestador pode, jogando com habilidade, fazer com que este prestador se submeta à lógica pública, mediante, por exemplo, a ameaça de construção de um hospital público, caso este prestador não queira formalizar um contrato no qual as regras que as partes deverão respeitar estarão explícitas.

Em suma, é na análise de cada situação específica que se poderá entender as distintas lógicas que regem o processo de contratação.

CAPÍTULO V - ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO

“Mas a observação mais importante a ser feita a propósito de qualquer análise concreta das relações de força e esta: tais análises não se encerram em si mesmas (...), mas só adquirem um significado se servem para justificar uma atividade prática uma iniciativa de vontade. Elas indicam quais são os pontos débeis de resistência onde a força da vontade pode ser aplicada mais frutiferamente (...)” GRAMSCI (1976,: 54)

Em 2001, o Tribunal de Contas da União enviou ofício ao MS exigindo que o processo de contratação fosse regularizado mais brevemente possível. Como consequência disso o MS elaborou um documento, do qual fomos um dos autores, intitulado “Orientações para Compra de Serviços de Saúde”, cujo objetivo era auxiliar os gestores municipais e estaduais no processo de contratação de serviços de saúde. Esse documento remanesceu como uma versão preliminar, acessível na internet, até julho de 2003, quando foi publicado pelo MS com o título: Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde.

No ano de 2003 o Ministério resolveu a sua precariedade contratual mediante a habilitação dos estados em GPSE. Evidentemente essa habilitação teve como causa a radicalização de política de descentralização do sistema de saúde. Ainda assim, teve como consequência a transferência da responsabilidade contratual para as instâncias subnacionais.²³

V.1- O Caderno de Orientações para a contratação de Serviços de Saúde

Visando à regularização da situação contratual da relação entre o setor público e os serviços privados de saúde, o MS publicou, em julho de 2003, um documento intitulado: “Caderno da SAS – Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

²³ Ver Item IV.1 desta dissertação.

Neste documento o Ministério aconselha os gestores municipais e estaduais a que os serviços privados só sejam contratados caso a rede pública não seja suficiente para o atendimento às necessidades da população (conforme reza a CF e a Lei nº 8.080). Neste caso, teriam prioridade de contratação os serviços privados filantrópicos e sem fins lucrativos e, em caso de insuficiência da rede filantrópica, os serviços puramente privados.

Neste Caderno o Ministério estabelece uma série de Orientações sobre como contratar. Advoga também a possibilidade de utilização da Chamada Pública para a contratação desses serviços. Isso se baseia no fato de que, ao contrário das licitações comuns, é extremamente complicada a competição por serviços de saúde. A Lei 8.666 (Lei das Licitações) foi planejada para o estabelecimento da competição pelo preço. Mesmo na modalidade de licitação por técnica, acaba prevalecendo o preço, uma vez que a detentora da melhor técnica é chamada a negociar para a redução de seu preço, e caso se recuse, são chamadas as outras empresas, até que se chegue ao preço mínimo estabelecido.

Conforme reza o artigo 46 da Lei 8.666:

“§ 1º Nas licitações do tipo "melhor técnica" será adotado o seguinte procedimento claramente explicitado no instrumento convocatório, o qual fixará o preço máximo que a Administração se propõe a pagar:

I - serão abertos os envelopes contendo as propostas técnicas exclusivamente dos licitantes previamente qualificados e feita então a avaliação e classificação destas propostas de acordo com os critérios pertinentes e adequados ao objeto licitado, definidos com clareza e objetividade no instrumento convocatório e que considerem a capacitação e a experiência do proponente, a qualidade técnica da proposta, compreendendo metodologia, organização, tecnologias e recursos materiais a serem utilizados nos trabalhos, e a qualificação das equipes técnicas a serem mobilizadas para a sua execução;

II - uma vez classificadas as propostas técnicas, proceder-se-á à abertura das propostas de preço dos licitantes que tenham atingido a valorização mínima estabelecida no instrumento convocatório e à negociação das condições propostas, com a proponente melhor classificada, com base nos orçamentos detalhados apresentados e respectivos preços unitários e tendo como referência o limite representado pela proposta de menor preço entre os licitantes que obtiveram a valorização mínima;

III - no caso de impasse na negociação anterior, procedimento idêntico será adotado, sucessivamente, com os demais proponentes, pela ordem de classificação, até a consecução de acordo para a contratação;

IV - as propostas de preços serão devolvidas intactas aos licitantes que não forem preliminarmente habilitados ou que não obtiverem a valorização mínima estabelecida para a proposta técnica”.

No setor saúde, pode-se argumentar que o gestor pode determinar previamente o preço do serviço a ser contratado. A Tabela SUS estabelece o preço que o MS remunera aos serviços de saúde públicos e privados. Os gestores estaduais e municipais podem complementar esse preço, contanto que o faça com recursos próprios.

Na modalidade de concorrência por técnica, também é inviável a competição uma vez que a técnica já está decidida de antemão pelas regulamentações do MS. Se porventura forem criadas técnicas novas que se mostrem mais eficientes que as existentes, a tendência é que essas sejam abandonadas e que se passe a utilizar as melhores. Isso está de acordo com o interesse público.

Ademais, o interesse do gestor público ao contratar serviços privados não é o de comprar serviços isolados, mas sim o de constituir uma rede hierarquizada de serviços de saúde que atendam integralmente todas as necessidades de saúde da população.

V.2 Próximos Passos

A estratégia do Ministério foi a de, mediante discussões com os governos subnacionais, tentar induzir o processo de contratação. Houve debates e foram formados grupos de estudo sobre o tema, feitas visitas aos estados para o levantamento da situação e a tentativa de regularizar a situação. Desde 2001 foram feitas visitas a vários estados da federação com o objetivo de sensibilizá-los e também aos municípios quanto ao problema, e traçar estratégias para sua resolução.

Em novembro de 2003, o MS realizou um encontro com representantes do Tribunal de Contas da União, Procuradoria Geral da República, Ministério Público dos Estados (MPE) e Tribunais de Contas dos Estados (TCE), visando tornar pública esta situação. O Anexo 5 desta dissertação apresenta o Relatório deste encontro.

O SUS sempre foi baseado na negociação entre as instâncias governamentais. Todas as decisões relevantes sobre o sistema são debatidas nas esferas de decisão tripartites e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), fórum de negociação com representantes dos três níveis de governo que se reúne mensalmente em Brasília.

A estratégia do ministério baseia-se em atuar no âmbito interno da saúde com a negociação com os governos subnacionais e, o que é novo, com atores externos ao setor saúde, como o Ministério Público e Tribunais de Contas.

O próximo passo deve ser a negociação da regularização contratual na CIT. Nesta negociação procurar-se-á estabelecer prazos e estratégias de atuação dos gestores cabendo ao MS a coordenação e o apoio aos governos subnacionais, e às secretarias de saúde estaduais e municipais a efetivação dos contratos.

A entrada em cena dos Ministérios Públicos e dos Tribunais de Contas baseia-se na suposição de que apenas com pressões exercidas por atores externos ao Sistema de Saúde é que se poderá fazer cumprir a lei. A mera ameaça de punição, no entanto, pode ser contraproducente. É necessária a negociação.

Das discussões travadas no âmbito do MS sobre o tema foram elaboradas três estratégias alternativas para a regularização contratual. A primeira estratégia, na verdade, é a forma de atuação que o MS adotou até hoje. Significa adotar uma posição reativa em relação à regularização contratual estadual e municipal, ou seja, só atuar quando instado pelos gestores estaduais e municipais como orientador de políticas e projetos, mas deixar que esses gestores regularizem a própria situação.

A segunda estratégia baseia-se na coerção. Esta estratégia foi elaborada prevendo duas etapas de atuação. Numa primeira etapa publicizar-se-ia o problema, convocar-se-iam outros atores relevantes (Ministério Público e Tribunal de Contas), cuja missão é o cumprimento da lei e a correta aplicação do gasto público. Num segundo momento negocia-se com as instâncias subnacionais a efetivação dos contratos. Nessas negociações o MS, com o apoio dos Tribunais de Contas e MPE, pressionará os gestores municipais e estaduais para que estes formalizem sua relação com os prestadores até junho de 2004, mediante a Chamada Pública, firmando contratos de 18 meses. Não se pode esquecer que 2004 é um ano eleitoral e que é muito difícil pedir aos candidatos a prefeito

que entrem em confronto com a rede hospitalar. Por isso a Chamada Pública nada mais faria senão formalizar uma situação que existe tacitamente. Dessa forma, os prefeitos que serão eleitos em 2004 assumiriam com a rede formalmente contratada e teriam o prazo de um ano para avaliar a qualidade dos serviços privados de saúde e a necessidade de sua rede.

Pode-se dizer que várias ações e mecanismos previstos por HAYES (2003) foram ou serão utilizados para resolver esse problema: reuniões públicas, conferências, seminários públicos, reuniões nas secretarias, questionários/levantamentos e negociação.

Os problemas desta estratégia são o grau de coerção e o conseqüente desgaste a que o MS submeter-se-ia; o problema de envolver o fato de que a Lei 9.507, de 30 de setembro de 1997 proíbe contratações até três meses antes das eleições,²⁴ o que forçaria que as contratações fossem feitas até o final de junho de 2004; e o fato de que os contratos poderiam obrigar os próximos prefeitos a uma relação não desejável com os prestadores privados. É importante lembrar que a imposição de prazo para a regularização contratual foi tentada em 1994, mediante a Portaria n° 1286 e não alcançou resultados práticos.

Por inviável, essa estratégia foi abandonada.

A terceira estratégia é baseada na negociação. Também está separada em dois momentos de atuação política. Num primeiro momento, em 2004, seriam feitas oficinas nos estados da federação que apresentassem irregularidades contratuais com a presença de representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do MPE, da Procuradoria Geral do Estado e do Tribunal de Contas do Estado. Nessa oficina seria discutida a situação contratual do estado e se discutiriam propostas e prazos para a solução do problema. Parte-se, então de uma postura reativa – só ir aos estados mediante o convite dos governos – para uma postura propositiva – expor o problema e contribuir para a negociação de soluções.

²⁴ “Art. 73. São proibidas aos agentes públicos, servidores ou não, as seguintes condutas tendentes a afetar a igualdade de oportunidades entre candidatos nos pleitos eleitorais: ...

V - nomear, contratar ou de qualquer forma admitir, demitir sem justa causa, suprimir ou readaptar vantagens ou por outros meios dificultar ou impedir o exercício funcional e, ainda, ex officio, remover, transferir ou exonerar servidor público, na circunscrição do pleito, nos três meses que o antecedem e até a posse dos eleitos, sob pena de nulidade de pleno direito, (...)”

V.3 Contratação de Pequenos Hospitais e de Hospitais de Ensino

O MS, por meio do DAE, está propondo uma radical reorganização da relação com os pequenos hospitais e com hospitais universitários de ensino.

Em relação às pequenas unidades hospitalares (hospitais com menos de 30 leitos) públicas ou filantrópicas localizados em municípios com menos de 20 mil habitantes e que sejam a única alternativa assistencial do município, o ministério propõe a formalização de convênios (com hospitais filantrópicos) ou contratos de gestão (com hospitais públicos). A forma de financiamento seria feita com base na série histórica da produção dessas unidades (AIHs atualmente pagas) de forma a garantir o custeio dessas unidades. Esses hospitais deixariam de faturar as AIHs e, contratualmente, se exigiria que eles realizassem apenas ações de atenção básica, algumas de média complexidade, partos e internações necessárias até o momento de transferir os pacientes para unidades de maior complexidade. Os programas de saúde da família também poderiam usar as dependências do hospital. Dessa forma, se aponta claramente o papel a ser exercido por estas unidades, a de uma unidade de apoio e de primeiras referências do sistema de saúde. Se estas unidades atingissem algumas metas pactuadas com o gestor elas teriam direito a um incentivo. O conselho municipal de saúde atestaria o cumprimento dessas metas.

Em relação aos hospitais de ensino, a partir da publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, definiu-se que os hospitais universitários deveriam certificar-se numa modalidade chamada de Hospitais de Ensino. A partir desta certificação eles ficam habilitados a uma nova forma de financiamento: os procedimentos de alta complexidade continuam a ser pagos por produção; os procedimentos de média complexidade passam a ser pagos por um valor global, acrescido de um incentivo se determinadas metas pactuadas forem cumpridas. Uma comissão gestora do contrato seria a responsável por atestar o cumprimento das metas, assim como pelo acompanhamento da relação entre hospital e gestor.

V.4 – Possibilidades de Regulação do Sistema de Saúde por Meio de Contratos

Até aqui tratou-se da situação contratual da rede privada, das experiências concretas de contratação levadas a cabo em alguns municípios, das possibilidades dadas pela legislação de realizar a contratação (licitação ou chamada pública), e das estratégias do MS para a regularização dessa situação.

No decorrer da elaboração desta dissertação mudamos nosso ponto de vista a respeito da situação contratual. Quando começamos a nossa atividade profissional no MS e tomamos conhecimento das vicissitudes vividas pelo sistema, considerávamos que o grande problema do SUS era a falta de contratos firmados entre o público e o privado. No decorrer do trabalho, ao conhecer distintas realidades sobre a situação contratual (municípios que têm contrato e apresentam boa qualidade de atendimento à população, que têm contratos e têm má qualidade; e que não têm contratos e com bons e maus atendimentos), percebemos que o grande problema não é a falta de contratos, mas a falta de regulação do sistema.

O contrato administrativo pode servir como um instrumento de regulação do sistema de saúde. Entende-se aqui a regulação, num sentido restrito, como as estratégias de garantia de acesso a serviços de saúde. Nesse sentido, o contrato pode ser visto como uma garantia mínima de regulação da rede privada. É muito frequente a interrupção de prestação de serviços aos usuários do SUS. A partir da formalização contratual não será mais possível a interrupção dos serviços. No caso de férias de um médico especialista, por exemplo, é muito comum o hospital que não tem contrato comunicar ao gestor público que naquele mês não fornecerá cirurgias daquela especialidade. Caso haja contrato, passaria a ser responsabilidade do hospital a garantia de cobertura daquele serviço nas férias de um especialista.

É possível pensar também num sistema de referência e contra-referência que leve em conta a preferência do cidadão. Isso significa que, idealmente, ao ser constatada pela rede de atenção básica a necessidade de um serviço de maior complexidade, é possível que o próprio cidadão possa decidir o serviço (hospital, clínica especializada) ao qual ele gostaria de ser encaminhado. Isso se baseia na crença de que o cidadão dispõe de

informações sobre os melhores serviços disponíveis em saúde no seu município/região. É uma maneira de premiar os serviços que atendem aos cidadãos com maior urbanidade.

É necessário o estabelecimento de contratos entre o gestor público e os prestadores privados. Em primeiro lugar, em atenção ao **princípio da legalidade**. Como já foi dito, a saúde pública é hoje o único setor no qual recursos públicos são repassados à iniciativa privada sem que haja um instrumento formal que regule essa transferência de recursos. Isso é claramente irregular e ilegal. Em segundo lugar, a existência de contratos atende ao **princípio da eficiência**, consagrado no texto constitucional. Tanto o princípio da legalidade quanto o princípio da eficiência estão expressos no artigo 37 da CF. O princípio da eficiência foi consagrado mediante a promulgação da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. A aprovação desta Emenda foi o resultado direto dos debates sobre a Reforma do Estado. Os contratos, se bem definidos e planejados, contribuirão para o estabelecimento de uma relação de parceria entre os entes públicos e privados que concorrerá para o aumento da qualidade e eficiência do SUS.

O que se busca é a constituição de um estado contratual nos termos de TROSA (2001), no qual os instrumentos que formalizem a relação entre o público e o privado, mais do que documentos que detalham a produção que se deseja, explicitam resultados ou impactos que se quer atingir. Aos prestadores seria conferida maior flexibilidade gerencial para alcançar esses resultados. Ao setor público imponderia o acompanhamento e a constante negociação com os prestadores visando alcançar os resultados desejados.

Os contratos a serem firmados devem contribuir para a constituição de um sistema de saúde que garanta a integralidade da atenção à saúde. Não se pode mais admitir a demanda espontânea, os cidadãos brasileiros tendo que peregrinar por vários hospitais do SUS, até encontrarem aqueles que os aceitem. Não se admitirá mais os serviços privados selecionando os cidadãos que serão atendidos. Para solucionar esse problema, os contratos devem prever o encaminhamento dos cidadãos pelas unidades básicas de saúde. Com exceção dos atendimentos de urgência e emergência, todos os outros encaminhamentos devem ser realizados pelos sistemas de regulação dos gestores públicos. De outra parte, após o atendimento dos cidadãos pelas unidades privadas, essas deverão informar as unidades básicas que técnicas foram utilizadas no tratamento e que medidas devem ser tomadas para a completa recuperação dos cidadãos. Desta forma, a contratação dos

sistemas de saúde concorre para a criação de um sistema de referência e contra - referência do atendimento à saúde.

