

**41º Encontro Anual da ANPOCS
Caxambú, outubro de 2017**

GT - 25 Políticas públicas

**Arranjos contratuais para a provisão de serviços públicos de saúde e o
fortalecimento da regionalização**

Vera Schattan P. Coelho
Maria Izabel Sanches Costa
Laís Schalch

Arranjos contratuais para a provisão de serviços públicos de saúde e o fortalecimento da regionalização

Este artigo tem o objetivo de apresentar como os contratos têm sido utilizados para a prestação de serviços de saúde municipais e estaduais, em 5 regiões do Estado de São Paulo¹, através de pesquisa de campo realizada entre agosto de 2016 e janeiro de 2017. A partir dessa análise, buscou-se identificar possíveis contribuições destes usos para o processo de regionalização e formação de arranjos colaborativos.

Se há uma extensa literatura sobre regionalização na saúde e o uso de contratos na implementação de serviços, há escassos estudos sobre a relação entre ambos. Assim, propomos ampliar o debate sobre como os contratos – que podem ser estabelecidos tanto entre atores intragovernamentais quanto entre a administração pública e prestadores de serviços – têm contribuído para promover o processo de regionalização da saúde.

A pesquisa identificou um grande uso de contratos nos serviços regionais principalmente naqueles ofertados diretamente pelo Estado de São Paulo (AMEs, Centros de Reabilitação, Hospitais Regionais). Estes contratos ganham força na década de 1990 e são utilizados como instrumento para contratação de profissionais de saúde, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal havia limitado os gastos dos entes federados com recursos humanos. Nesta linha, a esfera municipal, ainda que em menor escala, também se vale dos contratos para garantir os profissionais de saúde.

A estrutura federativa brasileira e o uso dos contratos criaram vários atores, por vezes, com interesses difusos, que dificultam o processo de coordenação da regionalização. Por fim, esta pesquisa sugere que haja um “ator principal” capaz de coordenar este arranjo, potencializando a colaboração tanto entre os entes federados quanto entre os prestadores de serviços.

¹ Este artigo apresenta resultados dos projetos: “Contratação de Serviços e Gestão Regional” desenvolvido no âmbito do programa Gestão Regional e Redes, coordenado pelo Prof Nelson Ibañez (Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo/BID); “Equidade e Contratualização de Serviços no SUS” realizado no âmbito do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do CEBRAP e do Centro de Estudos da Metrópole (CEM), financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) (processo Fapesp 2013/07616-7); e “Regionalização e Contratação de Serviços” desenvolvido no âmbito do PPG em Políticas Públicas da UFABC, com financiamento da CAPES, 2015/17. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas são de responsabilidade das autoras.

Revisão de literatura

Processos de regionalização acontecem em países tão diferentes quanto Austrália, Brasil, França, Canadá, Dinamarca, Itália e Inglaterra. Nesses países estruturas intermediárias de governança foram criadas e, constantemente, reformadas para assumir funções previamente desempenhadas seja pelo governo central, seja por governos locais. Esses processos tiveram objetivos abrangentes e variados, como tornar a distribuição de recursos e o acesso a serviços mais equitativo, democratizar o processo decisório, garantir a integralidade do cuidado e usar de forma mais eficiente os sempre limitados recursos disponíveis. Desses movimentos emergiram tanto arranjos descentralizados, que, muitas vezes, estão em processo de migração para estruturas mais centralizadas, quanto o inverso. Apesar de existir uma literatura considerável analisando as experiências de regionalização, há consenso de que faltam avaliações sistemáticas sobre os seus resultados, tanto em termos de equidade quanto de eficiência e de efetividade (Marchildon 2005; Touati et al 2007; Bywood e Erny-Albrecht 2016).

No caso brasileiro, a regionalização no SUS aparece como resposta ao movimento de descentralização de responsabilidades e recursos do governo federal em direção aos municípios, e foi “incentivada, sobretudo, a partir dos anos 2000, quando se tornou bastante claro que nem todos municípios brasileiros poderiam ser autossuficientes em matéria de saúde, e que pensar de forma a estabelecer regiões de saúde e escalas definidas para a oferta de determinados níveis assistenciais poderia implicar ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial” (Viana 2017: 15). Como consequência das dificuldades enfrentadas na esfera municipal, foi se evidenciando a necessidade de maior coordenação federativa na produção das políticas públicas de saúde, tanto em seu sentido vertical, articulando as três esferas de governo, quanto em seu sentido horizontal, estruturando arranjos de cooperação entre as esferas do mesmo nível e, assim, incentivando o planejamento regional da necessidade de saúde por território. Portanto, mostrou-se indispensável a produção de relações mais articuladas e cooperativas entre os entes federados (Rocha 2016; Abrucio et al 2010).

