PROCESSO LICITATÓRIO EM SAÚDE ATRAVÉS DOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Rosemeire do Carmo Martelo Cruz *
Robsmeire Calvo Melo Zurita **

RESUMO

Esse trabalho investiga, analisa e sugere que modalidades de contratação de serviços de saúde melhor se adaptam à realidade das secretarias municipais de saúde. Levando em consideração a importância do tema e a necessidade de uma análise comparativa entre os dados existentes e a realidade atual, a metodologia empregada para execução desse trabalho, foi a pesquisa bibliográfica acadêmica como base teórica e a pesquisa de campo documental em 3 Municípios do noroeste do Paraná. Observando que a primeira oferece bases que fundamentam as discussões que surgem no decorrer da análise dos dados obtidos na pesquisa. Os dados coletados estão discutidos e avaliados de forma qualitativa. A análise dos dados obtidos levam a perceber que a descentralização da gestão da saúde para Estados e municípios representou um grande avanço para a solução dos problemas relacionados com a pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Contratos; Serviços contratados; Serviços Terceirizados; Proposta de Concorrência; Orçamento.

ABSTRACT

This paper investigates, analyzes and suggests procedures for contracting health services are best suited to the reality of local health departments. Taking into consideration the importance of the issue and the need for a comparative analysis between existing data and the current reality, the methodology used to perform this work, was the academic literature as a theoretical basis and field research documentary in 3 municipalities of northwestern Parana. Noting that the first bases provides that underlie the discussions that arise during the analysis of data obtained in the survey. The collected data are discussed and evaluated qualitatively. The data analysis leads to realize that decentralization of health management to states and municipalities represented a major breakthrough for the solution of problems related to the research.

KEYWORDS: Contracts; contracted services; Outsourced; Competitive Bidding; Budget.

* Enfermeira. Pós graduanda do curso de Especialização em Gestão em Saúde- Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá – Paraná. VII EPCC rcmartelo@gmail.com
** Orientadora, Professora Mestre Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá – Paraná. robsmeire.zurita@cesumar.br

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição de 1988, a saúde ganhou uma seção específica na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS); para cumprir o princípio constitucional da universalidade, foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais de forma complementar à oferta pública dos mesmos. O mercado passou a ser regido pela lógica da oferta privada e complementar ao SUS, sendo que muitas vezes os gestores do SUS chegam mesmo a ficar reféns dos prestadores privados.

Os gestores do SUS devem definir quais serviços e em que quantidade são necessários à complementação da oferta da rede pública. A compra de serviços de saúde segundo critérios da necessidade deve possibilitar a regulação do mercado pela demanda e não pela oferta, como ainda ocorre em grande medida. O fundamental é que a instância responsável pela contratação possa organizar a prestação de serviços e evitar a fragmentação do sistema de saúde e o desperdício de recursos públicos.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início dos anos 90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência *estadualista* desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a *municipalização* a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997). Assim, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população” (Constituição Federal, art., 30, VII).

As regulamentações do sistema de saúde tiveram contribuição das NOBs 91.93, 96 e NOAS 01/01 que trouxeram mais autonomia de gestão aos Municípios que através dos tipos de habilitações solicitadas pelos municípios definia o grau de autonomia do gestor (BRASIL, 2006). A gestão plena do sistema, além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médico-assistenciais, conferiu-lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como

um todo, na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde (LEVCOVITZ *et. al,*, 2001).

Caberia ao município assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Nesta modalidade o município receberia mensalmente um teto financeiro, estabelecido para o município, através de repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 1996).

Nossa experiência aponta para uma realidade consensual - os municípios, na ânsia imediata de resolução dos problemas da sua comunidade, passam a contratar de forma complementar, serviços especializados ou hospitalares. Os gestores, embora não estejam na maioria das vezes tecnicamente preparados para dirimir sobre esse assunto e, em algumas vezes, mal assessorados juridicamente, ou ainda, pressionados pela população, assumem essa responsabilidade e, comumente, compram os serviços de forma aleatória.