É necessário desenvolver um sistema de referência e contra-referência que leve em conta a preferência do cidadão. Isso significa que, idealmente, ao ser constatada pela rede de atenção básica a necessidade de um serviço de maior complexidade, é possível que o próprio cidadão possa decidir o serviço (hospital, clínica especializada) ao qual ele gostaria de ser encaminhado. Isso se baseia na crença de que o cidadão dispõe de informações sobre os melhores serviços disponíveis em saúde no seu município/região. É uma maneira de premiar os serviços que atendem aos cidadãos com maior urbanidade.

Os contratos podem prever, também, que o cidadão possa escolher o serviço que utilizará. Assim, idealmente, quando a rede de atenção básica detectar um agravo que deva ser tratado pela rede de média e alta complexidade, o cidadão, que melhor do que ninguém conhece os serviços de saúde de seu município, poderia valorizar os serviços que prestam o atendimento mais humanizado, uma vez que a técnica seria a mesma em todos os estabelecimentos. Dessa forma, prevendo que critérios como cordialidade no trato com o cidadão como prioridade de encaminhamento do paciente, estimular-se-ia que a rede privada aderisse ao Programa Nacional de Humanização e melhorar-se-ia a qualidade da atenção à saúde.

Espera-se que os gestores públicos que conheçam suas necessidades de saúde e contratem a rede privada de acordo com estas necessidades logrem rapidamente melhorias nos indicadores de saúde. Já há experiências de contratos criativos, contratos de gestão entre o setor público e organizações sociais; há convênios feitos com entidades filantrópicas que não se limitam a meramente pagar a produção destas entidades.²⁵ O MS advoga que os prestadores deverão perseguir indicadores de qualidade e de humanização de seu atendimento.

É possível a instituição de contratos de gestão com os hospitais públicos, o que conferiria maior autonomia a estas unidades. Essas unidades passariam a ser unidades orçamentárias e comprometer-se-iam ao cumprimento de metas de qualidade e de indicadores de eficiência.

²⁵ Ver Capítulo III “Experiências de Contratação”, em especial as seções III.4 e III.5, experiências de São José dos Campos e Campinas.

A regulação, o controle, a avaliação e o planejamento do Sistema de Saúde constituem tarefas fundamentais e indelegáveis dos gestores públicos responsáveis, em todos os níveis de governo. O processo de contratação de serviços de saúde deve ser concebido como o resultado de um correto planejamento do Sistema de Saúde e deve concorrer para o controle, o planejamento e a avaliação deste Sistema. A função reguladora deve estar presente em todos os municípios e unidades federadas do país.

Para tanto, os contratos firmados entre gestores do SUS e prestadores de serviços de saúde devem conter cláusulas que prevejam o controle de todas as atividades de saúde. O princípio reitor do controle é o de que todos os procedimentos de saúde pagos com dinheiro público devem ser previamente autorizados pelo contratante (excetuando-se os serviços de urgência e emergência, que serão, no entanto, imediatamente comunicados ao gestor).

A NOAS-SUS 01/2002 instituiu uma lógica de regionalização e complementação dos serviços de saúde. Isso significa que os municípios brasileiros deverão, o mais brevemente possível, capacitar-se para o atendimento da Atenção Básica Ampliada dos seus municípios. Os procedimentos de maior complexidade deverão ser referenciados para os municípios-sede do módulo assistencial ou para os municípios-pólo.

Para alcançar este objetivo é preciso que a autorização de marcação de consultas e de outros procedimentos seja tarefa de uma **Central de Regulação dos Serviços de Saúde** cujas principais funções seriam:

- 1) realizar a marcação de consultas e de procedimentos;
- 2) conhecer, controlar e avaliar a demanda por serviços de saúde;
- 3) autorizar a realização de cirurgias eletivas;
- 4) prever a necessidade de complementação na compra de serviços de saúde, caso a demanda seja maior do que a oferta;
- 5) autorizar o pagamento, após examinar a situação, de serviços de emergência e urgência;
- 6) controlar o número de procedimentos realizados e informar o gestor público sobre sua evolução;
- 7) verificar se os procedimentos autorizados foram, de fato, realizados;

- 8) garantir a gratuidade no atendimento pelo SUS coibindo a cobrança de taxas pelos prestadores privados contratados;
- 9) evitar cobrança ao SUS de procedimentos não realizados pelos prestadores;
- 10) elaborar relatórios de avaliação e análise da execução das ações e serviços de saúde;
- 11) controlar a expedição das Autorizações de Internações Hospitalares;
- 12) planejar o fluxo de referência e contra-referência municipais dos serviços de saúde;
- 13) estabelecer quais pacientes e procedimentos de saúde terão atendimento prioritário;
- 14) contribuir para a auditoria do sistema de saúde;
- 15) controlar e autorizar os procedimentos realizados pelos profissionais médicos autônomos contratados pelo gestor do SUS.

Esta Central de Regulação fundamentará os processos de Controle, Avaliação e Planejamento do Sistema de Saúde. Sua necessidade deriva do fato de não mais ser admissível que os gestores de saúde brasileiros sejam reféns dos prestadores de saúde e que aceitem passivamente a compra de serviços segundo o interesse da oferta, sem controle efetivo sobre a realização destes serviços.

A Central de Regulação é um instrumento indispensável ao funcionamento eficiente, eficaz e efetivo do SUS. Por meio desta Central, o gestor público exercerá o controle sobre todo o Sistema de Saúde, poderá analisar, a todo o momento, o número de procedimentos realizados, a evolução da demanda, a necessidade ou não de complementação de compra de serviços, a qualidade dos serviços prestados. O importante é que o gestor público assuma o seu papel de agente regulador do sistema de saúde.

Todos os procedimentos médicos pagos com dinheiro público devem ser previamente autorizados pela Central de Regulação, à exceção dos serviços de urgência e emergência, que serão, no entanto, imediatamente comunicados à Central de Regulação. Nestes casos a Central de Regulação poderá verificar se a urgência e emergência, de fato, ocorreram.

Há que se realizar uma integração entre as Centrais de Regulação e as unidades públicas de saúde do município-sede e do município adscritos na microrregião. Como foi dito acima, o gestor municipal deve capacitar-se para atender à população nas responsabilidades previstas nos Anexo 1 e nos procedimentos elencados no Anexo 2 da NOAS, no menor prazo possível. Os serviços públicos de saúde constituirão a porta de entrada do SUS. Diariamente, eles deverão alimentar as Centrais, por telefone, e-mail, Correio, ou qualquer outro meio previamente pactuado, com todos os procedimentos de saúde necessários à população. A Central será responsável pela escolha dos atendimentos prioritários a serem realizados e pelo encaminhamento dos usuários do SUS aos procedimentos necessários que não puderem ser prestados nas unidades públicas de saúde. Os procedimentos autorizados pela Central de Regulação serão agendados para o menor prazo possível de acordo com a disponibilidade dos serviços e facilidade de acesso do público. Os prestadores não poderão, dispendo de capacidade e tendo firmado contrato com o gestor municipal, recusar-se a realizar os procedimentos agendados pela Central de Regulação.

Os contratos com os prestadores de saúde deverão prever que serão as Centrais de Regulação que coordenarão o funcionamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), bem assim os serviços de referência e contra-referência. A partir de sua implementação não mais se aceitará a cobrança de serviços não autorizados pelo gestor público, como ocorre atualmente.

Recomenda-se, também, que os contratos estabeleçam a possibilidade da presença de auditores especializados em todos os hospitais contratados pelo gestor do sistema municipal. Estes auditores deverão constantemente verificar se os procedimentos autorizados estão sendo realizados; deverão garantir a gratuidade do SUS, impedindo a cobrança de taxas; deverão comunicar à Secretaria Municipal de Saúde a respeito de quaisquer irregularidades constatadas; e serão, por fim, os responsáveis pelo adequado cumprimento do contrato pelo serviço privado junto à Secretaria de Saúde.

A Central de Regulação será responsável pelo uso e gerenciamento do Banco de Prestadores de Saúde e do Banco de Profissionais Autônomos. Caberá a ela a tarefa de organizar o fluxo de atendimento dos usuários para os estabelecimentos e profissionais contratados.

O processo de contratação de serviços de saúde deve estar ligado ao processo de planejamento das ações de saúde. Visando oferecer a melhor assistência à saúde possível a sua população, o gestor municipal do SUS deve realizar uma análise profunda da sua situação. Deve, também, examinar a legislação pertinente e estar atento às normas instituídas pelo MS, em especial à NOAS/SUS 01/2002.

No processo de planejamento é tarefa básica o município identificar a situação na qual está inserido. É necessário cotejar a situação político-econômica do município, com a disponibilidade dos serviços de saúde existentes em sua base territorial, bem como a qualificação possível ou desejável segundo as normas expressas na NOAS/SUS 01/2001. Há várias situações possíveis. Municípios habilitados em Gestão Plena de Assistência Básica terão direitos e obrigações diversas de municípios habilitados em GPSM; municípios-sede de módulo assistencial terão que planejar o atendimento não só da própria população, mas, em alguns serviços, de toda população a ele referenciada; pode haver municípios com população pequena dispendo de serviços privados de saúde, municípios com populações maiores sem adequada rede de serviços de saúde etc.

Municípios habilitados em **Gestão Plena de Assistência Básica** devem analisar criteriosamente a sua necessidade de contratação de serviços de saúde. A habilitação em Gestão Plena de Assistência Básica para um município significa que ele deve ofertar a sua população alguns serviços básicos de saúde, elencados pela NOAS/SUS 01/2002, em seu Anexo II. A intenção dos idealizadores desta norma, discutida por amplos segmentos da sociedade, era a de que estes serviços básicos pudessem ser prestados em pequenas unidades de saúde. Assim, um posto de saúde municipal poderia servir como unidade de saúde que prestaria os serviços médicos, ambulatoriais e laboratoriais (no caso, a constituição de um posto de coleta de material). Caso o município não disponha de unidades (próprias ou sob gerência de outros níveis de governo) que possam atender aos serviços básicos de saúde em sua base territorial, ele deve, emergencialmente, contratar serviços privados de saúde. Essa situação não é desejável, porém. O gestor municipal em GPABA deve, no menor tempo possível, programar a sua política de investimentos em saúde para suprir esta demanda, de forma a garantir o atendimento dos serviços de assistência básica à sua população. Nestes casos é muito provável que a contratação de alguns médicos e profissionais de enfermagem, assim como a construção de algumas

unidades ambulatoriais seja suficiente para o atendimento da sua população. Esta contratação é preferível à de prestadores privados. O gestor pode, por exemplo, implantar equipes de Saúdes da Família que são incentivadas financeiramente pelo MS. O programa de Saúde da Família já demonstrou ter impactos significativos na redução da demanda por serviços de saúde.

Para casos de maior complexidade, como aqueles definidos no Anexo 3 da NOAS, o gestor municipal deve encaminhar sua população ao município-sede do módulo assistencial ao qual está referenciado no Plano Diretor de Regionalização.

Já os municípios habilitados em **GPSM** devem prestar, além dos procedimentos previstos para os municípios habilitados em Gestão Plena de Assistência Básica, outros procedimentos, de maior complexidade, especificados no Anexo 3 da NOAS. Se este município for sede de módulo, deverá prestar os serviços de maior complexidade para toda a população residente em seu módulo assistencial. Este município deverá firmar com a Secretaria Estadual de Saúde um **Termo de Compromisso para Garantia de Acesso**. Este acordo visa à garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no município contratado.

O gestor do município habilitado em GPSM deve analisar a suficiência de sua rede no atendimento de sua população e da população a ele adscrita. Se a rede pública municipal de saúde tiver capacidade de atender toda a população pela qual é responsável não haverá necessidade de contratação. Caso o município não tenha esta capacidade, ele deverá contratar serviços de saúde de acordo com as seguintes regras e na seguinte ordem:

V.4.1 Contratação de Unidades Próprias

Não é imperativo legal a contratação de unidades próprias. Os secretários estaduais e municipais têm o poder discricionário de nomear e exonerar, a qualquer tempo os responsáveis pelas unidades públicas de saúde, bem como determinar o seu orçamento. No entanto, como uma maneira de conferir maior autonomia orçamentária e gerencial a estas unidades, é possível e desejável instituir-se a prática de Contratos de Gestão entre os gestores públicos e os hospitais da rede própria. Segundo MEIRELLES (2002: 259-260):

“O contrato de gestão havia sido previsto como o instrumento formador da parceria entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços não exclusivos do Estado; foi também contemplado como forma de permitir maior autonomia às fundações e autarquias que realizassem um plano estratégico de reestruturação e desenvolvimento institucional qualificando-as como agências executivas (Lei 9.469, de 27.7.98, art.51)”

A elaboração de contratos de gestão com autarquias foi possibilitada pela Emenda Constitucional 29, que acresceu um parágrafo ao artigo 37 da CF, e pela Lei nº 9.649. Por meio do contrato de gestão são estabelecidas metas de qualidade que devem ser alcançadas pelas unidades. Novamente DI PIETRO (2002:60) afirma que:

“Só é possível contrato com as entidades da Administração indireta, dotadas de personalidade jurídica própria. A rigor, nem seria caso de se falar em contrato, pois, tratando-se de entidades da Administração indireta (autarquias e fundações) seus dirigentes são escolhidos pela Administração Superior, eu pode desde logo fixar as metas, prazos e demais condições impostas ao desempenho dos escolhidos. Não obstante, adotou-se a formalização do contrato para mobilizar aqueles administradores para os objetivos do governo, que lhes concede maior autonomia de gestão, ao mesmo tempo em que assegura maior eficiência do controle de resultados”. (Id.Ibid. pg. 260)

Para se lograr o alcance das metas previstas é desejável a negociação com todo o corpo técnico das unidades de saúde. Esse corpo técnico deve atestar negociar as metas, atestar a sua viabilidade e se comprometer a alcançá-las. É desnecessário dizer que para o sucesso deste modelo deve haver uma relação de confiança entre os gestores públicos e os diretores das unidades de saúde públicas, bem assim entre estes e o seu corpo funcional. Como afirma BARBOSA (19996:90):

“Particularmente, para as características da atividade hospitalar, na qual o trabalho mais essencial, o trabalho médico, exige liberdade e autonomia relativa, pode ser estendida a mesma concepção de gerencia. A prática formal de autonomia internas – com base nos serviços/unidades organizacionais/centros de responsabilidades – respeita e valoriza a liberdade e autonomia do trabalho médico, mas dele cobra resultados, responsabilidades, coordenação com o todo organizacional e deste com a própria dimensão maior do modelo de atenção preconizado pelo SUS – um modelo interessado em resultados (sanitários)”.

Além disso, deve estar previsto no contrato a constituição de conselhos de acompanhamento dos contratos, formado por representantes da secretaria de saúde, do corpo técnico dos hospitais e de usuários do serviço, preferencialmente indicados pelo

Conselho de Saúde. Aos conselhos de acompanhamento caberia atestar o cumprimento das metas, propor formas de melhoria das qualidades de serviços e denunciar eventuais falhas ou irregularidades no cumprimento dos contratos.

Um contrato de gestão instituído desta forma, ou seja, mediante ampla negociação entre o gestor público e os trabalhadores e que prevê a prestação de contas ao controle social assenta-se em ideais democráticos e de participação popular. Como afirma RIVERA (1996:367): *“A necessidade de uma autonomia financeira de gestão está implícita num modelo descentralizado. Dada a configuração de nossa administração pública, cercada de controles burocráticos e fiscais recomendamos prestar particular atenção à figura dos contratos de gestão enquanto formas jurídicas de gerenciamento que, baseadas numa negociação dos recursos em função de metas e objetivos terminais, permitem uma autonomia financeira e administrativa e um contexto de negociação ampla de compromissos e de formas de controle, estas últimas subordinadas à busca da efetividade”*.

O contrato de gestão firmado entre gestores do sistema de saúde e unidades próprias é um documento político, muito mais do que jurídico legal. Isto significa que, em caso de mudança nos quadros da administração superior, ou seja, assume um novo secretário de saúde, há uma certa dúvida a respeito da obrigatoriedade dele ter de cumprir o contrato de gestão.

Nas palavras de DI PIETRO (sem data):

“Os contratos de gestão podem ser importante instrumento de ação do poder público, quer sob a forma de contratualização da tutela sobre as entidades da Administração Indireta, quer sob a forma de parceria com a iniciativa privada. No primeiro caso, o contrato fixa programa a ser cumprido pela entidade em troca de reconhecimento de maior autonomia. No segundo caso, o contrato fixa igualmente programa a ser cumprido pela entidade que atua como paraestatal, em colaboração com o Poder Público, recebendo ajuda para esse fim. Se no caso da Administração Indireta, o contrato de gestão tem como contrapartida a flexibilização de regime jurídico administrativo, no caso da entidade privada o contrato serve ao objetivo contrário, pois, ao invés de permitir a submissão integral ao regime jurídico privado, exige-se da entidade a obediência a determinadas normas e princípios próprios do regime jurídico publicístico, colocando-as na categoria de entidades paraestatais”.