Com a NOAS, em 2001, o tema da regionalização ganhou proeminência na agenda federal tendo sido instituídos os planos diretores de regionalização (PDR) e os planos diretores de investimento (PDI). Em 2006, com a publicação do Pacto Pela Saúde, ganhou força o processo de construção descentralizada do Plano Estadual de

Saúde 2008-2011. No bojo desta estruturação, o Estado de São Paulo, se organizou por meio de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) responsáveis pela coordenação regional.

Em 2011, com o Decreto nº 7.508/11 começam a se organizar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e é proposta a utilização do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) para a pactuação interfederativa.

Os estudos de Viana et al (2011) e Lima et al (2012) chamam a atenção para quão heterogêneo tem sido o processo de regionalização no país, com algumas regiões avançando de forma muito mais efetiva que outras na construção de sistemas regionais. Para Lima et al, elementos decisivos para explicar essas variações e os avanços alcançados são: a experiência acumulada no planejamento governamental, as formas de organização e cultura de negociação intergovernamental adquiridas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e instâncias colegiadas no estado, e a experiência com estratégias de formalização de parcerias, como consórcios de saúde e contratos de gestão (2012: 2889).

O papel da formalização das parcerias através de consórcios tem recebido atenção de autores que têm analisado o processo de regionalização. Teixeira (2007) lembra que a possibilidade de estabelecer consórcios, entendidos como instrumentos de coordenação e cooperação entre entes federados para a provisão de serviços públicos, foi introduzida na Reforma Administrativa de 1998 pela Emenda nº 19, que os definiu como pessoas jurídicas de direito privado, o que deveria lhes garantir maior flexibilidade administrativa e contratação de recursos humanos.

Vários benefícios, como aumento de eficiência, qualidade e satisfação dos usuários, têm sido reconhecidos como associados ao consorciamento (Gontijo et al 1994; Lima e Patrana 2000; Peixoto 2000; Oliveira 2008). Há, no entanto, segundo Teixeira (2007), condições institucionais que têm funcionado como um desincentivo à sua difusão. Nessa linha, a autora destaca o fato de não ser possível punir o município que não cumprir com suas obrigações financeiras junto ao consórcio, pois a suspensão do atendimento à população desses municípios é inconstitucional. Assim, “mesmo com a criação de contratos, a lei não estabelece punição crível” (Teixeira 2007: 73). Uma das sugestões apresentadas pela autora para contornar essa situação é a formalização de contratos entre os governos federal, estadual e os municípios de forma a assegurar a

transferência de recursos diretamente aos consórcios em caso de descumprimento das cláusulas relacionadas a repasses financeiros, por parte de algum dos membros.

Em 2011, como dito anteriormente, o Ministério da Saúde procurou avançar nessa direção ao promulgar o Decreto nº 7.508 que introduziu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Esse contrato busca formalizar com clareza as responsabilidades de cada ente da federação nos processos de regionalização. Segundo estudo de Ouverney et al (2017), os maiores entraves apareceram no momento de formalizar o comprometimento dos gestores com metas concretas em termos de ações e serviços de saúde e resultados sanitários, os quais, uma vez explicitados em contratos, poderiam ser cobrados judicialmente.

Esse breve balanço aponta para o uso limitado que é feito, no interior do SUS, de novas modalidades de contratos entre entes federativos – no caso, os consórcios e o COAP – para promover a regionalização. Essa situação corrobora as conclusões de avaliação coordenada por Erny-Albrecht K (2016), que chama a atenção, por um lado, para o desencontro entre as necessidades de colaboração entre entes federados para estreitar tanto a integração quanto os ganhos de escala e, por outro, para a falta de um “principal”² que tenha autoridade para controlar o orçamento, alocar recursos e introduzir uma punição crível caso um dos membros decida agir em detrimento da parceria.

Já o uso de contratos que formalizam os acordos entre administração pública e prestadores de serviços, tendo em vista a oferta de serviços de saúde, cresceu de forma pronunciada no interior do SUS a partir de 1995 com o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”. Em sintonia com os princípios da Nova Administração Pública, buscava promover, entre outros pontos, o controle dos resultados na administração pública e propunha que organizações sociais, ou mesmo entidades privadas, passassem a celebrar contratos de gestão com o setor público para prestarem serviços públicos³.

² O “principal” é aquele que contrata um agente para implementar ações que levem à consecução dos interesses desse principal.