Em outros momentos e outras realidades, muitos gestores optam por incorporarem à própria rede municipal hospitais, ou ainda, uma rede informal de especialidades. Essa atitude vai sendo adotada na vontade de resolução imediata de problemas pontuais sem qualquer projeção de comprometimento do orçamento e do financeiro dos fundos municipais. Nossa vivencia e nossa realidade demonstram a necessidade de compreender como e quais mecanismos devem ser adotados, e destes, a melhor forma de regulá-los, acompanhá-los e alcançar a qualidade dos serviços.

Nesse contexto conseguimos compreender uma pergunta que muito provavelmente deve assombrar gestores, desde os mais até os menos afoitos para solucionar os problemas da população, qual seja – qual a conduta a ser adotada para a compra dos serviços complementares ao sistema único de saúde adquiridos pelos FNS?

Embora pareça ser fácil responder a esse questionamento, haja vista haver legislação específica que dirime sobre o tema, consideramos que os meandros e as lacunas existentes podem colocar em xeque a adoção da medida mais correta e adequada.

Investigar quais as modalidades de contratação de serviços de saúde melhor se adapta a realidade das secretarias municipais de saúde, para oferecer aos gestores municipais embasamento e suporte na decisão final sobre a modalidade de contratação a ser adotada.

Conhecer a legislação pertinente a contratação de serviços pelos municípios;

Apontar as modalidades de contratação de serviço em saúde adotadas pelos municípios participantes da pesquisa.

Identificar as modalidades de contratação que melhor se adaptam aos contratos dos serviços de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório baseado nas orientações de Gil (1998), que afirma ser o tipo de estudo que oferece a oportunidade de aprofundar discussões sobre determinado assunto.

Para tanto as técnicas empregadas foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo com base na pesquisa documental; sendo que a primeira de acordo com Gil (1998) oferece bases que fundamentam as discussões que surgem no decorrer da pesquisa. A pesquisa documental por sua vez favoreceu a coleta de dados concretos que apontaram os direcionamentos ressaltados e apontados como relevantes.

Os dados coletados serão discutidos com base na avaliação qualitativa, sendo que constituíram parte da amostra apenas três municípios do noroeste do Estado do Paraná, que apresentam características populacionais, geográficas e socioeconômicas congruentes, e que foram escolhidos tendo como base a população, IDH, e perfil epidemiológico.

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SEU PROCESSO EVOLUTIVO

A partir da década de 1970 o Brasil vivenciou expressiva expansão da oferta de serviços privados de assistência hospitalar e da compra dos mesmos pelos entes federativos. Pode-se dizer que a expansão do setor hospitalar privado no Brasil na década de 70 ocorreu de forma acelerada e financiada pelo Estado, sem ser, contudo, desenvolvida a capacidade de comprar, por parte do setor público, os

serviços de assistência hospitalar, ou mesmo os mecanismos legais adequados para exercer direitos e contratar obrigações entre as partes (SÃO PAULO, 2009).

Na Constituição de 1988, a saúde ganhou uma seção específica na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde. Para cumprir esse princípio constitucional da universalidade, foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais de forma complementar à oferta pública dos mesmos (BRASIL, 2006).

> A Constituição determinou que a participação de instituições privadas no Sistema deve seguir as diretrizes deste e ser mediada por contratos de direito público ou convênios. As regulamentações do Sistema, principalmente a Lei nº 8.080/90, trouxeram avanços significativos para a regulação da participação privada no SUS, que nada mais é que a compra de serviços de saúde pelo Estado. Essa participação privada no SUS deveria objetivar tão somente a complementação da rede pública para que esta cumpra o papel de garantir a universalidade no atendimento. (SÃO PAULO, 2009, p. 4)

Corroboramos com Santos; Merhy (2006, p. 32) na afirmação de que não se conseguiu desenvolver a capacidade para os gestores do SUS atuarem como deveriam: os principais compradores de serviços de saúde. Dada a demanda reprimida por serviços de saúde, esse setor acabou seguindo a lógica da oferta. A absorção dos serviços privados complementares ao SUS se dá de maneira descontrolada e sem avaliação, o que causa distorções. Em muitos casos compra-se o que o prestador quer oferecer em detrimento das necessidades da população.