V.4.2 Contratação de Unidades de Saúde Públicas vinculadas a outro nível de governo

Caso a rede pública de serviços de saúde do município não tenha suficiência no atendimento à saúde dos munícipes, os serviços públicos de saúde vinculados a outros níveis de governo localizados em seu território terão prioridade de contratação. Nesse caso o gestor municipal deverá firmar com o gestor estadual ou federal (no caso de hospitais universitários federais) um **Termo de Compromisso entre Entes Públicos**. Trata-se de um instrumento, previsto pela NOAS 01/2002, em que é firmado um acordo entre entes públicos no qual o gestor de um nível de governo contrata prestadores de saúde sob gerência de outro(s) nível(is) de governo que atuem em sua base territorial.²⁶

É o caso de um município que queira contratar hospitais públicos estaduais, ou um município que contrate hospitais universitários federais. A intenção da NOAS/SUS 01/2002 é a de que os hospitais públicos deixem de ser remunerados por produção e passem a ser remunerados segundo metas fixadas. Neste instrumento estabelece-se um plano operativo que definirá o papel de cada prestador de serviço de saúde na rede municipal em que constarão as metas a serem atingidas por cada um dos serviços de saúde. A vantagem dessa pactuação é a de que os hospitais públicos passam a fazer parte do sistema municipal, assegurando-se, com isso, o comando único sobre o conjunto de prestadores.

O Anexo 5 da NOAS/SUS 01/2002 mostra um modelo de Termo de Compromisso entre Entes Públicos no qual os municípios poderão se basear para o estabelecimento dos seus.

O gestor deve estar ciente, também, das disposições expressas na Lei 8.666/1993, pois, segundo o seu artigo 116:

“Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração”.

²⁶ Ver, a este respeito, ítems 42, 44 e Anexo 5 da NOAS:

“42. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

44. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde”.

Também é possível a elaboração de Contratos de Gestão com unidades públicas e já há experiências internacionais provando que uma maior autonomia de gestão traz resultados positivos nas instituições.²⁷

V.4.3 Contratação de unidades de saúde sem fins lucrativos

Caso não haja, em sua base territorial, suficiência na rede pública (municipal ou vinculada a outros níveis de governo) para o atendimento a sua população, o gestor municipal deverá contratar serviços privados de saúde.

A CF e a Lei Orgânica de Saúde (art 199, § 1º da CF e Lei 8.080, art. 25) estabelecem que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos têm prioridade de contratação. Ora, isso claramente viola o princípio de igualdade de todos os particulares frente à administração pública. Só é possível essa prioridade se considerarmos que as entidades filantrópicas têm finalidades comuns ao poder público. Neste caso a contratação dessas unidades significa o estabelecimento de uma parceria. Neste caso deve ser realizado um Convênio com estas entidades, que é o instrumento adequado para a elaboração de parcerias no Direito Administrativo Brasileiro. CARVALHO (2002:207) afirma que:

“Como – em face do princípio da licitação – não é possível dar preferência a nenhum interessado em celebrar contrato com a administração pública, esta preferência (para entidades filantrópicas), que também está prevista no texto constitucional, poderia, à primeira vista, soar-nos como uma antinomia jurídica, já que contraria o princípio da igualdade de participação no processo licitatório. Diante desse fato, a preferência das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos só pode ser entendida e justificada na hipótese dessas entidades (...) virem a se tornar parceiras do poder público, quando, então, com elas se celebraria convênio e não contrato. Isso porque, no regime de parceria, os interesses do poder público e das entidade filantrópica e sem fins lucrativos seriam comuns em função de resultados transcendentos”.
(CARVALHO, 2002:207)

Portanto, prioritariamente, devem ser contratados serviços de saúde de entidades sem fins lucrativos. Isto poderá ser feito mediante a assinatura de **Convênios**. Convênio é um acordo firmado entre entes públicos ou entre um ente público e um ente privado, sem fins lucrativos e que tenham interesses comuns (no caso, a prestação de serviços de saúde).

²⁷ Ver, por exemplo, BARBOSA (1996).

As entidades prestadoras de serviços de saúde conveniadas deverão garantir, no mínimo, 60% de cada um de seus serviços ao SUS.²⁸ A legislação que regula os Convênios é a Lei 8.666. O convênio deve conter uma série de cláusulas previstas nesta Lei, a saber:

- 1) identificação do objeto a ser executado;
- 2) metas a serem atingidas;
- 3) etapas ou fases de execução;
- 4) plano de aplicação dos recursos financeiros;
- 5) cronograma de desembolso;
- 6) previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas.

Além destas cláusulas necessárias para todos os tipos de convênios há outras específicas para Convênios referentes a atividades de Assistência Social, Médica e Educacional recomendadas pelo artigo 8º da Instrução Normativa da Secretaria do Tesouro Nacional 03/93, a saber:

- a) a afirmação de que o Plano de Atendimento é parte integrante do termo de convênio, independentemente de seu conteúdo estar transcrito naquele termo;
- b) a responsabilidade do executor por todos os encargos decorrentes da execução dos serviços, não podendo ser atribuídas ao concedente quaisquer obrigações, tais como as de natureza trabalhista, previdenciária ou fiscal;
- c) a obrigatoriedade de o executor manter cadastro dos usuários do programa, assim como prontuários e/ou relatórios individualizados por tipo de atendimento, que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- d) o compromisso de o órgão ou entidade executora apresentar, na periodicidade ajustada, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição do convênio ou similar, mediante os quais se procederá transferência dos recursos na forma pactuada;

²⁸ (conforme Lei 9.732, de 11 de dezembro de 1998, que altera a redação da Lei 8.212, de 24 de julho de 1991):

"§ 5º Considera-se também de assistência social beneficente, para os fins deste artigo, a oferta e a efetiva prestação de serviços de pelo menos sessenta por cento ao Sistema Único de Saúde, nos termos de regulamento". A regulamentação é dada pelo Decreto 2536/1998, que diz: "§ 4º O disposto no inciso VI não se aplica à entidade da área de saúde, a qual, em substituição àquele requisito, deverá comprovar, anualmente, percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde - SUS igual ou superior a sessenta por cento de total de sua capacidade instalada".

- e) a possibilidade de atualização dos valores por ato da Administração;
- f) a obrigatoriedade de o órgão ou entidade executora manter registros contábeis específicos, para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;
- g) a possibilidade de rescisão quando os serviços não forem executados de acordo com o convênio ou no caso de descumprimento de qualquer das cláusulas pactuadas.

É possível prever a constituição de Conselhos de acompanhamento dos convênios nas unidades conveniadas. É necessário dizer que há forte resistência por parte das entidades filantrópicas à constituição desses conselhos. No entanto, onde foi possível instituí-los, vencidas as resistências iniciais, os resultados apontam para a melhoria da qualidade dos serviços nas unidades que aceitam estes conselhos em virtude da maior aproximação entre gestores, prestadores e usuários promovida pela sistemática dos conselhos.

V.4.4 Contratação de unidades de saúde com fins lucrativos

Caso, após a assinatura dos termos de compromisso e dos convênios, o gestor do SUS avalie que ainda há falta de atendimento de sua população pelo SUS, ele deverá firmar **Contrato de Compra de Serviços**. É um contrato firmado entre um ente público e um prestador privado de serviços de saúde com fins lucrativos. Nesse caso o gestor deve realizar o registro cadastral de prestadores e contratar todos os prestadores que se disponham a realizar os serviços de que necessita pelos preços estabelecidos na Tabela SUS. O gestor não pode permitir que os prestadores, tendo capacidade de prestar todos os serviços necessários ao SUS, escolham prestar alguns serviços (os mais bem remunerados pela Tabela SUS) em detrimento de outros igualmente necessários.

Na contratação de serviços privados de saúde, o gestor do SUS deverá estar atento às cláusulas necessárias para o estabelecimento de contratos previstos no artigo 55 da Lei 8.666 (por exemplo, cláusula a respeito do objeto, do regime de execução dos serviços, dos prazos do início e termo do contrato etc.). O gestor deverá estar atento, também, à determinação constitucional segundo a qual recursos públicos não podem

subsidiar prestadores privados de saúde com finalidade lucrativa, conforme reza o parágrafo 2º, do artigo nº 199 da CF, a saber: “§ 2º - *É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos*”.

É desejável, no entanto, a negociação com estas entidades visando ao fornecimento de serviços julgados necessários pelos gestores públicos. Apenas para efeito de exemplificação poderíamos citar o atendimento domiciliar, o hospital dia, a permissão para visitas a pacientes durante todo o dia, a redução do tempo de internação. Além disso, os contratos podem exigir que os serviços particulares cumpram as diretrizes expressas pela Política Nacional de Humanização do SUS.

V.4.5 Consórcios Públicos De Saúde

Apesar de não fazer parte diretamente do tema dessa dissertação, julgou-se interessante realizar uma breve digressão a respeito da questão dos Consórcios Públicos de Saúde como forma de organização do sistema. Foram elaboradas a partir de uma consulta feita ao MS sobre a posição do Ministério a respeito dessas organizações.

Segundo DI PIETRO (2002:296): “*O consórcio é o acordo de vontades entre duas ou mais pessoas jurídicas públicas da mesma natureza e mesmo nível de governo ou entre entidades da administração indireta para a consecução de determinados fins comuns*”.

A instituição de consórcios está prevista na CF e na Lei Orgânica de Saúde. Os consórcios públicos de saúde, constituídos por municípios para visando pactuar, negociar, assumir, elaborar, planejar ações de saúde justificam-se na medida em que o sistema de saúde tem uma série de características que não admitem a autonomização completa de cada sistema municipal (capacidade instalada, economias de escala, características de cada município).

Reza a CF:

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a

transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.

Diz a Lei n° 8.080:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: (...)

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

Ocorre que muitos consórcios organizam-se como pessoas jurídicas de direito privado como forma de burlar uma série de exigências relacionadas ao direito administrativo (exigência de licitação, controle do gerenciamento de recursos por parte dos tribunais de contas). Na prática ocorreu que muitos municípios transferiram aos consórcios a gestão dos sistemas de saúde, o que não é desejável sob hipótese alguma.

Por conta de algumas experiências malogradas de consórcios intermunicipais de saúde, o governo anterior desestimulou a criação dessas entidades. Pode-se inferir que as normatizações expressas pelos governos anteriores (NOBs e NOAS) estimularam que a organização de serviços e fluxos intermunicipais fosse feita mediante a elaboração da Programação Pactuada e Integrada.

É assente o entendimento que os consórcios não têm personalidade jurídica própria. Por isso, os autores dizem no gerenciamento de recursos públicos os consórcios devem constituir pessoas jurídicas de direito privado que administre seus interesses. Este entendimento pode ser questionado. Os autores alegam que, por exemplo, para a realização

de uma licitação e para a contratação de recursos humanos deveria ser constituída a pessoa jurídica.

Os consórcios públicos de saúde podem concorrer para o aprimoramento das gestões municipais, contanto que **não sejam criados com personalidade jurídica própria**. Cabe aos municípios o julgamento a respeito da conveniência ou não de celebração de consórcios. A legislação brasileira é clara ao permitir esse tipo de acordo. A forma que assumirão esses acordos vai variar conforme os problemas vividos por cada realidade.

Segundo um entendimento que o MS poderia incentivar os consórcios intermunicipais se organizariam em rede, sem que fosse criada uma pessoa jurídica. Há várias ações que poderiam ser executadas consorcialmente sem a necessidade de criação de pessoa jurídica própria. Apenas a título de exemplo poder-se-ia citar a PPI e o Sistema de Regulação, bem como um sistema regional de referencia ou contra-referencia; é possível a elaboração de campanhas conjuntas de saúde; a negociação para ceder a capacidade ociosa do sistema de saúde de um município para outros em troca da capacidade ociosa de outros municípios que tenham tecnologias diferenciadas; o empréstimo de equipamentos para outros municípios; o empréstimo de medicamentos, tudo regulado por um sistema de compensação do consórcio. Mesmo a prescrição que diz que as licitações não podem ser feitas por consórcio pode ser questionada. É possível que para uma licitação para a compra de medicamentos, por exemplo, constitua-se um fundo sob gestão de uma secretaria de saúde determinada. Após a licitação proceder-se-ia a distribuição dos medicamentos conforme a participação dos municípios no fundo.

O consórcio pode prever que seja instituído um gerente responsável e, neste caso, deve ser dada preferência a um secretário municipal de saúde em município em GPSM porque, na prática será esse município que assumirá os maiores ônus de prestação de serviços. Ou o consórcio pode se organizar em rede, determinando que todas as ações devem ser negociadas por um comitê gestor do consórcio formado por todos os secretários municipais que dele participam. Esse comitê gestor poderia funcionar como um sistema de compensações determinando o que cada município deverá fornecer e determinando os fluxos financeiros entre os municípios. Enfim, a forma de organização do consórcio é prerrogativa dos próprios consorciados.

Outra vantagem da não constituição de pessoa jurídica é que o consórcio teria livre entrada e saída. Dessa forma, um consórcio pode ser feito entre dois municípios e, em pouco tempo, pode haver a adesão de outros municípios, a qualquer tempo. Também haveria livre saída. A qualquer momento, um município insatisfeito poderia sair do consórcio. Deve ficar claro que não cabe ao consórcio atender a situações relacionadas à Atenção Básica, que deve ficar sempre sob a alçada do gestor municipal. Em hipótese alguma a elaboração de consórcio significa a transferência da gestão do sistema de saúde e do comando único do município para essa entidade. A legislação é clara a respeito disso.

Recentemente alguns municípios de Rondônia, reconhecendo que a resolução dos problemas de saúde transcendem a governabilidade dos municípios, começaram a se estruturar em forma consorcial, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde.

Os consórcios públicos de saúde representam uma forma de organização radicalmente contrária à que o MS adota atualmente. Analisando as políticas induzidas pelo Ministério pode-se argumentar que o poder central assume um excessivo papel legiferante. Muitas vezes a atuação do MS foi a de mediante publicação de portarias e normas operacionais, dizer aos demais gestores o que eles devem fazer. Se eles cumprirem cartorialmente as exigências emanadas do poder central (Plano de Saúde, PPI, PDR, pactos de atenção, etc.), o Ministério lhes dará alguns privilégios. É como se o MS dissesse: só vale aquilo que eu aprovar. Ao contrário disso, o consórcio significa a negociação e pactuação de metas e ações dos municípios entre si. Eles assumem compromissos recíprocos. O sucesso dos consórcios públicos de saúde dependerá do cumprimento desses compromissos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Enfim, o homem sabe que está sozinho na imensidão indiferente do universo, de onde emergiu por acaso. Não mais do que seu destino, seu dever não está escrito em lugar algum. Cabe-lhe escolher entre o Reino e as trevas”. (MONOD, 1971:198)

As relações sociais estão encobertas por redes de sentidos múltiplos e distintos. No decorrer de um processo de pesquisa as relações sociais revelam-se, desvelam-se, adquirem significações distintas por conta de distintas problemáticas pelas quais são analisadas. Mais que isto, cada ator social age – para usar o jargão econômico - no sentido da maximização de sua utilidade. São elaboradas distintas estratégias que visam assegurar a melhoria da posição social em que cada ator está atuando. O discurso dos atores é também uma estratégia de atuação nesse processo social. O ator fala aquilo que, segundo o seu ponto de vista, assegura a melhoria de sua condição no jogo.

Como diz AZEVEDO (2003:19)

“Mesmo a idéia de caracterizar o sentido de uma ação, envolve, por si só, uma discussão metodológica. Ao falar-se de ação ou relação social, fala-se aqui de um comportamento subjetivamente orientado. O sentido de tal subjetividade seria o alvo da investigação sociológica. Mas há de se considerar que a ação aqui em estudo é implementada por indivíduos, ou grupos de indivíduos, que não reduzem sua subjetividade mais geral a essa ação específica e nem elaboram um modelo simbólico especificamente para orientar esta ação. Ao contrário: tais atitudes são fragmentos nem sempre conscientes de processos empíricos de infinitas determinações que acabam se efetivando através dessas e outras ações sociais. Desse modo, a investigação não busca identificar um sentido “natural” de uma ação, mas sim elabora uma construção conceitual tipificada, ou seja, procura atribuir um “sentido” que, em certa medida, carrega sempre algo de arbitrário e restringido pelas limitações do pesquisador. Esse sentido é construído a partir da acumulação de informação empírica histórica sobre o fenômeno em questão e visa dar sustentação a uma articulação causal também atribuída que, supostamente, estabeleça um vínculo entre a ação, seus desdobramentos e efeitos”.

Na problemática analisada nesta pesquisa constituíram-se como atores relevantes: o setor público, representado pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e por prestadores públicos de saúde; e o setor privado, representado pelos

prestadores particulares. Cada ator elabora a própria estratégia segundo o seu interesse, orientado pela sua ideologia.

RAPOPORT (1998:82) imagina um diálogo entre um físico imbuído de uma visão determinista na qual todo o comportamento humano pode ser previsto, e um cientista político, mais modesto, que busca apenas compreender o sentido da ação humana.

*“Mas a previsão não é a única medida do conhecimento”, responderia o cientista político. ‘Minha tarefa é compreender o que acontece’.
‘Que significa compreender, senão ser capaz de prever? Como saber se compreendemos se não podemos prever?’ continua o cientista orientado pela física.
‘Não é assim’ replica o outro. ‘A previsão dos lances de xadrez pode ser insuficiente, no entanto o significado da compreensão do xadrez é óbvio, não apenas no sentido de saber as regras, mas também no sentido mais profundo de apreciar os princípios da estratégia e, talvez, o aspecto estético do jogo. O xadrez ‘real’ depende de que sejamos o tabuleiro, uma peça de xadrez ou um jogador”*

O pesquisador busca distanciar-se do jogo para compreender suas regras. Neste sentido, ele tem um ponto de vista privilegiado, posto que o jogo que ele analisa não implica diretamente nas suas condições de sobrevivência social. Ele tem, a princípio, uma posição não comprometida com a dos demais jogadores, embora a neutralidade seja impossível.