³ No âmbito federal, as OSS foram regulamentadas na forma da Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, mas sua implementação aconteceu principalmente nas esferas estadual e municipal, que, utilizando-se das autonomias legislativas, instituíram versões locais. Estudo publicado por Silva et al (2016) encontrou Leis de Qualificação de OSS em 56 entes da federação: 16 estados e 40 municípios. Destes, 15 localizam-se no estado de São Paulo; 5 no Rio Grande do Sul; 4 no Paraná; 3 nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso; 2 no Ceará; além dos municípios de Goiânia (GO), Joinville (SC), Parnaíba (PI), Petrolina (PE) e Vitória (ES).

Neste período, no Estado de São Paulo, o Governo Covas (1998-2001), herdou obras de 11 novos hospitais que deveriam ser finalizados e colocados em funcionamento. Como a capacidade de contratação de recursos humanos estava limitada pela Lei Camata, as OS de Saúde (OSS) serviram como uma solução para o problema. A partir de então, as OSSs se expandiram pelo Estado, tanto na administração estadual quanto nas municipais (Ferreira Junior 2004, apud Franzese 2012). Mais tarde, no fim de 2008, a SES lançou o Programa Contrato, com o qual estendeu o uso de contratos de gestão a unidades geridas pela administração direta.

Esses contratos atrelam os pagamentos a indicadores tanto de quantidade de serviços prestados quanto, se possível, de qualidade e de impacto sobre a saúde da população, a chamada “contratualização de serviços”. A literatura que vem acompanhando esse movimento avaliou, sobretudo, o uso desses contratos na prestação de serviços hospitalares e concluiu que houve crescimento do volume de serviços prestados e maior eficiência, refletida na ampliação das taxas de leitos ocupados e redução do custo dos serviços (Mendes Ribeiro e Costa 2005; Barata e Mendes 2006; Matzuda et al 2008; Ibanez e Vecina Neto 2007; LaForgia e Couttolenc 2008; Sano e Abrucio 2008; Quinhões 2009; Pahim 2009; Barbosa e Elias 2010; Médici 2011).

Especificamente em relação aos custos, estudo de Barata e Mendes (2007) apresentam dados de um estudo da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo que comparou 13 hospitais geridos por OS com 13 hospitais geridos diretamente. Em 2005 hospitais administrados por OSS recebiam pagamentos 8% superiores que os da administração direta, mas também produziam um volume maior de serviços, o que resultava em custos unitários 24% inferiores. Esse estudo foi repetido em 2006, e os custos dos hospitais geridos por OSS passaram a ser 9,8% inferiores, indicando que os hospitais da administração direta conseguiram reduzir a diferença, mesmo recebendo 13.5% menos orçamento que os hospitais geridos por OSS.⁴ Rodrigues et al (2014), ao comparar os resultados de todos os hospitais estaduais em 2013, concluiu que os hospitais administrados pelas OSS apresentaram melhores resultados quanto ao tempo médio de permanência, à taxa de ocupação, à renovação de leitos, à utilização de sala de operação, à taxa de cesáreas, à taxa de cesáreas em primíparas e à infecção.

⁴ O estado de São Paulo introduziu no início dos anos 2000 a Bolsa Eletrônica de Compras (BEC). Estima-se que o sistema pibilita uma economia de 26% aos cofres públicos, o que pode ter contribuído para a melhora reportada no desempenho dos hospitais públicos sob administração direta (Franzeze 2012).

Esses ganhos foram interpretados como associados ao fato de as OSS contarem com maior flexibilidade operacional, ou seja, não necessitarem realizar concurso público para seus funcionários e tampouco se sujeitarem a planos de carreira para fixar sua remuneração (Sano e Abrucio 2008; Barbosa e Elias 2010), bem como não estarem atrelados as exigências das compras por licitação. Para Médici (2011), os ganhos de eficiência estão relacionados ao controle financeiro imposto pela contratualização, que, ao fixar metas e penalizar o seu não cumprimento com redução automática de repasse financeiro, ou mesmo, no limite, com o rompimento da relação contratual, incentiva a boa performance dos prestadores.

Y-Ling Chi e Emily Hewlett (2014) chamam a atenção, no entanto, para fragilidades metodológicas de vários desses estudos, os quais podem ter tido seus resultados enviesados por compararem populações com características distintas e não controlarem as características da infraestrutura dos hospitais incluídos em cada grupo.

Em 2008, o uso de contratos de gestão foi estendido aos hospitais públicos do estado de São Paulo através do “Contrato Programa”. Perdicaris (2012) comparou o desempenho de hospitais da administração direta que firmaram contratos de gestão, *vis a vis* aqueles que continuaram recebendo um orçamento fixo. O processo começou com três unidades em 2008 e, em dezembro de 2011, contava com 15 hospitais contratualizados, de um universo de 25 hospitais. Nos casos analisados, houve evolução positiva de desempenho nos hospitais contratados quando comparados aos não contratados, e todas as demais condições dos hospitais permaneceram constantes, ou seja, não houve alteração significativa que tenha afetado apenas um dos grupos, que justificasse a mudança na *performance*.