Até alguns anos o mercado de serviços de saúde no Brasil poderia ser caracterizado como uma situação na qual existiam poucos compradores e muitos vendedores. O Governo Federal, por meio do INAMPS, aparecia de longe como o maior e principal comprador desses serviços. Com a descentralização do Sistema de Saúde, implementada a partir da Constituição de 1988, deixou de haver um gestor central, responsável pela compra de todos os serviços de saúde e surgem milhares de gestores do Sistema, com autonomia para a compra dos serviços de saúde. O mercado passou a ser regido pela lógica da oferta privada e complementar ao SUS,

sendo que muitas vezes os gestores do SUS chegam mesmo a ficar reféns dos prestadores privados. Sem contar as situações manifestamente irregulares, ilegais ou mesmo imorais, pelas quais o Sistema é capturado e controlado por interesses particulares (MAGALHÃES JUNIOR, 2002).

> Há que se trabalhar, pois, pela mudança nessa relação. Os gestores do SUS devem definir quais serviços e em que quantidade são necessários à complementação da oferta da rede pública. A compra de serviços de saúde segundo critérios da necessidade deve possibilitar a regulação do mercado pela demanda e não pela oferta, como ainda ocorre em grande medida. (SANTOS; MERHY, 2006, p. 33-34)

O mandamento constitucional e os princípios norteadores do SUS prevêem que a compra de serviços de saúde pelo SUS deve ter caráter complementar a sua rede e dar preferência para a contratação de entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Assim, a necessidade de contratar só se faz presente quando a rede pública é insuficiente, ou seja, os gestores do SUS somente devem contratar serviços privados depois de utilizada toda a capacidade instalada pública e ainda assim a prioridade de contratação deve ser dada às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2006).

Podemos inferir que é necessário que a relação entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços de saúde seja regulada por contratos transparentes e públicos. Para tanto, é preciso capacitar às instâncias gestoras para exercer o papel de contratante, definindo suas funções, delimitando a população alvo do planejamento e legitimando as políticas baseadas nas necessidades da população sobre as prioridades dos prestadores. O fundamental é que a instância responsável pela contratação possa organizar a prestação de serviços e evitar a fragmentação do sistema de saúde e o desperdício de recursos públicos.

Os gestores estaduais e municipais devem estar munidos de informações suficientes e de instrumentos de regulação e de avaliação para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde de sua população.

Para subsidiar os gestores o Ministério da Saúde em 1993 publica a portaria 1.286/93 que normatiza a contratação de serviços de saúde por gestores locais do

SUS e indica a necessidade de cláusulas que devam constar nos contratos e como anexo apresenta modelos, mas a maioria dos gestores não realizam a contratação, ocorrendo o que poderíamos chamar de recontratação daqueles prestadores que já vinham participando da rede complementar e cujos contratos já estavam sem validade e sendo pagos por indenização, também as compras foram ainda pela oferta e não fruto de planejamento conjunto entre os três gestores com avaliação das necessidades da população e da disponibilidade dos recursos financeiros. (BRASIL, 2006)

Em 2006, após dezesseis anos da implantação do Sistema Único de Saúde a Portaria GM nº. 399, que divulga o Pacto pela Saúde que traz a definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: *Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.* O Pacto de Gestão estabelece o prazo de um ano para que Estados e Municípios efetuassem a contratação de serviços de saúde, entendendo os contratos de prestação de serviços como instrumentos de gestão, pois permitem a regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços o que pode resultar em melhoria da qualidade da assistência prestada. (BRASIL, 2006)

3 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PELOS ENTES FEDERATIVOS

Uma das leis que regem a contratação de serviços pelos poderes públicos data de 1993. O preceito que rege a forma como a Administração Pública deverá realizar a aquisição de bens e/ou serviços, é a priori a Constituição Federal brasileira, datada de 1988. O art. 37 da CF[1] foi regulamentado pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993; sendo que o referido dispositivo instituiu normas para licitações e contratos da Administração Pública, além de outras providencias.

[1] Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [...] XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações. (BRASIL, 2006, p. 18)

A licitação é um procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública tem a possibilidade de escolher a proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse. Desenvolve-se através de uma sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos.

A vivência na prática da gestão em saúde nos permite apontar para o fato de que até algum tempo o Poder Executivo da Administração Pública Municipal encontrava uma forma de se desvencilhar dos processos licitatórios, ou seja, da formalidade expressa para a contratação de serviços na Lei 8.666/93.