É importante considerar uma questão já apontada anteriormente que marca uma mudança ocorrida durante o processo de pesquisa. Percebemos que o problema social que dificulta o funcionamento adequado da rede privada não é a ausência de contratos formalizados, mas a ausência de regulação do sistema. A precariedade contratual seria um resultado da falta de regulação. A regulação pode ser vista como a instituição de normas publicizadas de relação entre as partes (público e privado). A ausência de contratos, a ausência de regras públicas e claras que regulem a relação entre o público e o privado é um terreno no qual viceja o patrimonialismo.

•

O SUS tem grandes problemas. Em primeiro lugar, há um discurso recorrente no setor saúde que fala da permanente insuficiência dos recursos. Contra este discurso, pode-se argumentar que da forma como o sistema está estruturado atualmente – descontrolado dos

serviços, dos procedimentos necessários, falta de protocolos claros, ausência de regulação do acesso à saúde – mesmo que os recursos fossem duplicados, continuariam insuficientes. Se fossem tomadas ações de regulação do sistema que o reorganizassem segundo princípios de atendimento ao interesse público se evidenciaria que com os recursos existentes, ainda que insuficientes, é possível fazer muito mais do que se faz atualmente. Se as ações de regulação do sistema fossem implementadas poder-se-ia calcular exatamente quanto se precisaria para atingir os objetivos que se almejam. O problema é que não se sabe exatamente o que se necessita.

Em muitos lugares os técnicos das SESs e das SMSs, principalmente os mais antigos, estão tão imersos na rotina e no caos que não vislumbram as melhorias que o sistema de saúde tem proporcionado ao longo dos anos – é bem verdade que a passos de cágado. São, na sua maioria, desvalorizados, mal pagos, desmotivados.

As ações do MS, a quem caberia estabelecer diretrizes gerais para a orientação de políticas de saúde, muitas vezes padeceram de falta de racionalidade; falta de planejamento sobre o horizonte de longo prazo do sistema de saúde; falta de integração com outras esferas de governo (e dentro dos vários setores do próprio Ministério); além de levar a uma concepção autoritária e centralizadora a respeito da atuação das demais esferas de poder. Talvez isso decorra da própria história de constituição do MS. Muitos funcionários do INAMPS foram integrados ao MS na década de 90. O Ministério herdou também uma certa visão centralizadora e fiscalista dos sistemas de saúde. Ocorreu, com isso, a disputa em torno de duas lógicas distintas: uma que aposta na descentralização das ações, na permanente negociação com os demais atores; outra que pugna pelo controle e normatização excessiva sobre todas as instâncias governamentais.

Precisamos construir uma utopia, um tipo ideal de SUS, um SUS que queremos, para vislumbrarmos o rumo que devemos seguir. O planejamento só é possível se for delineado esse SUS ideal.

Analisando os textos programáticos do sistema de saúde é possível montar o desenho do SUS utópico. Neste sistema ideal a atenção básica resolve uma parcela considerável dos problemas de saúde da população; o que não é resolvido pela atenção básica é rapidamente referenciado para os níveis de atenção mais especializados (média e alta complexidade). O cidadão tem o direito de escolher os serviços que ele julga apresentar

maior qualidade. Rapidamente são feitas as consultas, os exames necessários e as internações. Nos casos de internação o paciente permanece no hospital o menor tempo possível. O sistema de saúde oferece serviços como o hospital dia e atendimento domiciliar realizado por especialistas. Os hospitais do SUS têm alta qualidade técnica e conta com profissionais competentes e motivados. Nos hospitais o horário de visita é extenso, incentiva-se que parentes e amigos dos pacientes freqüentem essas instituições. Ademais, os hospitais estão abertos às sugestões da comunidade, existe um conselho gestor destas unidades formado por representantes da direção da instituição, do poder público e dos usuários; nos hospitais são feitas periódicas pesquisas de satisfação dos usuários que servem para corrigir eventuais falhas no atendimento ao cidadão. Quando os pacientes saem das unidades de MAC são contra-referenciados para as unidades de atenção básica e têm acompanhamento periódico destas equipes. Todos os profissionais ligados ao SUS tratam os pacientes com urbanidade, e buscam diminuir a alienação dos cidadãos a respeito de suas condições de saúde explicando detalhadamente a eles os problemas detectados e os procedimentos necessários a sua solução.

Esse tipo ideal de SUS é o que se almeja. É preciso que se torne público esse ideal. De nada adiantam as boas intenções do MS se no nível municipal há resistências à implementação de um projeto democrático e participativo de atenção à saúde. Por óbvio, nem é preciso dizer que esta utopia só será possível mediante a integração das três esferas de governo, bem como dos três poderes. É no município que os cidadãos moram. Cabe aos gestores municipais à responsabilização pela saúde. Sobre isso é necessário acabar com o sistema de qualificação dos municípios em GPSM ou GPAB. Todos os prefeitos e secretários municipais devem ter a responsabilidade por todo o sistema de saúde municipal. É preciso acabar com a velha dúvida sobre se a dengue é um problema municipal, estadual ou federal: a dengue é um problema municipal.

É preciso que haja mudança de práticas arraigadas. Não se pode mais admitir que o critério para a avaliação da efetividade das políticas sociais seja o número de serviços postos à disposição do cidadão. Mais do que serviços, é preciso impacto. De nada adianta o Programa Saúde da Família se este não for resolutivo. É preciso que as ações e serviços de saúde se convertam rapidamente em melhorias das condições de saúde da população.

Cabe ao MS desenvolver políticas, programas e ações que visem estimular os municípios e estados a atingir a utopia que sonhamos. Para tanto, o MS propõe a implementação do sistema de regulação no SUS.

A não contratação de prestadores privados vinculados ao SUS é irregular e ilegal. Essa vinculação com o SUS pode ser caracterizada como um contrato tácito, o que é vedado pela legislação brasileira. No fundo o que se busca são formas e estratégias para o cumprimento da lei, o que é um pouco absurdo posto que a lei tem um poder coercitivo. No entanto, a não contratação atende a interesses e a luta pela regularização implica a confrontação desses interesses que são poderosos. A inexistência de contratos confere poder ao setor privado e menor capacidade de negociação e controle por parte do setor público da qualidade dos serviços contratados.

No entanto, é preciso salientar que a vida humana está acima de questões legais. Há casos em que o serviço de saúde privado vinculado ao SUS, ainda que sem contrato formal, é necessário. Nestes casos é necessário usá-lo, ainda que seus o seja, pela ótica da lei, irregular. Porém a necessidade dos serviços privados não pode servir como pretexto para a manutenção de uma situação irregular. O setor público e o prestador privado devem negociar a regularização de sua situação no menor prazo possível.

Buscou-se ilustrar nesse trabalho uma situação irregular vigente em todo o país. Embora o tema venha sendo estudado e busquem-se soluções há algum tempo, seja nos níveis governamentais ou entre estudiosos do assunto, importa reconhecer que muito há que ser realizado. No atual governo já se vêem mudanças e movimentos para alterar essa situação porque há o entendimento de que a contratação dos serviços de saúde é um poderoso instrumento de regulação dessas atividades. MENDES (2002) afirma que existem quatro tipos de regulação nos sistemas de serviços de saúde: a regulação estatal, a regulação estabelecida pelos médicos, a regulação social e a regulação mercadológica.

Sem o estabelecimento de contratos criativos e públicos o sistema de saúde é, na maioria dos casos, regulado pelo mercado e/ou pela corporação médica. Para além do meramente cartorial e burocrático, os contratos podem ser poderosos instrumentos de controle e regulação do setor de saúde no Brasil, segundo o interesse público e da maioria da população. Mas esse processo dependerá de pactuações envolvendo os três níveis de governo em seus órgãos de governo. Dependerá também de negociações com os

representantes do sistema privado e da corporação médica, pois é ilusório pensar que o mercado assistirá passivamente à perda de seus privilégios. O modelo de saúde brasileiro ainda é fortemente hospitalocêntrico. O sistema privado de saúde é poderoso e reagirá. Haverá um processo árduo e contínuo de negociação entre os vários atores do setor público e destes com o setor privado. A negociação permanente entre estes atores, que podemos quase dizer que constitui um princípio não expresso do SUS, terá o seu lugar. Agindo assim chegaremos à concertação possível.

No contexto da descentralização/regionalização do SUS deve-se levar em conta a conformação desse sistema formado por gestores federais, estaduais e municipais. O fortalecimento da descentralização e da regionalização deve afigurar-se uma estratégia voltada à melhoria da organização do Sistema. Para que isso tenha sucesso, na realidade brasileira atual e do ponto de vista do gestor federal, o meio estratégico mais adequado me parece ser um misto entre negociação e recompensa.

É necessário negociar sempre a implementação dos princípios do SUS, entre os quais a descentralização afigura-se como uma meta hoje praticamente unânime entre os vários níveis de governo. No entanto, uma análise mais aprofundada permitirá ver que os recursos de poder estão muito desigualmente distribuídos. Se o gestor federal é responsável por quase sessenta por cento dos recursos da saúde pública, a ele cabe usar esses recursos no estímulo a ações que visem essa descentralização da saúde. Assim, caberia a esse gestor, analisando a situação do SUS hoje, perceber que muito poucos municípios prestam um atendimento de saúde integral e de qualidade a toda a sua população e que os que prestam são penalizados em virtude da procura aos seus serviços por parte da população de outros municípios.

Deve haver uma negociação entre os gestores para decidir que municípios ou regiões têm condições de atender à população de uma determinada unidade territorial recompensá-los mediante incentivos financeiros fornecidos pelo gestor federal.

Evidentemente, essa negociação é muito mais fácil na teoria do que na prática. Na vida real, muitas vezes o gestor estadual, por exemplo, em virtude de divergências político-ideológicas com os gestores municipais, obstam o processo de descentralização do SUS.

Este estudo procurou contribuir para este debate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, J.** (1999) *A Importância dos Clássicos* In. GIDDENS, A e TURNER, J. Teoria Social Hoje. São Paulo, SP, Editora UNESP.
- ALMEIDA, C.M.** (1999) *Reforma do Estado e Reforma dos Sistemas de Saúde: Experiências Internacionais e Tendências de Mudança* - In.: Revista Ciência e Saúde Coletiva (ABRASCO), 4 (2):263-286
- ARRETCHE, M.** (2002) *Financiamento Federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.* In. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 331-345.
- ARTMANN, E.** (1993) *O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e Uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma Abordagem Comunicativa)* Dissertação Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para Obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ.
- ARTMANN, E. & SÁ, M.C.** (1994) *Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local.* In MENDES, E.V. (org) Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília, DF, Organização Panamericana de Saúde.
- ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S, & SÁ, M.C.** (1997) *Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: Análise Comparada de Duas Experiências.* Cad. Saúde Pública, 13, (4), 723-740.

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE MINAS GERAIS. *Entidades discutem normas de contratação e pedem dilatação no prazo de assinatura de contrato* In. http://www.ahmg.com.br/jornal/j0201_07.shtml

AZEVEDO, P.R. (2003) *Exclusão e Democracia* Tese (Doutorado Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

BARBOSA, P.R. (1996) *Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão.* In. Revista do Serviço Pública/RSP, 120 (20): 67-97. Brasília, DF, ed. ENAP.

BOBBIO, N. (1999) *Ensaio sobre Gramsci e o Conceito de Sociedade Civil.* São Paulo, SP, Ed. Paz e Terra.

BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J.-C. & PASSERON, J.-C. (1999). *A Profissão do Sociólogo,* Petrópolis, RJ, Ed. Vozes.

BOURDIEU, P. (1998) *Contrafogos.* Rio de Janeiro, RJ. Ed. Jorge Zahar.

CARVALHO, G. (1998) *Parecer sobre Código 7 elaborado a pedido do CONASEMS.* Brasília, DF, mimeo.

CARVALHO, G.I. e SANTOS, L. (2002). *Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica de Saúde,* Campinas, SP, Editora da Unicamp.

COSTA, N.R., SILVA, P.L.B.S & RIBEIRO, J.M. (1999) *A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil.* Revista do Serviço, 50 (3), 32-55, Brasília, DF, Ed. ENAP.

- COUTTOLENC, B.F. & ZUCCHI.** (2002) *Gestão de Recursos Financeiros* Revista Saúde e Cidadania, São Paulo, Ed. Fundação Peirópolis.
- DE NEGRI FILHO, A.** (2001) *A Regulação como Tema Emergente da Reforma Sanitária Brasileira*. Documento de Trabalho para a Oficina de Regulação da SAS/MS
- DECLARATION OF ALMA ATA** (1978) International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. In. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- DI PIETRO, M.S.Z.** (2002). *Direito Administrativo*. São Paulo, SP, Editora Atlas.
- DI PIETRO, M.S.Z.** (sem data) *Contrato de Gestao. Contratualização do Controle Administrativo sobre a Administração Indireta e Sobre as Organizações Sociais*. In <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>.
- ELIAS, N.** (1998) *Envolvimento e Alienação*. Rio de Janeiro, RJ, Editora Bertrand Brasil.
- FAORO, R.** (2000) *Os Donos do Poder*. Coleção Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro, São Paulo, SP, Ed. Folha de São Paulo, sob licença da Editora Globo.
- FEKETE, M.C.** (2001) *Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde*. In. *Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*, Brasília, DF, Ministério da Saúde.
- GIAMBIAGI F. & ALÉM, A.C.** (1999) *Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ. Ed. Campus.
- GOULART, F.A.** (2001) *Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBS*. (comentário ao texto de Levcovits et al, 2001) *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2): 292-298

- GOZZI, G.** (1997) *Verbetes Estado Contemporâneo* In BOBBIO, N. *et alii* Dicionário de Política: 401-409, Brasília, DF, Editora da UnB.
- GRAMSI, A.** (1976) *Maquiavel o Estado e a Política Moderna*. Rio de Janeiro, RJ, Ed Civilização Brasileira.
- GROSSI, T.** (2003) *Proposta de Análise Integrada entre os Planos Plurianuais da União, Estados e Municípios*. In. Res Publica – Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental. Brasília, DF, maio de 2003, Ano II, nº 2.
- HAYES, P.** (2003) *CCMD: Desafios Envolvidos na Formulação de Políticas Públicas. Subsidiando a Formulação de Políticas Públicas por Meio de Consultas*. Brasília, DF, ENAP.
- HOBBS, T.** (2000) *Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil*. Coleção Os Pensadores, São Paulo, SP, Ed. Nova Cultural
- HULKA, B.S. & WHEAT, J.R.** (1985) *Patterns of Utilization: the Patient Perspective*. In. Medical Care 23(5), 438-460
- IUNES, R.** (1995) *Demanda e demanda em Saúde* In. PIOLA, S. F. e VIANNA S. M. Economia da Saúde, São Paulo, SP, IPEA.
- LOCKE, J.** (2002) *Segundo Tratado sobre o Governo*. Coleção A Obra Prima de Cada Autor, São Paulo, SP. Ed. Martin Claret
- LE GRAND, J. & BARTLETT, W.** (org) (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*. Londres, Ed. Macmillan.

- LEI, D.M et alii.** (1997) *Retardo do crescimento e condições sociais em escolares de Osasco, São Paulo, Brasil.* Cad. Saúde Pública,13 (2) Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. & MACHDO, C.** (2001) *Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas.* Ciência e Saúde Coletiva 6(2): 269-291.
- LEVCOVITZ, E. & NORONHA, J.C. de** (1994) *AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde* In. GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro Ed. ABRASCO, IMS, UERJ.
- LEVINE, D. N.** (1997) *Visões da Tradição Sociológica.* Rio de Janeiro, RJ, Editora Jorge Zahar.
- LIMA, A C.V.M de S et alii** (2004) *Fatores determinantes dos níveis de hemoglobina em crianças aos 12 meses de vida na Zona da Mata Meridional de Pernambuco.* Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 4 (1), Recife, PE
- LUCHESE, P.** (1996) *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995.* In Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, DF, IPEA.
- MACHADO, C.V.** (2002) *Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências.* In. NEGRI, B. e VIANA, A. L. d’A., O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo, SP. Ed. Centro de Estudo Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG).