Embora em menor número, também no caso da atenção básica há estudos documentando resultados positivos associados ao uso de contratos de gestão entre administração pública e prestadores não estatais. Ireland et al (2016) analisaram essa experiência nos estado da Bahia e do Rio de Janeiro. No caso da Bahia, o governo do estado e os municipais optaram pela criação de uma Fundação Pública, enquanto no Rio optou-se pelo modelo de contratação de OSS. Na Bahia a adesão ao modelo foi limitada, o que comprometeu os resultados da iniciativa; já no Rio a adesão ao modelo foi maior e houve ampliação da cobertura. Costa e Silva et al (2016) sugerem que a adoção do modelo OSS no município do Rio de Janeiro facilitou a expansão da Estratégia de Saúde da Família que cobria 7,2% da população, em 2008, e passou para

45,5% em 2015. As evidências relativas ao custo e à qualidade desses novos serviços permanecem escassas. No estado de São Paulo, estudo de Coelho e Greve (2016) mostrou que os municípios vêm recorrendo crescentemente às contratações indiretas, em 2015, 318 dos 645 haviam adotado em algum grau a contratação indireta na atenção básica. O estudo também mostrou que a adoção desses contratos contribuiu para o aumento no número de consultas oferecidas aos usuários do SUS, bem como para a redução das taxas de internação por causas sensíveis à atenção básica.

É importante mencionar que esses estudos descrevem resultados mais positivos do que aqueles encontrados por autores que analisaram o uso de contratos em outros contextos (Cashew et al 2016; Shroff et al 2017). Assim, enquanto a literatura internacional não identificou resultados especialmente promissores associados ao uso de contratos de gestão, no Brasil foram descritos resultados positivos associados ao volume de serviços prestados e à eficiência.

Em paralelo a esses estudos de caráter avaliativo, há outro conjunto de estudos que discute as condições necessárias para a adequada implementação de contratos de gestão. Esses estudos indicam como necessárias: a presença de um mercado de fornecedores capaz de garantir a competição entre prestadores, assim como de capacidades estatais necessárias para planejar, definir, monitorar e avaliar o trabalho desses prestadores e, ainda, a presença de um aparato de controle jurídico e social que amplie a transparência e o controle sobre os contratos (Pahim 2009; Coelho e Greve 2016; Costa e Silva et al 2016).

Esse panorama situa o debate relativo às duas estratégias de formalização das parcerias – consórcios e contratos de gestão –, que, segundo estudo de Lima et al (2012), desempenham um papel na conformação de diferentes padrões de regionalização no interior do SUS. Nesse debate, as dificuldades que vêm sendo experimentadas no uso de estratégias de formalização de parcerias entre entes governamentais – os consórcios e o COAP – estão bem documentadas. A formalização de contratos entre administração pública e prestadores de serviços e seus impactos sobre a oferta de serviços também está bem documentada. O que absolutamente não está problematizado é a relação entre essas últimas e o processo de regionalização.

No sentido de cobrir essa lacuna e começar a explorar de forma sistemática a relação entre contratação de serviços e regionalização foram formuladas cinco questões que orientaram o levantamento de campo:

Q1,2: A contratação indireta está sendo usada na atenção básica? Como?

Q3,4: A contratação indireta está sendo usada na média complexidade? Como?

Q5: Os arranjos contratuais contribuem para o fortalecimento da regionalização?

Para responder a essas questões procedemos a um estudo qualitativo que investigou a dinâmica da contratação de serviços de saúde em cinco regiões de saúde do estado de São Paulo.

Metodologia

Este estudo foi essencialmente qualitativo e centrado em obter informações a partir de entrevistas com atores envolvidos no cotidiano do SUS, de observações da equipe em campo e dos documentos coletados. O estudo foi realizado nas cinco regiões selecionadas pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde: Itapeva (onde foram visitados os municípios de Itapeva e Itararé), Vale do Ribeira (onde foram visitados os municípios de Registro, Cajati, Juquiá e Pariquera-açu), Vale do Jurumirim (onde foram visitados os municípios de Avaré, Piraju, Itaporanga), Litoral Norte (onde foram visitados os municípios de Caraguatatuba, Ubatuba, Ilhabela e São Sebastião) e região metropolitana de Campinas (onde foram visitados os municípios de Campinas, Itatiba e Santa Bárbara d'Oeste, Sumaré e Holambra), perfazendo um total de 18 municípios. As visitas às cinco regiões foram realizadas entre agosto e dezembro de 2016.