> Na área da saúde, sabe-se que há a prática de **não realizar**[2] o procedimento licitatório ao contratar serviços privados de saúde, porém, não há justificativa legal para tal conduta. [...] nada poderá livrar a administração pública de realizar procedimento licitatório, nem mesmo o fato de os preços dos serviços serem previamente fixados pelo poder público (Tabela de Procedimentos SUS), isso não constitui motivo justificável para não se fazer licitação. (BRASIL, 2006, p. 18)

O art. 3º da lei 8.666/93 coloca que a licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 2006).

A obrigatoriedade da licitação como antecedente dos contratos com a Administração Pública está expressa no artigo 2º da Lei 8.666/93, podendo afirmar que é o principio da moralidade. Como atesta Almeida (2000) a licitação visa a garantir a moralidade dos atos administrativos e dos procedimentos da Administração Pública, e também a valorização da livre iniciativa pela igualdade no

[2] Grifo do autor.

oferecimento da oportunidade de prestar serviços, bem como de comprar ou vender ao Poder Público. As exceções ao rito licitatório são os casos de inexigibilidade e dispensa de licitação, previstos na Lei de Licitações.

4 DISPENSA DE LICITAÇÃO

O art. 24 da Lei 8.666/93 prevê os casos em que a licitação será dispensável, ou seja, os casos em que será facultada à administração a realização do processo licitatório, podendo a contratação ser efetuada diretamente desde que observados os procedimentos legais. A dispensa pode ocorrer em quatro situações:

1. Quando o valor do objeto for baixo o suficiente para que a soma anual da compra daquele serviço não atinja os valores das modalidades de licitação;
2. Quando a compra ocorrer em situações excepcionais (urgência, emergência, guerra, etc.);
3. O tipo de objeto a ser comprado, imóveis, alimentos perecíveis, restauração de obras, peças e manutenção de equipamentos, etc.;
4. Quando o objeto a ser contratado for o trabalho de uma pessoa física ou jurídica de notório saber, ou que o produto por ela desenvolvido seja único no mercado.

Conforme o entendimento de Rocha e Santiago Junior (2004) a dispensa de licitação ocorre quando, embora viável a competição, sua realização se mostra contrária ao interesse público. Inferimos, portanto, que como o interesse público é o fim a ser atingido pela Administração Pública, se a competição se mostra contrária a este fim, ocorre à dispensa.

4.1 INEXIGIBILIDADE

Prevista no art. 25[3] da Lei de Licitações, a inexigibilidade de licitação ocorrerá quando houver impossibilidade jurídica de se instalar competição entre os

[3] "Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial": [...] "II – para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação". "§1º Considera-se notória especialização o

eventuais contratantes, quer pela natureza específica do negócio, quer pelos objetivos sociais da administração. Não se pode pretender uma proposta melhor quando apenas um detém a propriedade do bem ou serviço objeto do contrato, assim, seria inútil licitar o que não é passível de competição por preço, qualidade ou técnica. DiPietro (1998, p.85-86) esclarece que a inexigibilidade:

> Se define pela impossibilidade de licitar por inexistirem produtos ou bens que tenham características aproximadas e que, indistintamente, possam servir ao interesse público, ou por inexistir pluralidade de particulares que possam satisfazer o fornecimento de bens e serviços.

A inexigibilidade também poderá ser configurada quando o gestor tiver a necessidade de contratar todos os prestadores de serviço de seu território ou de uma determinada área (bairro, distrito, etc.), instalando-se assim, a impossibilidade de competição entre os concorrentes (BRASIL, 2006).

Ademais, cumpre-nos salientar que assim como no processo licitatório, alguns quesitos na identificação da inexigibilidade devem ser considerados, tais como: deve ser justificada e devidamente instruída, e seu processo deve conter elementos de fato e de direito que comprovem de maneira indiscutível a impossibilidade de competição.

O Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS, editado e publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, esclarece que podemos também utilizar o processo de Chamada Pública. Esse procedimento será utilizado quando se estabelecer a inexigibilidade de licitação em função da necessidade do gestor de saúde contratar todos os prestadores do município ou de uma área delimitada no edital. E alerta para o fato de que a não realização de procedimento licitatório não desvincula a Administração Pública da utilização da Lei de Licitações e Contratos Públicos, assim, o edital e os contratos resultantes da chamada pública deverão seguir o ditado pela Lei 8.666/93. Conforme orienta o

profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato".

Manual o Edital de Chamada Pública visa informar a todos os prestadores de uma determinada base territorial o interesse em contratar serviços de saúde, estipulando o preço a ser pago por cada serviço, sempre tendo como referência na Tabela de Procedimentos SUS.

5 LEGISLAÇÃO EMANADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Como determina o art. 26[4] da Lei 8080/90, cabe ao ministério da saúde normatizar as relações com os prestadores de assistência a saúde, sendo que pela própria dinâmica que é a construção do SUS deve estar explícito no contrato a determinação para que o prestador se submeta às normas emanadas pelo gestor do SUS, mesmo que esta norma não estivesse prevista inicialmente no contrato.

Como determina o artigo 16, inciso XIX da Lei 8080/90[5] é competência do gestor nacional de fazer a coordenação técnica e financeira do sistema, em virtude disto o ministério da saúde vem determinando tabelas com valores, tempo de permanência tipo de profissional tipo unidades assistenciais para procedimentos ambulatórias e hospitalares.

Os entes federativos têm autonomia para praticar os preços estabelecidos pela Tabela SUS Nacional ou complementá-la, criando, desta forma, Tabelas SUS Estadual, Regional ou Municipal. Essas Tabelas deverão ser publicadas no Diário Oficial dos estados e/ou dos municípios e serão as referências de cada ente federativo para a contratação de serviços de saúde. As Tabelas serão estabelecidas mediante a análise da estrutura da oferta e dos custos dos serviços de saúde em cada unidade territorial. O gestor do SUS não deve praticar preços diferentes para os mesmos serviços de saúde na sua unidade territorial A composição dos valores estabelecidos pela Tabela Estadual, Regional ou Municipal deverá ser feita tendo como referência os valores estabelecidos na Tabela Nacional. A complementação

[4] Art.26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 2º - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

[5] Art.16 - À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete: XIX - Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e Coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

dada pelos gestores de saúde somente poderá ser feita com recursos próprios, nos termos do art. 1º[6] da Portaria GM nº 1606, de 11 de setembro de 2001.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os três Municípios pesquisados possuem 2 hospitais, e em dois deles um dos hospitais é municipal e o outro conveniado ao SUS. Dois Municípios possuem Santa Casa, mas somente um deles utilizou o processo de licitação para a contratação dos serviços, o outro utilizou a modalidade de convênio por entender que são parceiros e tem o mesmo objetivo, mas não deixando de traçar as metas a cumprir, pois o valor pago não é por produção e sim um valor fixo. Possuem mais de uma Unidade Básica de Saúde; sendo municípios em gestão plena do sistema municipal, e têm população entre 14.000 a 30.000 habitantes.

O valor para a contratação dos serviços nos três municípios em sua maioria é tabela SUS, mas em alguns casos onde a licitação deu esvaziada, acabou-se optando por um valor maior que o do SUS, exemplo de serviço de fisioterapia, plantão médico, etc. Um dos Municípios relatam abrir apenas um chamamento público por ano, e o mesmo serve para cadastrar prestadores o ano todo.

Verificamos que a maioria da compra de serviços acontece através de processo licitatório – chamamento público, e os demais serviços são realizados através de OSCIPS licitadas para contratação de serviços específicos. Sendo que duas coisas são necessárias para a contratualização, primeiro criar o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria que deve ser estabelecido através de uma Lei Municipal com todas as atribuições e responsabilidades, depois a publicação de um decreto do prefeito autorizando o Secretário Municipal de Saúde a contratar serviços em nome do município, feito isto se iniciam os processos de contratualização. Lembrando que esses processos devem se basear na capacidade instalada na rede, passando pelo levantamento das necessidades dos serviços a serem contratualizados.

[6] Art. 1º Definir que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.