- MAGALHÃES JR H. M.** (2002) *Regulação Assistencial: A Busca de Novas Ferramentas no SUS para Enfrentar o Desafio de Garantir a Assistência com Equidade.* In. *Revista Política Social.*
- MARQUES NETO, F.P.A.** (2003) *Minuta inicial para discussão.* Texto apresentado na Oficina de Contratação de Serviços Privados Complementares ao Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, mimeo, Brasília, DF.
- MATOS, C.A de & POMPEU, J.C.B.** (2003) *Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS.* In. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.8, no.2, p.629-643.
- MATUS, C.** (1996a) *Chipanzé, Maquiavel e Gandhi.*Ed. FUNDAP. São Paulo, SP.
- MATUS, C.** (1996b) *Adeus Senhor Presidente.*Ed. FUNDAP. São Paulo, SP.
- MEIRELLES, H.L.** (2002) *Direito Administrativo Brasileiro.* São Paulo, SP, Malheiros Editores Ltda.
- MELO, A.M., COSTA, N.R. & SILVA, P.L.B.** (1999) *Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha* In. *Revista do Serviço Público* 50 (3) 8-32.
- MELO, M.A.** (1996) *Governance e Reforma do Estado: o Paradigma Agente X Principal,* In. *Revista do Serviço Público*, ano 47, vol.120, nº 1, ENAP, Brasília.
- MENDES, E.V.** (org) (1994) *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário.* Brasília, DF, Organização Panamericana de Saúde.
- MENDES, E.V.** (2001) *Os Grandes Dilemas do SUS.* Salvador, BA, Editora Casa da Saúde.

- MENDES, E.V.** (2002) *Os Sistemas de Serviços de saúde: o que os Gestores Deveriam Saber sobre essas Organizações Complexas*. Fortaleza, CE. Ed. Escola de Saúde Pública do Ceará.
- MINAYO, C. & FERREIRA, S** (org) (2002) *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro, RJ, Editora Fiocruz.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE** (2001) *Gestão Municipal da Saúde – Textos Básicos*, Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNCIAL** (2001) *SEMINÁRIO: A Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde*, Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE.** (2002) *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE.** (2003) *Caderno da SAS: Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde*. Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE** (2004a) *Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento* (Versão Preliminar 29 /ABRIL/ 2004)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE** (2004b) *Regulação no setor saúde - buscando seus fundamentos públicos* (Versão Preliminar)
- MONOD, J.** (1971) *O Acaso e a Necessidade*. Petrópolis, RJ, Editora Vozes.
- NARDI, H.C.** (1998) *O Ethos Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho*. In. DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro, RJ, Ed. FIOCRUZ.

- NEGRI, B. & VIANNA, A.L.** (org.) (2002) *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de Desafio*. São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.
- NEUMAN, N.A et alii** (2000) *Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil*. Rev. Saúde Pública, 34 (1) São Paulo, SP
- O'CONNOR, J.** (1977) *USA: A Crise do Estado Capitalista*. São Paulo, Ed. Paz e Terra.
- OLIVEIRA, F.J.A. de.** (1998). *Concepções de Doença: o que os Serviços de Saúde Têm a Ver com Isto*. In. DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas. Rio de Janeiro, RJ, Ed. FIOCRUZ.
- OSBORNE, D. & GAEBLER, T.** (1997) *Reinventando o Governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília, DF, ENAP, Ed. Comunicação.
- OSLACK, O., FANELLI, A.G. & LLOVET, J.J.** (1987), *Descentralización de Servicios de Salud*. El Estado y los servicios de salud. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud n° 17*, Washington: Organización Panamericana de La Salud/Organización Mundial de La Salud (pp. 1-12)
- PEREIRA, C.R. de A** (2004) *Relação Público-Privado no Contexto da Reforma do Estado e da Descentralização em Saúde: o Caso do Setor Privado de Serviços de Saúde Vinculado ao Sus*. (Dissertação) Mestrado. Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ.
- PEREIRA, J.** (1995) *Glossário de Economia da Saúde* (1995) In PIOLA, S. F. e VIANNA S. M. Economia da Saúde. São Paulo, IPEA.

PINDICK, R. & RUBINFELD, D. (1994) *Microeconomia*. São Paulo, SP, Ed. Makron Books.

PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M. (1995) *Economia da Saúde*, IPEA, São Paulo, IPEA.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1995) *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*.

PRZEWORSKI, A. (1998) *Sobre o Desenho do Estado: uma perspectiva Agent X Principal* in BRESSER PEREIRA, L. C. e SPINK, P. (org.) *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*, Rio de Janeiro, RJ, Editora Fundação Getúlio Vargas, 1ª ed.

RAPOPORT, A. (1998) *Lutas, Jogos e Debates*. Brasília, DF. Editora da UnB, 2ª. ed.

RIBEIRO, J.M. (2001) *Regulação e Contratualização no Setor Saúde*, In NEGRI B & DI GIOVANI G. (org.) *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP, Editora da Unicamp.

RICOEUR, P. (1977) *Interpretação e Ideologias*. Rio de Janeiro, RJ, Editora Francisco Alves.

ROSANVALLON, P. (1998) *A Nova Questão Social: Repensando o Estado Previdência*. Coleção Pensamento Social Democrata, Brasília, DF, Editora Instituto Teotônio Vilela.

SCHAFF, A. (1995) *História e Verdade*. São Paulo, SP, Editora Martins Fontes.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. (2002) *Ofício GAB n° 603*, de 17 de junho de 2002.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA (2004) Ofício SES/BA n° 337/2004, de 31 de março de 2004.

SOUZA, R.R. (2003) *Construindo o SUS: A Lógica do Financiamento e o Processo de Divisão de Responsabilidade entre as Esferas de Governo*. In. PIERONTONI, C. R. e VIANNA, C. M. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, Instituto de Medicina Social, Editora Segrekar.

TROISA, S. (2001) *Gestão Pública por Resultados*. Rio de Janeiro, Editora Revan/ENAP.

UGÁ, A. (1994) *Sistema de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência a Saúde: uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira*. In. *O financiamento da Saúde no Brasil. – Série Economia e Financiamento*. Organização Panamericana de Saúde, DF

UGÁ, A. (2002) *A Regulação da Atenção a Saúde*. ANS.

RIVERA, J.U. (1996) *A Gestão Situacional (em Saúde) e a Organização Comunicante* Rio de Janeiro, RJ, *Ciência & Saúde Coletiva* 12(3): 357-372.

VIANA, A.L.D, LIMA, L.D & OLIVEIRA. (2002a) *Descentralização e Federalismo: a Política de Saúde em Novo Contexto*, RJ, *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):419-507.

VIANA, A.L.D, et alii. (2002b) *Mudanças Significativas no Processo de Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil*, RJ, *Caderno de Saúde Pública*, 18 (Suplemento): 139-151.

VIEIRA, P.R. de S (2004) *Sistema de Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Ciência e Tecnologia: o Caso da Escola Nacional de Saúde*

Pública Sérgio Arouca – (Dissertação) Mestrado Profissional em Gestão de Ciência & Tecnologia em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ.

WEBER, M. (1988) *Economia Y Sociedad*, Editora Fondo de Cultura, México.

LEIS E PORTARIAS CITADAS

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, de 1988/ Senado Federal/2002

LEI FEDERAL nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

LEI FEDERAL nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

LEI FEDERAL nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

LEI FEDERAL nº 8.429, de 02 de junho de 1992.

LEI FEDERAL nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

LEI FEDERAL nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

LEI FEDERAL nº 9.507, de 30 de setembro de 1997.

LEI FEDERAL nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

LEI FEDERAL nº 9.649, de 05 de junho de 1998

LEI FEDERAL nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998.

LEI FEDERAL nº 9.964, de 10 de abril de 2000.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Instrução Normativa nº 01*, de 15 de janeiro de 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1993) *Norma Operacional Básica 01/1993*, Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1996) *Norma Operacional Básica 01/1996*, Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002) *Norma Operacional de Assistência à Saúde 02/2002*,
Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 423*, de 09 de julho de 2002, Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 1286*, de 26 de outubro de 1993. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 975*, de 26 de junho de 1995. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 1.101*, de 12 de junho de 2002. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 3.478*, de 20 de agosto de 1998. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Portaria Interministerial
n° 1.000*, de 15 de abril de 2004. Brasília, DF.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DOS DEVEDORES DE PESSOAS JURÍDICAS DEVEDORAS DA PREVIDÊNCIA QUE TENHAM O NOME “HOSPITAL” NA RAZÃO SOCIAL, COM DÍVIDAS SUPERIORES A R\$ 10.000,00

	Contribuinte	CEI / CPF / CNPJ	DÍVIDA
1	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA S/A	43.115.443/0000-00	59.948.459,10
2	ASSOCIACAO HOSPITAL DE COTIA	44.896.827/0000-00	46.549.188,05
3	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	92.685.833/0000-00	43.766.959,66
4	HOSPITAL DAS CLINICAS DA FAC.MED.RIB.PRETO DA	56.023.443/0000-00	40.751.968,63
5	UNIPRAT ASSISTENCIA MEDICA HOSPITALAR LTDA	68.055.094/0000-00	34.158.748,06
6	IRMANDADE DO HOSPITAL SAO JOSE - SANTA CASA S	45.077.492/0000-00	32.134.639,15
7	HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	87.020.517/0000-00	28.630.729,92
8	FUND.HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL EM PROC.D	00.054.015/0000-00	27.044.449,38
9	HOSPITAL CRISTO REI S/A	60.674.926/0000-00	24.641.427,39
10	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSE	84.703.248/0000-00	19.547.295,59
11	HOSPITAL E MATERNIDADE ALBERT SABIN S/B LTDA.	58.997.438/0000-00	19.105.145,61
12	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	19.843.929/0000-00	19.060.447,01
13	SERVICO AUTONOMO HOSPITALAR	29.063.294/0000-00	19.025.859,54
14	FUNDACAO HOSPITALAR DE CURITIBANOS	95.991.113/0000-00	14.807.007,57
15	HOSPITAL VILA NOVA LTDA	92.820.604/0000-00	12.350.566,48
16	A.A.ASSISTENCIA MEDICA HOSPITALAR S/C LTDA MA	53.453.890/0000-00	12.224.547,15
17	FAMILY HOSPITAL S/C LTDA	59.040.014/0000-00	12.198.742,77
18	HOSPITAL COLONIA RIO BONITO LTDA	31.517.345/0000-00	11.816.432,65
19	HOSPITAL MAIA FILHO LTDA	92.743.558/0000-00	11.608.453,93
20	HOSPITAL MENINO JESUS DE GUARULHOS S/A	49.098.601/0000-00	11.047.706,32
21	HOSPITAL CLINICAS DR LAZZAROTTO LTDA	90.299.009/0000-00	10.824.006,19
22	CONSORCIO REG. DE SAUDE DO HOSPITAL LENOIR V.	02.122.913/0000-00	10.164.875,58
23	HOSPITAL PAULISTANA LTDA	61.985.263/0000-00	9.218.323,95
24	FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHI	89.421.259/0000-00	8.727.271,45
25	PROSAUDE HOSPITAL DE CLINICAS LTDA.	30.484.661/0000-00	8.242.405,43
26	HOSPITAL GERAL JOAO XXIII LTDA	70.237.193/0000-00	7.964.877,25
27	ASSOCIACAO HOSPITALAR NOVO HAMBURGO	93.847.432/0000-00	7.375.227,72
28	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO SEBASTIAO LTDA	71.908.818/0000-00	7.052.765,97
29	FUNDACAO HOSPITALAR DE BLUMENAU-HOSPITAL SANT	82.654.088/0000-00	6.941.750,34
30	HOSPITAL BENEFICENTE SAO CARLOS	89.847.370/0000-00	6.857.834,80
31	HOSPITAL E MATERNIDADE MORUMBI LTDA	62.967.112/0000-00	6.671.199,13
32	HOSPITAL MIGUEL DE CERVANTES SA - MASSA FALID	59.277.939/0000-00	6.665.222,68
33	HOSPITAL GERAL DE URGENCIA LTDA	09.936.865/0000-00	5.482.094,28
34	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA HELENA SA	20.377.941/0000-00	5.417.171,70

35	ASSOCIACAO HOSPITALAR E MATERNIDADE DE SAO PA	61.481.917/0000-00	5.317.156,33
36	HOSPITAL DE CLINICAS BRASIL PORTUGAL SA	33.577.768/0000-00	5.197.641,49
37	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO CARLOS LTDA	76.490.861/0000-00	4.962.631,61
38	HOSPITAL MONTREAL S/A	60.459.237/0000-00	4.341.715,52
39	HOSPITAL SAO FRANCISCO SOCIEDADE LTDA	55.980.882/0000-00	4.243.477,73
40	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS LTDA	01.625.151/0000-00	3.816.339,41
41	HOSPITAL SANTA EDWIRGES S/A	02.305.232/0000-00	3.728.609,28
42	HOSPITAL IPIRANGA S.A.	92.724.699/0000-00	3.451.870,13
43	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRI	27.193.705/0000-00	3.442.901,95
44	HOSPITAL SANTA MONICA LTDA	29.985.009/0000-00	3.197.464,95
45	ASSISTENCIA MEDICO HOSPITALAR DE CUIABA S/A	15.075.831/0000-00	3.135.475,36
46	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE DE ANDIRA	78.038.114/0000-00	3.132.781,67
47	HOSPITAL SANTA MARIA LTDA	06.873.111/0000-00	3.118.338,27
48	HOSPITAL MATERNIDADE PIO XII S/C LTDA	46.308.862/0000-00	3.081.700,75
49	HOSPITAL MONTE ARARAT S/C LTDA	61.965.067/0000-00	2.962.770,11
50	HOSPITAL N SRA DA SAUDE	81.161.697/0000-00	2.962.155,45
51	HOSPITAL E MATERNIDADE VIDA'S S/C LTDA.	96.534.300/0000-00	2.954.950,55
52	FUNDACAO HOSPITALAR DE SERGIPE	13.945.795/0000-00	2.940.080,10
53	HOSPITAL PSIQUIATRICO PILAR DO SUL SC LTDA	49.568.496/0000-00	2.727.096,26
54	HOSPITAL E MATERNIDADE DE VILA CARRAO LTDA.	62.023.957/0000-00	2.644.907,70
55	SOCIEDADE HOSPITALAR DE CARIDADE DE TAQUARA	97.758.668/0000-00	2.617.033,61
56	HOSPITAL SAO JOSE	23.769.052/0000-00	2.551.674,14
57	FUNDACAO HOSPITALAR EDUCACIONAL E SOCIAL DE P	88.263.686/0000-00	2.517.058,15
58	FUNDACAO HOSPITALAR DE SAUDE MUNICIPAL DE IBA	80.617.319/0000-00	2.477.389,33
59	HOSPITAL SAN VITO LTDA.	68.138.916/0000-00	2.440.068,14
60	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	50.351.626/0000-00	2.415.506,14
61	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	19.802.883/0000-00	2.324.105,73
62	ASSOCIACAO HOSPITALAR ARMANDO VIDAL	31.634.918/0000-00	2.300.954,79
63	HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE S/C LTDA	05.874.946/0000-00	2.221.861,17
64	HOSPITAL E MATERNIDADE CID PEREZ S/C LTDA	58.139.759/0000-00	2.189.482,91
65	HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE JARDIM AMALIA	32.513.459/0000-00	2.124.680,39
66	HOSPITAL CENTRAL DE PAULISTA S/A.	10.658.920/0000-00	2.052.184,78
67	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL S A	57.555.666/0000-00	2.046.278,42
68	HOSPITAL E MATERNIDADE CAMPOS SALLES LTDA.	44.409.100/0000-00	1.966.175,29
69	VI MED - CENTRO MEDICO HOSPITALAR LTDA.	44.851.566/0000-00	1.948.238,18
70	HOSPITAL DE CLIN.N.S.APARECIDA DE CASCADURA L	03.659.424/0000-00	1.901.732,83
71	HOSPITAL SAO PAULO DE CLINICAS ESPECIALIZADAS	55.996.417/0000-00	1.838.406,34
72	FUNDACAO HOSPITALAR DE LAVRAS DA MANGABEIRA	05.715.321/0000-00	1.803.776,02
73	HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA	97.081.756/0000-00	1.774.279,09
74	SC DE ASSISTENCIA MEDICA HOSPITALAR ZONA LEST	62.981.832/0000-00	1.773.980,48
75	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	45.775.608/0000-00	1.752.605,12
76	SOCIEDADE HOSPITALAR BOM PASTOR	90.167.289/0000-00	1.663.277,84
77	UDILINE HOSPITALAR LTDA	58.509.373/0000-00	1.624.739,08
78	FUNDACAO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA	83.852.418/0000-00	1.608.205,59
79	HOSPITAL ESPIRITA DE PORTO ALEGRE	92.697.291/0000-00	1.598.671,46
80	HOSPITAL E MATERNIDADE DE CORDEIROPOLIS H.M.	62.471.776/0000-00	1.507.175,51
81	HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO	96.136.643/0000-00	1.481.920,89
82	HOSPITAL SAO LUCAS S/C LTDA	51.893.022/0000-00	1.443.972,15