As primeiras três regiões estão entre aquelas com os piores indicadores socioeconômicos e de saúde do Estado, a quarta é uma região intermediária, enquanto a última é uma região metropolitana que vem avançando na definição de políticas regionais, apresenta bons indicadores socioeconômicos e de saúde e oferta serviços de alta complexidade para as regiões que contam com menos recursos. Esse conjunto de casos representa, portanto, uma boa amostra intencional de diferentes realidades regionais presentes no estado de São Paulo. A Tabela 1 apresenta dados das cinco regiões pesquisadas.

Tabela 1 – Características das 5 regiões de saúde pesquisadas (2013-2014)⁵

Regiões de saúde	Nº municípios	População 2014 (TCU)	PIB per Capita (R\$ 1.000) 2013	Nº unidades que atendem a média complexidade	Nº de Médicos por 1000 hab	% de Médicos SUS no total	Nº Médicos SUS por pop. SUS por 1000 hab	Taxa de Mortalidade Infantil
Itapeva	15	281.998	17,8	28	0,9	92	1	19,1
Vale do Ribeira	15	283.588	31	22	1	86,1	1	17,7
Vale do Jurumirim	17	294.002	18,5	14	0,9	92	1	12,5
Litoral Norte	4	310.240	42,3	23	1,3	83,3	1	9,8
Reg. Metrop. Campinas	19	3.037.843	47,3	146	3,5	56,5	2	9,6

Fonte: CNES: DATASUS, TCU, IDSUS, Banco de Indicadores Regiões e Redes, SIM, SINASC.
Elaboração: NSCD/CEM/CEBRAP.

A pesquisa foi estruturada em duas etapas: na primeira, identificamos a porcentagem de profissionais contratados indiretamente em cada região, a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Na segunda, entrevistamos diferentes atores-chave em cada região analisada, além de gestores da Secretaria Estadual de Saúde.

A análise do material também foi realizada em duas etapas:

1. Os dados foram sistematizados por região a partir de quatro eixos analíticos:
 - a) Descrição dos serviços e do uso de contratos, onde se procede à identificação dos tipos de contratos praticados em cada uma das esferas de governo e sua contribuição para a prestação de serviços de saúde na região;
 - b) Identificação das instituições que operam na saúde na região com suas regras e a forma como estruturam as ações dos atores envolvidos na rede regional de serviços;
 - c) Identificação das redes formais e informais de relações que existem entre esses atores;
 - d) Identificação dos interesses e das posições desses atores em relação às contratações.
2. Análise para responder às questões que orientaram o estudo.

Resultados

O uso da contratação indireta é muito desigual nas regiões pesquisadas. O Vale do Jurumirim é a região onde a contratação indireta está menos presente, tanto na atenção básica quanto na média complexidade. A região de Campinas também faz pouco uso da contratação indireta na atenção básica. Na média complexidade, com

⁵ Entre as cinco regiões, apenas Campinas conta com oferta adequada de médicos, segundo o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, de 2,5 profissionais por mil habitantes.

exceção do Vale do Jurumirim e do Litoral Norte, as demais regiões apresentam porcentagens razoavelmente altas de contratação indireta com mais de 27% dos profissionais de saúde sendo contratados nessa modalidade, seja através de convênios com as Santas Casas, seja através de contrato com as OSS para gestão de ambulatórios de especialidades. Os gestores municipais entrevistados foram unânimes em afirmar que a principal motivação para a adoção desse tipo de contratação foi o limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal à contratação de funcionários públicos.

Atenção básica

A Tabela 2 mostra quão disseminada é a contratação indireta na atenção básica em cada uma das cinco regiões estudadas.

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de contratação de vínculos profissionais cadastrados em estabelecimentos de saúde que atendem à atenção básica, Regiões de Saúde pesquisadas, 2015

% de vínculos contratados em equipamentos públicos			
Regiões de Saúde	% contratação direta	% contratação indireta	% outros tipo de contratação
Itapeva	84,8	11,6	3,6
Vale do Ribeira	78,2	17,8	4
Vale do Jurumirim	92,7	3,9	3,4
Litoral Norte	73,1	25	1,9
Reg. Metrop. Campinas	87,1	8,8	4,1
Estado de São Paulo	68,4	27,8	3,8

Fonte: CNES/DATASUS. Elaboração: NCSD/CEM/CEBRAP.

Essa tabela mostra que, em 2015, três das cinco regiões estudadas, Litoral Norte, Vale do Ribeira e Itapeva, faziam uso mais substantivo da contratação indireta na atenção básica (isto é, tinham mais de 10% dos seus profissionais de saúde contratados indiretamente).