Após essas constatações é elaborado o edital de chamamento público para credenciamento de prestadores de serviços (todos pessoa jurídica), publicação do processo, prazos, documentos, etc. Os municípios comunicam todos os prestadores do território sobre o processo e credenciamento em aberto. A seguir ocorre a realização do contrato com cada um de acordo com a necessidade da secretaria e não da oferta do prestador. Para que esse processo seja bem sucedido deve haver o controle das cotas e regulação pela auditoria local e através das unidades e setor de agendamentos municipal.

Leite *et al.* (2010) ressalta que a contratualização dos serviços de saúde deve ter como objetivo *uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população.* Essa *resposta* se dá por meio de uma prestação de serviços *eficiente e de qualidade*, com um processo bem definido.

> Esse processo de contratualização dos serviços de Saúde busca estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população. Dessa forma, o relacionamento de parceria entre as partes contratantes passa a ser mais importante que o formalismo do contrato. (LEITE *et al.*, 2010, p. 17)

Inferimos que os municípios entrevistados realizaram o processo de contratualização por compreenderem que sua responsabilidade sanitária de gestores municipais é garantir o cuidado à saúde de forma integral, equânime, resolutiva, humanizada e de qualidade. Através do processo de contratualização fazem valer o SUS para todos. Nesse encaminhamento verificamos que os gestores oportunizam viabilizar o mais amplo leque de possibilidades de oferta de serviços de saúde melhorando a acessibilidade do cidadão ao serviço que lhe é necessário. Inferimos que efetivando os mecanismos de contratação, controle, regulação do acesso e de avaliação, e contando com o apoio dos Prestadores de Serviços de Saúde, não só é possível otimizar a oferta, como também garantir o cuidado integral em saúde.

Através dos instrumentos reguladores da contratação dos serviços apresentado por um dos municípios entrevistados verificamos que os mesmos

podem ser conceituados como sendo a formalização de relações pactuadas entre gestores e prestadores estabelecendo obrigações recíprocas. Assim, pressupõem a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da gestão para Estados e municípios representou um grande avanço. Nessa trajetória, adotaram-se critérios e mecanismos distintos de contratação, segundo o tipo de serviço ou programa, mas sempre utilizando a legislação em vigor.

Naturalmente, os processos de contratação dos serviços não são acompanhados de pesquisa com o objetivo de equilibrar necessidade e oferta de serviços de saúde e sim se baseia na procura e oferta.

Na compra dos serviços os Municípios para se prevenirem contra os crimes em licitações sentem a necessidade de conhecer, cada um dos tipos penais. Partindo desta premissa, os mesmos têm que encontrar na lei os meios de se prevenir.

Os serviços terceirizados é uma opção administrativa, mas infelizmente polêmica quando não trouxer vantagens aos trabalhadores, levando a baixa qualidade do serviço prestado. A prestação de serviço quando terceirizados em alguns setores resulta em redução de custos, agilização de serviços e aumento da qualidade desses serviços.

Na compreensão de que a contratualização de serviços em saúde pode, sim, oportunizar a oferta de melhores serviços, cabe ressaltar que na formalização desses serviços a opção por um instrumento que encontra respaldo no arcabouço jurídico, é de grande valia. Vale destacar que diante da modernização da administração pública brasileira, é imprescindível reconhecer que o instrumento formal de parceria deve satisfazer tanto a aspectos jurídicos quanto os de gestão,

resguardando gestor, prestador de serviço, e população de qualquer insuficiência ou aborrecimento por inconsistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS.** 53 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1998.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. IN: **Ciência & Saúde Coletiva.** vol 6 No. 2, 269-291, 2001.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. IN: **RAS** Vol. 12, N. 46 – Jan-Mar, p. 15-22, 2010.

MAGALHÃES JUNIOR., H. M. **Regulação assistencial:** a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Pensar, 2002.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. COORDENADORIA DE REGIOES DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE COMPRAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. **Manual de orientações para a contratação de serviços de saúde para o SUS – SP.** São Paulo: CRS, 2009.

ROCHA, L. G.; SANTIAGO JUNIOR, F. A.. **Licitações e contratos administrativos para empresas privadas:** como participar de procedimentos licitatórios e gerenciar contratos administrativos. Belo Horizonte: DelRey, 2004.

SANTOS, F. P. dos; MERHY, E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. IN: **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.