83	HOSPITAL E MATERNIDADE IPIRANGA DE MOGI DAS C	52.542.404/0000-00	1.422.730,60
84	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE TRES PASSOS	98.110.000/0000-00	1.410.215,06
85	HOSPITAL SAO JOSE	19.768.472/0000-00	1.401.840,03
86	HOSPITAL PADRE OLIVIO	27.124.437/0000-00	1.368.627,51
87	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE CAMBUCI	28.912.228/0000-00	1.309.238,65
88	HOSPITAL DE CARIDADE DR VICTOR LANG	87.680.500/0000-00	1.290.905,51
89	HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS	07.770.001/0000-00	1.279.338,47
90	HOSPITAL SAO MARCOS DA SAMA	50.730.902/0000-00	1.277.785,80
91	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANELA	88.210.794/0000-00	1.258.804,40
92	HOSPITAL E MATERNIDADE JOAO PAULO II S/C LTDA	51.241.867/0000-00	1.255.323,46
93	HOSPITAL DE CARIDADE DE QUARAI	94.757.986/0000-00	1.197.096,77
94	HOSPITAL SAO JOSE LTDA	87.198.909/0000-00	1.177.428,64
95	HOSPITAL SANTA GENOVEVA LTDA	18.484.378/0000-00	1.137.120,99
96	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA ZE	19.055.219/0000-00	1.127.229,82
97	HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL FRANCISCO GUERREIRO	90.396.003/0000-00	1.120.593,40
98	SOCIEDADE HOSPITALAR CUIABANA SA	03.470.416/0000-00	1.112.088,39
99	HOSPITAL SANTA PAULA LTDA	17.177.916/0000-00	1.105.229,25
100	FUNDACAO TINO DA CUNHA - (HOSPITAL E MATERNID	17.136.342/0000-00	1.097.913,05
101	HOSPITAL NOSSA SENHORA MAE DA IGREJA	18.929.463/0000-00	1.088.763,80
102	MEDICOR HOSPITAL LTDA	17.385.592/0000-00	1.058.709,50
103	HOSPITAL SAUDE LTDA	88.575.394/0000-00	1.032.449,37
104	HOSPITAL DE REUMATOLOGIA SA	92.809.433/0000-00	1.024.224,64
105	J M DA SILVA HOSPITAL	87.693.388/0000-00	981.905,94
106	SANTA CASA E HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GUIA	19.261.478/0000-00	975.967,80
107	SOCIEDADE HOSPITALAR DOM BOSCO LTDA	95.818.894/0000-00	975.748,70
108	HOSPITAL SAO MATEUS S/C LTDA	41.580.077/0000-00	937.354,22
109	HOPE - HOSPITAL DE OLHOS DE PERNAMBUCO LTDA	09.464.629/0000-00	901.410,32
110	HOSPITAL MATER DEI LTDA	03.153.152/0000-00	885.969,97
111	SOCIEDADE HOSPITALAR LTDA	33.621.087/0000-00	879.615,82
112	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE ILHA SOLTEIRA	00.648.731/0000-00	877.403,01
113	FUNDACAO HOSPITALAR DO MUNICIPIO DE UBATA	42.704.957/0000-00	873.040,15
114	HOSPITAL DE JARDINOPOLIS	50.708.882/0000-00	868.397,32
115	FUNDACAO HOSPITALAR DE RIO REAL - FHRR	14.304.661/0000-00	866.720,05
116	HOSPITAL SAO FRANCISCO IRM.STA.CASA MISERICOR	72.052.350/0000-00	854.965,99
117	SOCIEDADE DIVINA PROVIDENCIA HOSPITAL SANTA I	83.883.306/0000-00	803.181,26
118	UNICLINICAS ASSIST. MEDICA CIRURG E HOSPITALA	54.149.588/0000-00	797.513,45
119	SOCIEDADE HOSPITALAR NOSSA SENHORA DA GUIA LT	37.459.419/0000-00	793.024,36
120	HOSPITAL E MATERNIDADE GUAIANAZES LTDA	43.564.228/0000-00	789.872,70
121	IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS A STA.C	54.228.648/0000-00	789.764,89
122	VITA SAUDE ADM HOSPITALAR DE SISTEMAS DE SAUD	00.684.507/0000-00	768.301,75
123	HOSPITAL PADRE CARMELO DANGELO	20.833.745/0000-00	761.118,75
124	MAP COM E IND DE EQUIPAMENTOS MEDICO HOSPITAL	31.313.653/0000-00	755.186,30
125	HOSPITAL INDEPENDENCIA LTDA	92.741.271/0000-00	736.613,44
126	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE BELA VISTA	03.168.879/0000-00	716.465,00
127	HOSPITAL E MATERNIDADE IGUACU LTDA	77.307.437/0000-00	707.238,62
128	FUNDACAO HOSPITAL ITALO-BRASILEIRO UMBERTO I	60.982.485/0000-00	694.364,07
129	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA LTDA	25.761.040/0000-00	677.548,54
130	HOSPITAL MATERNIDADE JARDINS S/C LTDA	69.106.904/0000-00	674.611,94

131	HOSPITAL E MATERNIDADE RUDGE RAMOS LTDA	44.378.883/0000-00	672.700,51
132	ORGANIZACAO MEDICO HOSPITALAR DE ALAGOAS ORGA	12.303.269/0000-00	634.450,27
133	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL SAO CAETANO	59.302.026/0000-00	602.794,42
134	CEMA HOSPITAL ESPECIALIZADO LTDA	47.192.752/0000-00	597.992,26
135	SOCIEDADE HOSPITALAR DE CARIDADE DE SANTA ROS	95.815.668/0000-00	579.907,29
136	SOCIEDADE HOSPITALAR SANTO ANTONIO	87.714.457/0000-00	578.197,10
137	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO EST. DO	39.615.489/0000-00	577.339,91
138	SOCIEDADE HOSPITALAR E MATERNIDADE SANTO AUGU	89.476.170/0000-00	573.327,73
139	FUNDACAO HOSPITALAR DIVINENSE	21.224.449/0000-00	572.809,17
140	SOCIEDADE ASSISTENCIAL E HOSPITALAR PALMITOS	85.361.053/0000-00	572.067,31
141	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA LTDA	10.896.769/0000-00	570.490,01
142	FUNDACAO MEDICO HOSPITALAR SAO SILVESTRE	30.597.223/0000-00	568.130,91
143	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE ITANHOMI	21.078.126/0000-00	562.737,58
144	HOSPITAL E MATERNIDADE PIRATININGA LTDA	47.219.951/0000-00	554.845,09
145	CORPUS HOSPITALAR LTDA	25.649.716/0000-00	550.176,52
146	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTO ANTONIO DE PADUA	88.734.785/0000-00	545.705,15
147	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA S/A	23.237.142/0000-00	535.230,07
148	HOSPITAL MATER DEI S/A	16.676.520/0000-00	526.993,23
149	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	72.938.079/0000-00	523.706,07
150	HOSPITAL SAO LUCAS DE ITABIRINHA DE MANTENA	21.083.795/0000-00	519.612,58
151	HOSPITAL MATERNIDADE E PRONTO SOCORRO SANTA L	18.625.343/0000-00	515.513,04
152	SOCIEDADE HOSPITAL DE CARIDADE DE ALECRIM	90.863.366/0000-00	509.582,08
153	INST.GEST.DO HOSPITAL INTERNAC.DOS ESTIVADORE	02.790.729/0000-00	507.509,64
154	ORGANIZACAO HOSPITALAR DR DOMINGOS SAVIO LTDA	10.860.583/0000-00	499.936,36
155	HOSPITAL ARAPIARA S/A	17.217.852/0000-00	492.594,01
156	HOSPITAL SAO ROQUE	91.271.767/0000-00	490.211,31
157	IGUAMED ASSISTENCIA MEDICO-HOSPITALAR GLOBAL	75.423.939/0000-00	455.229,22
158	H S M SERVICO MEDICO HOSPITALAR LTDA	95.423.158/0000-00	431.405,15
159	WALBER IND.COM.DE MATERIAL HOSPITALAR LTDA.	50.139.690/0000-00	430.419,35
160	CAIXA DOS POBRES DE NATIVIDADE MANT HOSPITAL	29.885.506/0000-00	420.396,75
161	HOSPITAL E MATERNIDADE JAIME CANET	78.062.734/0000-00	415.477,68
162	HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA	84.423.516/0000-00	415.395,81
163	FUNDACAO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA	83.888.206/0000-00	408.077,57
164	HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	88.551.718/0000-00	407.379,07
165	SOCIEDADE CIVIL HOSPITAL SARMENTO LEITE	96.915.657/0000-00	403.986,89
166	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO JOSE	01.884.775/0000-00	394.472,03
167	ASSOCIACAO HOSPITAL DE PORCIUNCULA	31.431.679/0000-00	383.669,46
168	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	91.272.732/0000-00	375.717,17
169	SOCIEDADE HOSPITALAR SOUZA ARAGAO LTDA .	11.548.872/0000-00	369.073,58
170	ASSOCIACAO HOSPITALAR E MATERNIDADE SAO SEBAS	83.145.052/0000-00	360.330,33
171	HOSPITAL N.S. DA PIEDADE LTDA.	51.781.771/0000-00	359.815,67
172	HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA	87.722.146/0000-00	348.948,84
173	PRONTOCOR-HOSPITAL DO CORACAO LTDA	10.977.577/0000-00	347.357,65
174	ASSOCIACAO DO HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRAN	96.681.069/0000-00	341.745,32
175	HOSPITAL MATERNIDADE SAO PAULO LTDA	02.137.404/0000-00	338.666,20
176	HOSPITAL CAMPOS DO JORDAO DR. ADEMAR DE BARRO	46.746.699/0000-00	335.967,48
177	HOSPITAL FRANCISCO MACHADO ASSOC FILANTROPICA	22.224.299/0000-00	330.007,86
178	HOSPITAL VIRGILIO PEREIRA	45.200.482/0000-00	324.213,34

179	HOSPITAL EVANGELICO MATERNIDADE CONSUL CARLOS	01.132.165/0000-00	315.152,45
180	HOSPITAL EVANGELICO DE MANTENA	22.324.693/0000-00	308.694,41
181	HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUATINS	25.062.563/0000-00	304.718,15
182	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	84.092.709/0000-00	286.766,86
183	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL SAO JOSE	88.962.675/0000-00	280.627,36
184	HOSPITAL SAO NICOLAU	93.592.947/0000-00	278.309,18
185	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE TUMIRITINGA	20.185.799/0000-00	274.557,60
186	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL CANDELARIA	88.163.084/0000-00	265.384,76
187	FUNDACAO HOSPITALAR DR OSWALDO DIESEL	90.936.774/0000-00	259.756,27
188	FUNDACAO HOSPITAL SANTA TEREZINHA	22.420.830/0000-00	258.216,75
189	HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE DE NATAL LTDA	08.452.435/0000-00	255.594,82
190	HOSPITAL SAO MARCOS SA	21.586.987/0000-00	253.470,18
191	HOSPITAL SOCOR S/A	17.312.612/0000-00	251.551,04
192	ASSOCIACAO DO HOSPITAL SAO FRANCISCO	18.958.256/0000-00	251.144,76
193	HOSPITAL BENEFICENTE CAMPO BOM	88.065.289/0000-00	248.835,52
194	HOSPITAL DE CLINICAS JARDIM HELENA S/C LTDA.	47.140.322/0000-00	232.315,54
195	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MARCOS LTDA	55.026.108/0000-00	232.009,92
196	HOSPITAL PINDAMONHANGABA LTDA	45.224.532/0000-00	226.136,24
197	HOSPITAL COMUNITARIO DE BENEFICENCIA DE PIRAJ	49.132.459/0000-00	225.545,17
198	HOSPITAL MUNICIPAL ANCHIETENSE	80.643.117/0000-00	213.855,86
199	HOSPITAL VILA PRUDENTE LTDA	60.956.703/0000-00	210.626,98
200	HOSPITAL DR. SICARD LTDA.	52.438.223/0000-00	207.757,82
201	SOCIEDADE HOSPITALAR DE CARIDADE BENEFICENTE	89.931.760/0000-00	193.708,18
202	GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	31.925.548/0000-00	193.526,56
203	CESMED SERVICOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	39.406.806/0000-00	193.135,00
204	HOSPITAL REGIONAL DE ITATIBA SC LTDA	49.418.460/0000-00	191.449,08
205	FUNDACAO MEDICA HOSPITALAR DE IBIARA	09.228.834/0000-00	188.693,90
206	FUNDACAO HOSPITALAR DE TRES BARRAS	83.627.596/0000-00	187.757,01
207	HOSPITAL MARILIA S A	52.038.320/0000-00	186.631,52
208	ASSOC BEN ASSISTENCIAL HOSPITAL DAS CLINICAS	03.509.072/0000-00	186.106,93
209	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPORA	03.414.240/0000-00	185.257,22
210	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MIGUEL ARCANJO LTD	34.679.589/0000-00	177.191,33
211	HOSPITAL CELINA GONCALVES S/A	04.736.401/0000-00	173.633,35
212	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA S/C LTDA	45.186.798/0000-00	173.264,61
213	HOSPITAL INCONFIDENCIA SOCIEDADE CIVIL	17.179.979/0000-00	167.785,54
214	HOSPITAL SANTO ANTONIO LTDA	97.321.467/0000-00	167.724,12
215	HOSPITAL SANTA BARBARA LTDA	76.298.801/0000-00	164.405,09
216	HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVAO	51.612.828/0000-00	164.181,89
217	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL SANTO ANTONIO	97.227.383/0000-00	161.233,61
218	HOSPITAL FEMINA SA	92.693.134/0000-00	160.801,22
219	CONMEDH CONVENIOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	29.294.147/0000-00	154.313,40
220	ORTOBRAS PRO-HOSPITALAR LTDA	52.019.015/0000-00	154.150,97
221	HOSPITAL DE CLINICAS E MATERNIDADE DR. MARCHE	72.548.779/0000-00	152.603,47
222	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO SAGRADO CORACAO	24.944.415/0000-00	152.547,65
223	HOSPITAL AVANÇADO DE TATUI LTDA	03.806.738/0000-00	150.480,29
224	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	13.016.092/0000-00	148.372,48
225	HOSPITAL SANTANA LTDA	01.536.275/0000-00	140.589,10
226	HOSPITAL DO CORACAO DO PARA S/C LTDA	04.290.944/0000-00	140.138,15

227	HOSPITAL E MATERNIDADE CENTRAL DO IVAI LTDA	75.590.349/0000-00	137.809,91
228	HOSPITAL E MATERNIDADE VILA HAUER LTDA	75.064.899/0000-00	135.733,64
229	HOSPITAL SAO LUCAS LTDA	22.055.131/0000-00	133.589,91
230	HOSPITAL DE CLINICAS DO MEIER LTDA	33.797.572/0000-00	128.036,12
231	HOSPITAL E MATERNIDADE TABOAO DA SERRA S C LT	45.588.670/0000-00	125.696,00
232	HOSPITAL AMPARO S/C LTDA	00.470.331/0000-00	122.112,85
233	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE ARAUJOS	16.741.258/0000-00	121.464,60
234	SOCIEDADE HOSPITALAR HORIZONTINA	92.466.150/0000-00	120.182,69
235	HOSPITAL E MATERNIDADE MONTE CRISTO LTDA	20.469.425/0000-00	119.630,38
236	HOSPITAL DE CATAGUASES	19.529.478/0000-00	119.622,78
237	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE ANGELINE	07.961.303/0000-00	117.138,96
238	FUNDACAO HOSPITALAR MAURICIO CARDOSO	91.682.377/0000-00	115.895,33
239	HOSPITAL BENEFICENCIA JUINA LTDA	03.106.606/0000-00	112.706,22
240	HMSL SERVICOS HOSPITALARES S/A	55.329.627/0000-00	112.051,09
241	HOSPITAL E MATERNIDADE ALVARO COELHO S/C LTDA	55.559.678/0000-00	108.169,62
242	HOSPITAL INFANTIL DE MARANGUAPE LTDA	07.985.260/0000-00	106.775,25
243	HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESINA LTDA	00.267.050/0000-00	106.621,49
244	HOSPITAL SAMARITANO LTDA	03.345.410/0000-00	105.862,04
245	HOSPITAL LAVRAS DO SUL	89.116.958/0000-00	104.009,85
246	UNIMED SERVICOS HOSPITALARES S/C LTDA	05.555.461/0000-00	103.374,36
247	IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE CEL.JUCA	56.784.424/0000-00	103.333,58
248	HOSPITAL JULIA PINTO CALDEIRA S A	48.028.385/0000-00	103.308,41
249	SOCIEDADE MEDICO HOSPITALAR PLANALTO LIMITADA	43.123.546/0000-00	100.065,07
250	HOSPITAL BENEFICIENTE DR CESAR SANTOS	92.032.226/0000-00	99.444,40
251	HOSPITAL GERAL DE BARBOSA FERRAZ LTDA	76.130.525/0000-00	99.253,30
252	HOSPITAL SAO LUCAS S/C LTDA	55.292.221/0000-00	99.206,57
253	HOSPITAL GONCALVES LTDA	03.790.748/0000-00	97.760,99
254	HOSPITAL GERAL DE URGENCIA LTDA	15.902.006.866-1	93.696,84
255	HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTES CLAROS DE GOIAS	33.303.819/0000-00	92.231,04
256	HOSPITAL SOCIEDADE BENEFICIENTE DR OSCAR BENEVE	89.307.904/0000-00	88.449,82
257	HOSPITAL JOSE MONTEIRO	27.130.145/0000-00	85.057,63
258	SOCIEDADE MEDICA DE ADMINISTRACAO HOSPITALAR	05.369.194/0000-00	84.017,24
259	INTERMED SERV DE SAUDE COM DE PROD HOSPITALAR	68.866.847/0000-00	81.752,71
260	NOVA VARGINHA HOSPITALAR S A	17.843.228/0000-00	81.699,93
261	HOSPITAL DAS CLINICAS HELIA FERNANDA LTDA	06.934.657/0000-00	81.349,48
262	SOCIEDADE FILANTROPICA HOSPITAL JOSE VENANCIO	47.266.838/0000-00	80.158,36
263	HOSPITAL MARIA SANTISSIMA LTDA	78.366.028/0000-00	78.220,35
264	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO PAULO S/C LTDA	00.290.537/0000-00	77.919,44
265	HOSPITAL SANTA LUIZA LTDA	01.533.959/0000-00	75.241,09
266	HOSPITAL BONSUCESSO LTDA	02.914.190/0000-00	70.810,81
267	HOSPITAL ELDORADO DO SUL LTDA	01.033.601/0000-00	68.894,99
268	HOSPITALTEC-COM.DE MAT.MEDICO E PROD.HOSPITAL	48.197.610/0000-00	67.593,57
269	HOSPITAL E MATERNIDADE LAURA DE VICUNA LTDA	24.680.811/0000-00	67.329,28
270	HOSPITAL SÃO JOSE LTDA	04.564.340/0000-00	66.297,43
271	HOSPITAL E MATERNIDADE IVAIPORA LTDA	76.060.235/0000-00	62.865,78
272	CENTRO HOSPITALAR ALVARO ALVIM LTDA.	93.016.848/0000-00	62.350,74
273	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ROSA DE LIMA SC	56.991.474/0000-00	61.210,05
274	ASSOCIACAO BENEFICIENTE HOSPITAL SANTA RITA	20.854.436/0000-00	60.949,13