Na atenção básica, é feito uso de: a) convênios com Santas Casas para contratação de profissionais de saúde (Piraju, Avaré, Campinas, Santa Bárbara d'Oeste, Itatiba, Registro, Itararé, Itapeva, Ilhabela e Caraguatatuba); b) convênios com ONG para contratação de profissionais de saúde (Itararé); c) contratos de gestão com OSS para gerir a atenção básica do município (Caraguatatuba e Piraju); d) contratos com

OSS e Filantrópicas para gerir: as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Itatiba, Caraguatatuba e Registro) e Pronto Atendimento (PA) (Juquiá).

A gestão dos contratos nas cinco regiões é feita na sua quase totalidade pelas Secretarias Municipais de Saúde, a única exceção é o CISMETRO, um consórcio instituído no final de 2013, entre os municípios de Holambra, Arthur Nogueira, Cosmópolis e, posteriormente, Paulínea. Esse consórcio apoia os municípios na compra de procedimentos de baixa e média complexidade, geralmente do setor privado, e na contratação de profissionais de saúde que os municípios não conseguem contratar por concurso público.

O uso de contratos na atenção básica ainda está muito concentrado em convênios com as Santas Casas, cujo foco é a contratação de recursos humanos. Entre as cinco regiões, apenas no Litoral Norte (em Caraguatatuba) e no Vale do Jurumirim (em Piraju) é feito uso de contrato de gestão com OSS.

Os gestores responsáveis pela atenção básica nos municípios relataram que nas contratações indiretas de profissionais de saúde (sejam elas feitas por contrato Pessoa Jurídica ou por convênio com entidades filantrópicas) o monitoramento dos profissionais é feito através do controle de presença (horas trabalhadas) ou de produção (número de procedimentos realizados). Para eles, embora sejam insuficientes para integrar os profissionais à rede de atenção e possam, no limite, até reforçar a baixa integração entre os médicos e demais profissionais das unidades, esses mecanismos representam um dos únicos recursos de que dispõem para controlar a presença e substituí-los com alguma agilidade quando necessário.

Vale lembrar que, embora possa representar uma alternativa mais promissora, a contratualização de serviços implica a necessidade de que o município conte tanto com legislação própria para credenciamento e contratação de OSS quanto com capacidade de gestão sobre os contratos,⁶ o que, em vários casos, têm se constituído em limites à adoção desse modelo por parte das prefeituras.

⁶ É necessário salientar que, quando falamos de capacidade de gestão nesta pesquisa, refere-se aos arranjos contratuais da Rede Regional de Atenção a Saúde, bem como no contexto do modelo de gestão por resultados. Esse modelo “prescreve o aumento da flexibilidade e a autonomia dos gestores sobre os meios, recursos e processos, estabelecendo controles *a posteriori*, são essenciais instrumentos de contratualização entre coordenadores e gestores das políticas públicas, por meio dos quais são definidos: 1) os resultados a serem alcançados, traduzidos em indicadores e metas claras; 2) a flexibilidade ou as autonomias concedidas aos gestores; e 3) as sanções, positivas e negativas, que serão aplicadas quando da avaliação do alcance dos resultados” (Gomes 2009: 75).

Média Complexidade

A Tabela 3 mostra quão disseminada é a contratação indireta de profissionais de saúde na Média Complexidade em cada uma das cinco regiões estudadas.

Tabela 3 – Distribuição dos tipos contratação dos vínculos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem à Média Complexidade, Regiões de Saúde pesquisadas, 2015

% de vínculos contratados em equipamentos públicos			
Regiões de Saúde	% contratação direta	% contratação indireta	% outros tipo de contratação
Itapeva	64,4	31	4,5
Vale do Ribeira	18,2	80	1,8
Vale do Jurumirim	31,2	0,5	8,3
Litoral Norte	73,4	4,5	22,1
Reg. Metrop. Campinas	65,1	27,3	7,6

Fonte: CNES/DATASUS. Elaboração: NCSD/CEM/CEBRAP.

O Vale do Ribeira possui o maior percentual desse tipo de contratação, seguido de Itapeva e Região Metropolitana de Campinas.

Nas cinco regiões pesquisadas, as Santas Casas são importantes prestadoras de serviços de média complexidade, pois, além de oferecerem serviços para a população local, mantêm convênios com as esferas estadual e municipal para oferecer serviços para a região. Esses serviços são oferecidos através de convênios contratados pelas prefeituras e SES. Os convênios com a SES são associados aos programas Santa Casa Sustentável e Pró-Santa Casa.