275	HOSPITAL CENTRAL DE CAMPINA GRANDE LTDA	41.211.616/0000-00	59.084,20
276	SOCIEDADE HOSPITALAR DE CAICARA	90.899.444/0000-00	58.190,93
277	HOSPITAL GERAL DE CHARQUEADAS LTDA	88.951.652/0000-00	58.168,04
278	HOSPITAL DA GRACA S C LTDA	47.342.399/0000-00	56.119,23
279	HOSPITAL DA MULHER LTDA	04.928.990/0000-00	54.992,80
280	HOSPITAL DR OSWALDO TEIXEIRA LTDA	98.338.668/0000-00	54.659,58
281	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE CVICTOR DE PAULA	18.335.307/0000-00	53.929,33
282	HOSPITAL SÃO LUCAS DE GOIOERE LTDA	75.839.688/0000-00	51.764,67
283	FUNDACAO HOSPITALAR SOCIAL RURAL DE BOA ESPER	28.567.618/0000-00	51.504,47
284	CLINICA DE IMAGENS DO HOSPITAL BATISTA S/C LT	01.305.137/0000-00	49.810,21
285	HOSPITAL MUNICIPAL DE PETROPOLIS	31.153.067/0000-00	49.464,07
286	SOCIEDADE HOSPITALAR CARIDADE CAMPO NOVO	90.167.107/0000-00	48.038,52
287	HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE A.MA	44.852.267/0000-00	47.090,11
288	HOSPITAL SÃO DAMIAO LTDA ME	00.790.183/0000-00	45.720,22
289	HOSPITAL E MATERNIDADE DA IRMAND.STA.CASA DE	53.524.575/0000-00	44.951,91
290	FUNDACAO HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE DE BREJ	06.048.243/0000-00	43.413,59
291	HOSPITAL DE ORTOPEDIA ORTOCENTER LTDA	19.904.440/0000-00	42.677,10
292	HOSPITAL SÃO MARCOS SA	17.189.424/0000-00	39.676,69
293	FUNDACAO MEDICO HOSPITALAR DR HONOR TEIXEIRA	92.911.684/0000-00	37.697,38
294	GOIASCLINICA ASSISTENCIA HOSPITALAR LTDA	01.234.731/0000-00	37.438,50
295	CENTRO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA LTDA	11.211.380/0000-00	33.599,29
296	HOSPITAL E MATERNIDADE SAGRADA FACE	03.179.439/0000-00	33.337,68
297	FUNDACAO HOSPITALAR DE BARRA DO ROCHA	14.234.868/0000-00	32.608,94
298	SERVICOS MEDICOS HOSPITALARES BEZERRA DE MENE	30.508.477/0000-00	32.583,73
299	HOSPITAL ALBERT SABIN LTDA	10.758.365/0000-00	32.449,91
300	HOSPITAL SÃO SEBASTIAO LTDA	10.348.274/0000-00	32.056,97
301	HOSPITAL GERAL PAULINO ALVES DA CUNHA	00.592.602/0000-00	31.926,04
302	HOSPITAL DR OTAVIO GONCALVES	18.932.277/0000-00	31.210,24
303	HOSPITAL COMUNITARIO DE LARANJAL	20.351.540/0000-00	28.614,37
304	HOSPITAL DA FUNDACAO CASA DE CARIDADE SAO LOU	24.824.195/0000-00	28.557,23
305	FUNDACAO HOSPITALAR DE CAMACAN	14.125.504/0000-00	26.716,36
306	FUNDACAO HOSPITALAR CRISTO REDENTOR POCAO DE	12.526.919/0000-00	26.374,50
307	ASSOCIACAO DE CARIDADE DO HOSPITAL REG RODRIG	13.002.506/0000-00	26.362,94
308	MUNICIPIO DE ESTEIO - HOSPITAL MUNICIPAL SAO	89.734.313/0000-00	26.237,37
309	ORGANIZACAO MEDICO HOSPITALAR DA REGIAO DO MU	12.762.985/0000-00	26.015,92
310	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	60.726.502/0000-00	25.730,13
311	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	90.778.382/0000-00	25.087,60
312	CARITAS HOSPITAL E MATERNIDADE LTDA	75.006.973/0000-00	25.025,03
313	HOSPITAL SÃO LUCAS DE FRUTAL LTDA.	20.042.594/0000-00	24.742,79
314	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA DE PALMEIROP	02.000.248/0000-00	24.357,12
315	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARGARIDA LTDA	01.348.978/0000-00	24.004,28
316	FUNDACAO HOSPITAL E MATERNIDADE DE ITORORO	13.752.936/0000-00	23.876,52
317	HOSPITAL E MATERNIDADE CENTRAL LTDA	44.402.675/0000-00	23.165,51
318	HOSPITAL E MATERNIDADE ANHANGUERA SC LTDA	46.616.884/0000-00	23.158,89
319	HOSPITAL BOM CLIMA S/C LTDA.	51.370.690/0000-00	22.593,15
320	HOSPITAL BOAS NOVAS LTDA	02.836.468/0000-00	21.941,08
321	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA CASA VERDE	62.881.537/0000-00	21.666,07
322	HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO MORAE	32.479.164/0000-00	21.571,96

323	ASSOC STO ANTONIO MANT DO HOSPITAL REG DE NEO	13.111.315/0000-00	21.035,79
324	HOSPITAL E MATERNIDADE N. SRA DA CONCEICAO S/	61.158.390/0000-00	20.989,67
325	HOSPITAL ANA COSTA SA	58.156.365/0000-00	19.989,55
326	HOSPITAL DE CARIDADE DE HERVAL SECO	88.216.999/0000-00	19.970,90
327	HOSPITAL DE CLINICAS SAO PAULO LTDA	00.264.810/0000-00	19.200,38
328	HOSPITAL E MATERNIDADE DR BRASIL CAIADO LTDA	00.015.081/0000-00	18.113,16
329	HOSPITAL E MATERNIDADE DE PIEN LTDA	76.075.530/0000-00	18.066,15
330	ASSOCIACAO PROTETORA DO HOSPITAL SANTA LIBERA	90.163.270/0000-00	17.308,98
331	HOSPITALIZACAO E PROTECAO DA SAUDE LTDA	33.273.988/0000-00	16.865,12
332	HOSPITAL REGIONAL SAO SEBASTIAO	12.366.787/0000-00	16.864,92
333	HOSPITAL GUANABARA SOCIEDADE CIVIL	42.577.627/0000-00	16.391,90
334	FUNDACAO HOSPITALAR E ASSISTENCIAL SANTO ANTO	83.302.463/0000-00	16.033,68
335	HOSPITAL SAO LUCAS LTDA	70.003.439/0000-00	15.879,23
336	FUNDACAO HOSPITALAR SANTA OTILIA	85.285.930/0000-00	15.706,47
337	CLINICA HOSPITALAR SAO DOMINGOS SAVIO LTDA	23.004.005/0000-00	15.689,16
338	SOCIEDADE HOSPITALAR PEDRA 90 LTDA	00.096.486/0000-00	15.683,77
339	HOSPITAL E MATERNIDADE DE CAREACU	19.038.728/0000-00	14.882,69
340	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	21.227.301/0000-00	14.542,23
341	HOSPITAL CRISTO REDENTOR DE CAPANEMA LTDA	77.408.722/0000-00	14.086,54
342	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTANA LIMITADA	18.448.738/0000-00	13.599,38
343	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA LTDA	04.366.019/0000-00	12.938,57
344	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALTAMIRA LTDA	04.993.812/0000-00	12.240,48
345	HOSPITAL DE TRINDADE LTDA	01.842.194/0000-00	11.773,44
346	HOSPITAL GERAL DE CAMPOS VERDES LTDA ME	37.885.506/0000-00	10.717,24
Total da Dívida (em R\$)			822.904.765,13
Fonte: Ministério da Previdência (www.previdencia.gov.br)			

LISTA DOS DEVEDORES DE PESSOAS JURÍDICAS DEVEDORAS DA PREVIDÊNCIA QUE TENHAM O NOME “SANTA CASA” NA RAZÃO SOCIAL, E QUE TENHAM EXCLUÍDA A EXPRESSÃO “HOSP”, COM DÍVIDAS SUPERIORES A R\$ 10.000,00

	Contribuinte	CEI / CPF / CNPJ raiz	Dívida
347	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA DA CONQ	16.196.263/0000-00	11.074.052,77
348	IRMANDADE SANTA CASA MONSENHOR GUILHERME	77.759.223/0000-00	10.259.932,10
349	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUNQU	51.274.850/0000-00	9.750.956,56
350	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS SAO VICENTE DE	54.344.833/0000-00	5.357.913,29
351	SANTA CASA DE CARIDADE DE URUGUAIANA	98.416.225/0000-00	4.367.410,29
352	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CERQUILHO	50.798.453/0000-00	4.017.615,75
353	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PI	50.819.580/0000-00	2.973.828,83
354	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO MARANHAO	06.275.762/0000-00	2.735.742,19
355	SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO	88.413.661/0000-00	2.632.503,73
356	SANTA CASA DE MISERICORDIA	96.039.581/0000-00	2.608.207,51
357	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PA	53.706.362/0000-00	1.790.921,32
358	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATALAO	01.323.146/0000-00	1.720.307,88

359	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LORENA	51.779.304/0000-00	1.644.334,48
360	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PA	79.615.076/0000-00	1.473.217,78
361	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS	52.343.829/0000-00	1.416.203,94
362	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MA	52.049.244/0000-00	1.390.167,84
363	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SA	62.779.145/0000-00	1.198.641,91
364	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BI	45.383.106/0000-00	1.056.046,01
365	SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALH	59.759.084/0000-00	1.039.980,66
366	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MO	52.505.153/0000-00	971.594,57
367	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SI	50.015.940/0000-00	867.973,75
368	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GU	48.662.167/0000-00	840.422,48
369	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AURIFLAMA	44.425.239/0000-00	832.123,44
370	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ES	47.770.102/0000-00	809.008,59
371	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRATININGA	54.916.309/0000-00	758.523,89
372	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IA	51.506.467/0000-00	726.160,78
373	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPORANGA	50.781.566/0000-00	715.935,18
374	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE	17.209.891/0000-00	590.448,75
375	SANTA CASA DE MIS. N. S. DAS DORES DE GEN. SA	48.433.452/0000-00	497.766,18
376	SANTA CASA DE MISERICORDIA	22.888.846/0000-00	442.439,01
377	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AVARE	44.584.019/0000-00	440.124,03
378	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DE	47.544.663/0000-00	393.979,09
379	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IN	45.115.896/0000-00	387.279,03
380	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEREIRA BARRETO	53.966.966/0000-00	380.218,79
381	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUIUNA	19.015.486/0000-00	358.738,91
382	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE QU	50.439.553/0000-00	349.828,25
383	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UNIAO	20.059.028/0000-00	345.327,32
384	IRMANDADE SANTA CASA MISERIC. BOM JESUS DA PE	20.397.493/0000-00	332.222,53
385	SANTA CASA SAO JOAQUIM	56.777.063/0000-00	316.877,38
386	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPA	72.547.623/0000-00	310.626,62
387	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZEIRO	47.431.697/0000-00	288.353,46
388	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	28.683.712/0000-00	285.761,98
389	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IT	45.931.359/0000-00	280.069,02
390	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA	21.035.852/0000-00	267.330,58
391	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS	44.782.779/0000-00	262.005,42
392	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE	87.408.845/0000-00	253.250,94
393	SANTA CASA DE MIS MAT SAO JOSE	17.928.334/0000-00	241.446,08
394	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GA	48.209.233/0000-00	229.330,10
395	SANTA CASA DE MISERICORDIA	96.014.600/0000-00	221.736,33
396	SANTA CASA MUNICIPAL DE SAUDE DE PIMENTA	86.787.603/0000-00	218.447,08
397	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CANAPOLIS	19.213.826/0000-00	199.059,54
398	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GU	49.067.614/0000-00	161.850,54
399	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SE	71.262.703/0000-00	144.212,67
400	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BURI	50.801.315/0000-00	142.398,80
401	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE JACUTINGA	21.429.659/0000-00	138.027,19
402	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SA	56.898.356/0000-00	112.036,49
403	SANTA CASA E MATERNIDADE DE PANORAMA	44.880.110/0000-00	98.499,17
404	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ROSA DE V	56.959.117/0000-00	94.183,36
405	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IGARAPAVA	49.376.858/0000-00	91.036,77
406	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CA	45.923.687/0000-00	86.842,15
407	SANTA CASA DE NOVA ANDRADINA	03.808.565/0000-00	86.462,03
408	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO SIMAO	71.071.666/0000-00	86.182,21
409	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI	72.189.582/0000-00	79.660,30

410	IRMANDADE SR.PASSOS SANTA CASA MISERIC. GUARA	48.547.806/0000-00	77.199,98
411	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE J FORA	21.575.709/0000-00	70.577,06
412	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AD	43.002.005/0000-00	64.749,62
413	IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA LARANJAL PT	51.332.658/0000-00	59.313,79
414	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARA	45.331.303/0000-00	58.705,19
415	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOAQUIM DA	59.849.182/0000-00	56.143,88
416	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LIMA DUARTE	20.452.280/0000-00	53.721,34
417	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA	14.349.740/0000-00	52.668,78
418	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRE	87.200.929/0000-00	48.015,31
419	SANTA CASA DE MISERICORDIA JESUS MARIA JOSE	27.081.629/0000-00	47.309,84
420	IRMANDADE BENEF DA SANTA CASA DA MISERICORDIA	07.273.592/0000-00	44.406,62
421	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALENCA	16.175.036/0000-00	42.981,28
422	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRO OSORIO	92.183.615/0000-00	42.793,09
423	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UR	51.845.782/0000-00	38.197,32
424	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUI	23.569.502/0000-00	32.613,67
425	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MA	57.553.265/0000-00	30.313,55
426	SANTA CASA DE POMPEIA	55.065.601/0000-00	27.320,92
427	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE SAO GA	96.593.322/0000-00	17.831,61
428	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORANGABA	45.498.474/0000-00	16.888,21
429	SOCIEDADE BENEF.SANTA CASA DE MIS.DE CAPAO B	46.886.149/0000-00	15.727,34
430	SANTA CASA DE ELDORADO	50.536.358/0000-00	14.190,47
431	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TIETE	72.457.716/0000-00	11.765,69
			85.167.220,18

ANEXO 2
OCUPAÇÕES REGISTRADAS NO CNES

Descrição	Total
ACUPUNTURISTA	88
AGENTE ADMINISTRATIVO	12089
AGENTE COMUNITÁRIO	161466
AGENTE DE SANEAMENTO	2271
AGENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	5403
ASSISTENTE SOCIAL, EM GERAL	12499
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	22652
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12672
AUXILIAR DE ANÁLISES CLÍNICAS	8495
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	264341
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO PSF	22478
BACTERIOLOGISTA	139
BIOMÉDICO	4648
BIOQUÍMICO	14847
CIRURGIÃO DENTISTA (ENDODONTIA)	1236
CIRURGIÃO DENTISTA (ORTODONTIA)	571
CIRURGIÃO DENTISTA (PATOLOGIA BUCAL)	265
CIRURGIÃO DENTISTA (PEDIATRIA)	1255
CIRURGIÃO DENTISTA (PERIODONTIA)	514
CIRURGIÃO DENTISTA (PRÓTESE)	547
CIRURGIÃO DENTISTA (RADIOLOGIA)	812
CIRURGIÃO DENTISTA (SAÚDE PÚBLICA)	5522
CIRURGIÃO DENTISTA (TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL)	1394
CIRURGIÃO DENTISTA, EM GERAL	41151
ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO	561
ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	932
ENFERMEIRO DO PACS	5220
ENFERMEIRO DO PSF	20949
ENFERMEIRO DO TRABALHO	249
ENFERMEIRO EM GERAL	49733
ENFERMEIRO OBSTETRA	1495
ENFERMEIRO PSIQUIATRICO	652
ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIÁTRICO	469
ENFERMEIRO SANITARISTA	827
FARMACOLOGISTA	186
FARMACÊUTICO, EM GERAL	8863
FISCAL SANITÁRIO	2378
FISIOTERAPEUTA	12446
FONIATRA	24
FONOAUDIÓLOGO	4467
FÍSICO NUCLEAR	191
GUARDA DE ENDEMIAS/AG DE ZONOSSES/AG CONTROLE VETORES	15846
MÉDICO ACUPUNTURISTA	310
MÉDICO ALERGISTA/IMUNOLOGISTA	464
MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	1627
MÉDICO ANESTESISTA	12730
MÉDICO ANGIOLOGISTA	1299
MÉDICO BRONCOESOFALOGISTA	191
MÉDICO CADIOLOGISTA	11487