Além das Santas Casas, há, na média complexidade, forte presença de OSS contratadas pelo governo do estado para gerir os Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME): AME ambulatorial em Itapeva,⁷ Caraguatatuba, Pariquera-Açu; AME cirúrgico em Santa Bárbara. Esses equipamentos reforçaram a oferta regional de exames e procedimentos de média complexidade.

Em contrapartida, a ausência de AME na região de Avaré resulta novas demandas aos municípios: 1) maior envolvimento da esfera municipal para suprir a demanda por exames; 2) lotação do hospital regional (Santa Casa de Avaré); 3) alto número de encaminhamentos para outros polos, como Botucatu, Jaú e Bauru.

⁷ Em Itapeva, a Santa Casa se qualificou como OSS e assumiu a gestão do AME.

Há dois consórcios atuando nas regiões visitadas. Na região do Vale do Ribeira, parte importante dos serviços de média complexidade é oferecida pelo Consórcio Intermunicipal do Vale do Ribeira (CONSAÚDE), que reúne 24 municípios e é financiado majoritariamente pela Secretaria de Estado da Saúde. Na região metropolitana de Campinas, o Consórcio Intermunicipal de Saúde na Região Metropolitana de Campinas Norte (CISMETRO),⁸ que como vimos também atua na AB, contrata profissionais de saúde e compra serviços de saúde (ambulatoriais e especialidade) de prestadores privados para atender os municípios, sendo considerado pelos participantes como uma solução efetiva para responder às demandas desses municípios.

Há, ainda, um conjunto de serviços de fisioterapia, saúde mental e exames que são contratados (para servir ora às regiões, ora aos municípios) de: a) OSS (Itatiba); b) entidades beneficentes (Itapeva, Itarare, Avaré); e c) prestadores de serviços privados (todos).

Há, finalmente, contratos para disponibilizar os serviços do SAMU regional como no caso da região do Vale do Jurumirim, onde os municípios utilizam o Consórcio Intermunicipal AMVAPA para a contratação dos profissionais.

Assim, além dos prestadores tradicionais de média complexidade (Santas Casas e fornecedores privados de exames), está se estabelecendo um novo tipo de prestador, as OSS, que atuam tanto na área ambulatorial e hospitalar quanto na fisioterapia e na saúde mental.

Essa diversidade de formas de contratação espelha um contínuo processo de mudança, em que foram preservados modelos organizacionais e de contratação mais antigos, como os convênios, e se somaram outros, como os consórcios e o contrato de gestão com as OSS. Nessa situação, convivem múltiplos formatos institucionais em variadas modalidades de contratação, criando uma “topografia” de interesses que contribui para a tornar a já difícil gestão da regionalização ainda mais complexa e específica em cada uma das cinco regiões analisadas.

Finalmente, cabe notar que as condições apontadas na literatura como necessárias à implementação da contratualização – presença de um mercado de fornecedores, capacidade de gestão sobre os contratos (planejamento, monitoramento e

⁸ Fazem parte desse consórcio apenas: Holambra, Arthur Nogueira, Cosmópolis e posteriormente Paulínea.

avaliação) e mecanismos que garantem a transparência do sistema – estão presentes, em maior ou menor grau, nas cinco regiões pesquisadas pela presença de um crescente mercado de OSS, das estruturas da SES para gestão de contratos e do Tribunal de Contas do Estado e Ministério Público atuantes, além de controle social.

Os acordos formais e informais que sustentam a gestão regional são formulados a partir de cinco instâncias principais: 1) as secretarias municipais de saúde; 2) a Comissão Intergestores Regional (CIR), que congrega secretários de saúde municipais e gestores estaduais ligados ao Departamento Regional de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde; 3) A Secretaria Estadual de Saúde através, da *Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)* – para os casos de OSS – e da *Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)* via *Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF)* – para os casos de convênios; 4) os consórcios intermunicipais de saúde (CIS); e 5) o Ministério da Saúde, que define diretrizes para o funcionamento dos serviços e dos programas. O DRS e a CIR desempenham papel central como promotoras da conexão entre a realidade regional e prestador, município, CGCSS e CGOF. Os prestadores e os usuários não participam de forma regular de nenhum dos mecanismos de governança regional, embora em vários casos tenha sido reportado que os gestores do AME e do CONSAÚDE vão ao Conselho Municipal de Saúde e à CIR para discutir seu trabalho.