MÉDICO CANCEROLOGISTA	271
MÉDICO CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR	1204
MÉDICO CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	607
MÉDICO CIRURGIÃO DE MÃO	134
MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO	777
MÉDICO CIRURGIÃO EM GERAL	18294
MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO	1805
MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO	2244
MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO	722
MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR	2328
MÉDICO CITOPATOLOGISTA	1226
MÉDICO DE PERÍCIAS MÉDICAS	268
MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19484
MÉDICO DERMATOLOGISTA	3007
MÉDICO DO TRABALHO	1342
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	1853
MÉDICO ENDOSCOPISTA	2063
MÉDICO FISIATRA	547
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	3308
MÉDICO GENETICISTA CLÍNICO CLÍNICO	248
MÉDICO GERAL COMUNITÁRIO	1645
MÉDICO GERIATRA	676
MÉDICO GINECOLOGISTA	9244
MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA	27711
MÉDICO HANSENOLOGISTA	335
MÉDICO HEMATOLOGISTA	1883
MÉDICO HEMOTERAPEUTA	785
MÉDICO HOMEOPATA	462
MÉDICO INFECTOLOGISTA	2114
MÉDICO INTENSIVISTA	4408
MÉDICO LEGISTA	66
MÉDICO MASTOLOGISTA	2152
MÉDICO MEDICINA ESPORTIVA	40
MÉDICO NEFROLOGISTA	3825
MÉDICO NEUROCIRURGIÃO	2310
MÉDICO NEUROLOGISTA	4285
MÉDICO NUCLEAR	444
MÉDICO OBSTETRA	4974
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	7795
MÉDICO ONCOLOGISTA CIRÚRGICO	782
MÉDICO ONCOLOGISTA CLÍNICO	1265
MÉDICO ONCOLOGISTA PEDIÁTRICO	310
MÉDICO ORTOPEDISTA	12514
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	3883
MÉDICO OUTROS MÉDICOS	6616
MÉDICO PATOLOGISTA CLÍNICO	1595
MÉDICO PEDIATRA	37851
MÉDICO PLANTONISTA	32738
MÉDICO PNEUMOTISIOLOGISTA	2655
MÉDICO PROCTOLOGISTA	1096
MÉDICO PSIQUIATRA	7260
MÉDICO RADIOLOGISTA	6283
MÉDICO RADIOTERAPEUTA	437
MÉDICO REUMATOLOGISTA	1045
MÉDICO SANITARISTA	721

MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	3696
MÉDICO UROLOGISTA	4696
MÉDICOS, EM GERAL (CLÍNICO GERAL)	64996
NUTRICIONISTA, EM GERAL	6029
OPERADOR DE ELETROCARDÍOGRAFO	388
OPERADOR DE ELETROENCEFALÓGRAFO	141
OPERADOR DE RAIOS-X	2848
ORTOPTISTA	137
OTICO	18
OUTROS BACTERIOLOGISTAS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS	266
OUTROS OPERADORES DE EQPTO MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS	1826
OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR	3951
OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL TECNICO E MEDIO	65204
PARTEIRA	1016
PEDAGOGO	810
PSICOLOGO, EM GERAL	13096
QUIROPATA	8
SOCORRISTA HABILITADO	5022
TECNICO ADMINISTRATIVO	2403
TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA	1158
TECNICO DE ENFERMAGEM DO PSF	3012
TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	135
TECNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA	448
TECNICO DE ENFERMAGEM, EM GERAL	48852
TECNICO DE HIGIENE DENTAL	4550
TECNICO DE ORTOPEDIA	427
TECNICO DE RADIOLOGIA	10168
TECNICO DE SANEAMENTO	740
TECNICO EM EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR	168
TECNICO EM LABORATÓRIO	15402
TECNICO EM ORIENTACAO E MOBILIDADE DE CEGOS E DEF. VISUAIS	16
TECNICO EM REABILITAÇÃO	382
TECNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1032
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2936
TERAPEUTAS, EM GERAL (OUTROS TERAPEUTAS)	239
VETERINÁRIO, EM GERAL	2131
ZOOTECNISTA	30
TOTAL	1273265
FONTE: CNES/MS (maio/2004)	

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Qual a sua função na Secretaria Municipal de Saúde?
- 2) Quando ocorreu a (tentativa de) contratação de serviços de saúde?
- 3) Como transcorreu o processo de (tentativa de) contratação de serviços de saúde?
- 4) Como reagiram os dirigentes hospitalares do seu município ao processo?
- 5) Como reagiram os representantes dos serviços ambulatoriais e clínicos do seu município?
- 6) Quais as maiores dificuldades para a contratação de serviços de saúde?
- 7) O sr. acha que houve melhoria da relação com os prestadores privados de saúde após a (tentativa de) contratação de serviços de saúde?

ANEXO 4

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A SITUAÇÃO CONTRATUAL DA REDE HOSPITALAR PRIVADA VINCULADA AO SUS. Você foi selecionado pelo fato de ser um técnico (ou dirigente) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de xxxx, que participou do processo de contratação (ou da tentativa de contratação/conforme o caso) da rede de saúde privada vinculada ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE de seu município; e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

- 1) Analisar o relacionamento existente entre o setor público e os prestadores privados de serviços de saúde, em especial com a rede hospitalar, visando elucidar alguns elementos explicativos sobre as razões do caráter minoritário do estabelecimento de formalização contratual entre esses setores;
- 2) Analisar a legislação que rege a relação entre o setor público e a rede hospitalar privada a ele vinculada;
- 3) Realizar um levantamento da situação contratual entre o setor público e a rede de assistência à saúde privada visando estabelecer em termos absolutos e percentuais a quantidade de estabelecimentos de saúde privados que formalizaram contratualmente sua relação com o setor público no país, por unidade federativa, por capital, em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal;
- 4) Estudar experiências de contratação de prestadores em algumas cidades que tenham tentado ou realizado experiências de contratação de prestadores;
- 5) Verificar se as experiências conduzidas por esses municípios podem ser difundidas no sentido de se constituírem como modelos de experiências de contratação.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas da entrevista que eu farei agora. A entrevista será gravada, mas seu nome não constará da gravação e sob hipótese alguma haverá a sua identificação. No caso de utilização textual de trechos da entrevista que faremos agora, estará explícito que a

entrevista foi prestada por um técnico da Secretaria do Município de xxx (ou técnico de hospital/unidade de saúde do município de xxx).

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o meu telefone e o meu endereço de trabalho, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento e, se desejar, solicitar que sua entrevista não seja utilizada em minha pesquisa.

JOÃO CLÁUDIO POMPEU

Mestrando da Escola Nacional de Saúde Pública – Técnico da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação do Ministério da Saúde

Endereço e telefone: Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sala 931, CEP 70058-900,
TELEFONE: 0XX 61 - 3152817

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 5



MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DA OFICINA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS COMPLEMENTARES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Ministério da Saúde organizou, nos dias 24 e 25 de novembro de 2003, a Oficina de Contratação de Serviços Privados Complementares ao Sistema Único de Saúde. Estiveram presentes representantes do Ministério Público da União, do Tribunal de Contas da União, da Secretaria Federal de Controle Interno, do Ministério Público de vários estados da federação, representantes de Tribunais de Contas de Estados, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, bem como técnicos e gestores do Ministério da Saúde.

O objetivo do encontro foi a discussão da situação contratual da rede privada complementar ao Sistema Público de Saúde e de formas de atuação conjunta destas entidades visando à regularização desta situação. No dia 24 de novembro, o dr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, apresentou a situação contratual da rede de serviços privados complementares ao Sistema Único de Saúde. Nesta apresentação, ficou explícito que, segundo dados do Cadastro Nacional de Serviços de Saúde, somente 13,56% dos serviços privados de saúde vinculados ao Sistema Público possuem contratos com os gestores públicos. Ficou claro a todos os presentes a precariedade desta situação.

Na parte da tarde, foi discutido, o papel dos controles externos e internos no tocante à regularidade contratual dos serviços privados vinculados ao SUS. Houve apresentações do sr. Marco Aurélio Peixoto da Assessoria Jurídica do Ministério da Saúde sobre o papel do Controle Externo na regularização contratual; do sr. Paulo Sérgio Nunes do Departamento Nacional de Auditoria sobre o papel desta entidade; e do sr. Ronald da Silva Balbe, diretor da área social da Secretaria Federal de Controle sobre a importância da Secretaria Federal de Controle para a regularização contratual.

No dia seguinte, pela manhã, houve a apresentação do Dr. Floriano Peixoto de Azevedo Marques, professor da Universidade de São Paulo, a respeito dos seguintes temas:

- I – A Participação dos particulares na prestação dos serviços de saúde;
- II – O vínculo dos particulares prestadores de serviços de saúde no âmbito do SUS: natureza jurídica;
- III – A escolha dos particulares que contratarão com a administração;
- IV – As formas jurídicas dos particulares: cooperativas e OSCIPs;
- V – A fiscalização da relação entre entes públicos e particulares prestadores dos serviços de saúde: Tribunal de Contas do Estado ou da União?;
- VI – Universalização e descentralização do Sistema Único de Saúde: novas relações entre os entes federativos;
- VII – A relação entre Estados e municípios prevista na NOAS/2002: natureza jurídica dos termos de compromisso.

Na parte final do encontro, no dia 25 de novembro, à tarde, houve a divisão dos presentes em três grupos cada um dos quais elaborou um documento contendo sugestões e solicitações ao Ministério da Saúde e aos gestores estaduais e municipais de saúde. Não houve pontos contraditórios entre os três grupos. As sugestões foram compiladas e podem ser sintetizados como segue abaixo:

- O Ministério da Saúde compromete-se a editar Portaria que auxilie os gestores municipais e estaduais a regularizarem a situação contratual com os prestadores privados, fixando prazo e sanções para os que não cumprirem;
- O Ministério da Saúde compromete-se a realizar um levantamento sobre a situação contratual de todos os estados do Brasil que será entregue à Conferência Nacional de Saúde. Esse relatório será enviado à Procuradoria Geral da República, à Secretaria Federal de Controle, ao Tribunal de Contas dos Estados, aos Ministérios Públicos Estaduais, aos Tribunais de Contas dos Estados, ao Conselho Nacional de Procuradores de Justiça e aos Conselhos de Procuradores de cada Estado, bem como a todas as Secretarias Estaduais de Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- Até o dia 30 de junho de 2004, o Ministério da Saúde compromete-se a enviar aos órgãos de controle externo de todos os estados do país relatório sobre a

regularidade contratual de cada estabelecimento de saúde vinculado ao SUS daquele estado. O relatório completo será enviado ao Tribunal de Contas da União e à Procuradoria Geral da República;

- Visando à solução do problema da irregularidade contratual sugere-se a criação de Comissões Estaduais de Acompanhamento da Regularidade Contratual, no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde;
- Sugere-se o envolvimento do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde na fiscalização da regularidade contratual dos prestadores privados;
- Sugere-se o alerta aos gestores estaduais e municipais que a não formalização contratual poderá sujeitá-los ao enquadramento na Lei nº 8429/92 (improbidade administrativa).

Participaram do encontro:

PALESTRANTES:

- FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS, Diretor do Departamento de Regulação Controle e Avaliação do Ministério da Saúde;
- PAULO SÉRGIO NUNES, Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde;
- MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA, Coordenadora da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
- MARCO AURÉLIO PEIXOTO, advogado da União, Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde;
- RONALD DA SILVA BALBE, Diretor da Área Social da Secretaria Federal de Controle;
- FLORIANO PEIXOTO DE AZEVEDO MARQUES, professor da Universidade de São Paulo.

REPRESENTANTE DA PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA

- ALDENOR MOREIRA DE SOUZA Procuradoria da República;

REPRESENTANTE DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

- MARIA DO SOCORRO TEIXEIRA ROSA

REPRESENTANTES DOS MINISTÉRIOS PÚBLICOS DOS ESTADOS

- ALEXANDRE DE MATOS GUEDES – MPE/MT
- CLÁUDIA RAPOSO DA CÂMARA COELHO – MPE/AM
- CARLOS BOLADILLA GARCIA – MPE/MS
- CLAUDIO RIBEIRO DE MENDONÇA – MPE/RO
- EDEVALDO ALVES BARBOSA – MPE/RN
- GILCELY EVANGELISTA DE ARAUJO SOUZA – MPE/AC
- HERBERTH COSTA FIGUEIREDO – MPE/MA
- ITANA SANTOS ARAUJO VIANA – MPE/BA
- JEANNE CHRISTINE DE ANDRADE SAMPAIO FONSECA – MPE/RR
- MARCO ANTÔNIO TEIXERIA – MPE/PR
- MARCUS ANTÔNIO FERREIRA ALVES – MPE/GO
- MARIA IVANA BOTELHO – MPE/PE
- MARIA ROSELI DE ALMEIDA PERI – MPE/TO
- MICHELINE LAURINDO TENÓRIO SILVEIRA DOS ANJOS – MPE/AL
- MIRIAM VILLAMI BALESTRO FLORIANO – MPE/RS
- ROGÉRIO ROBERTO GONÇALVES DE ABREU – MPE/PB
- SAVIO RENATO BITTENCOURT SOARES SILVA – MPE/RJ
- WALDIR MACIEIRA DA COSTA FILHO – MPE/PA

TRIBUNAIS DE CONTAS DOS ESTADOS

- CHRYSTIANE PORTELA DE MELO VELOSO – TCE/PI
- LUCIENE DE MOURA SANTOS – TCE/PI
- FLAVIO CIOFFI JUNIOR – TCE/RO
- JAYME BENJAMIN S. SANTIAGO – TCE/DF
- JONNY WINSTON DREWS – TCE/SC
- LIGIA CASSIA BRAGA RODRIGUES – TCE/TO
- LUIZ GUILHERME VIEIRA – TCE/ES
- MARCELO LIMA FEDESZEN – TCE/ES
- MARGARIDA DO COUTO DIAS – TCE/AP
- RAIMUNDO JOSÉ MICHILES – TCE/AM
- RONALDO RIBEIRO DE OLIVEIRA – TCE/MT

- THOMÉ BAYMA OESTRECHER – TCE/PA

TÉCNICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- CARLOS ALBERTO DE MATOS – SAS
- SILVANA PEREIRA – SAS
- KARLA LARICA WANDERLEY – SAS
- ELAINE MACHADO LOPES – SAS
- MARLUCIA AGUIAR DE SOUZA – SE
- LEUZA LEOCADIA DE OLIVEIRA – SAS
- MARIA RUBIA SOARES – SAS
- ROGERIO B. T. FERNANDES – SEGETS
- GERSON DE PAULA JUNIOR –SAS
- CLAYTON CAMARGOS – SAS
- MIRIAM VIEIRA - SAS
- JOSÉ CARLOS DE MORAES – SE
- LEONARDO DIAS – SAS
- SANDRO GERARDI – DENASUS
- JOAO MARCELO B SILVA – SAS
- HELENA ISOUDA – SAS
- MARILIA LOUVISON – SAS
- AFONSO TEIXEIRA – SAS
- VERA FIGUEIREDO – SAS
- VIRGINIA LUCAS – SAS
- ANITA GARIBALDI – DENASUS
- CELSO RAMOS – DENASUS
- EDITE SCHULTZ ZACOLLO – CGSI
- DORIANE PATRICIA FERRAZ DE SOUZA - SGP

REPRESENTANTE DO CONASEMS

- GEISON VASCONCELOS

REPRESENTANTE DO CONASS

- ROSANA MARIA TAMELINI

CONVIDADOS

- BERNARDO DE LIMA BARBOSA

- CLÁUDIA REGINA PEREIRA
- JOSÉ FRANCISCO SCHIAVON
- WELLINGTON JORGE LEANDRO

COMISSÃO ORGANIZADORA

- MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA
- ANA PAULA NARDELLI
- RIZONEIDE GOMES DE OLIVEIRA
- RAQUEL ALVES DE SOUZA LOPES
- HELENA ISOUDA
- JOÃO CLÁUDIO BASSO POMPEU

Em anexo, seguem os relatórios de cada um dos grupos.

BRASÍLIA, 04 DE DEZEMBRO DE 2003