Nos processos de regionalização analisados, chama a atenção a tímida presença de arranjos formais. Temos apenas dois consórcios nessas regiões, sendo que o CONSAÚDE conta com forte apoio estadual. Nesse contexto, o avanço do processo de regionalização tem se mostrado fortemente dependente de convênios e contratos de gestão que a SES tem firmado com as Santas Casas e com os OSS, Fundações e Consórcios. De fato, se tirarmos de cena a presença de tais contratos, restará apenas os arranjos de atendimento definido na Programação Pactuada e Integrada (PPI).⁹

⁹ A PPI é um instrumento em que são definidos os serviços e os recursos para a população de cada município e para a população referenciada, devendo explicitar os compromissos assumidos pelos municípios e entre eles, tanto no Plano Estadual quanto nos Planos Municipais de Saúde. A PPI também define a transferência dos recursos federais correspondentes a esses serviços; ela é feita do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde, onde esses serviços deverão ser prestados. Enfim, trata-se de um instrumento de planejamento dos serviços regionais, em que os municípios estabelecem um pacto para transferir recursos que “pagam” ao outro pela prestação de certa quantidade de serviços.

Discussão

Nota-se um mosaico de formas de contratação nas regiões investigadas, testemunhando diferentes momentos do processo de regionalização que vem acontecendo no estado de São Paulo desde, pelo menos, meados dos anos 1980, assim como apostas em modelos distintos de administração pública. Esse movimento gerou situações como a do Vale do Ribeira, onde atuam, na média complexidade, três prestadores de serviços – APAMIR, CONSAÚDE, OSS São Camilo –, que tiveram sua gênese na cena regional associada a decisões atreladas à política estadual de saúde, a saber, o investimento no hospital filantrópico regional, seguido da aposta no consórcio e, mais recentemente, a preferência pela contratualização. Outra situação que nos remete à história é a do Vale do Jurumirim, onde persiste o modelo regional praticado pela SES nos anos 1980. Lá parte importante dos serviços regionais são oferecidos pelas Santas Casas e pela policlínica, hoje municipalizada e em situação um tanto precária. Já em outras regiões, como Itapeva, certas inovações, que podem alimentar novos arranjos institucionais, vão se delineando, como a Santa Casa ter se qualificado como OSS para gerir o AME da região e, com isso, o hospital e o ambulatório regional terem ficado sob a gestão de um mesmo prestador. Esses arranjos conformam dinâmicas regionais muito diferentes, as quais precisam ser levadas em conta por aqueles que apostam na construção de regiões de saúde que administram um orçamento global para cuidar de forma integral da população que vive na região.

Essa descrição pode parecer banal, mas atentar para o abismo que existe entre esse modelo normativo – da região enquanto uma população, um território e um orçamento que financia o cuidado integral dessa população – e a realidade investigada pode ser um bom ponto de partida para a discussão sobre a relação entre o uso que vem sendo feito, e poderá ser feito, dos contratos nessas cinco regiões e os processos de regionalização que estamos investigando, assim como aqueles que pretendemos fomentar.

Atenção básica

Acredita-se que avanços na atenção básica poderão resolver aproximadamente 85% das necessidades de saúde da população e com isso contribuir para desonerar os serviços de pronto atendimento e de média complexidade (Souza e Peixoto 2017). Nos

últimos anos houve um investimento importante na expansão desse nível de atenção e as poucas avaliações existentes sugerem que, embora esse movimento tenha contribuído para a melhora da saúde, sobretudo entre os mais pobres, ainda há muito o que melhorar, principalmente, em termos de sua resolutividade (PMAQ; Macinko 2007; Guanais e Macinko 2009; Rocha e Soares, 2010; Hone 2017; relatórios da pesquisa “Gestão regional e redes”).

Uma das dificuldades para o avanço da atenção básica é a contratação e a fixação dos profissionais médicos em cidades do interior. Esse é o caso das regiões de Itapeva, Vale do Ribeira e Vale do Jurumirim. No Brasil, o cenário é o de concentração de médicos nas capitais e nas regiões metropolitanas. Segundo um estudo realizado em 2015 pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Scheffer 2015), 55% dos médicos estão nas capitais. Outro impasse é em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que, devido ao baixo orçamento municipal, os municípios pequenos se encontram em situação-limite para a ampliação do quadro de servidores.

Muitos municípios recorrem à contratação indireta, seja para flexibilizar a contratação dos médicos, ampliando o valor da remuneração, seja para não atrelar a contratação à LRF. Como já exposto, a contratação indireta está presente com maiores percentuais nas regiões de Itapeva, Vale do Ribeira e Litoral Norte, onde, em 2015, mais de 10% dos profissionais de saúde que atuavam na atenção básica foram contratados indiretamente.

Apesar de ser um caminho possível, a contratualização de serviços ainda é pouco adotada em vários casos pelo fato de os municípios não contarem com legislação própria para regulamentar OSS, nem, tampouco, possuir capacidade de gestão de contratos. O custo da contratualização, a inexistência de OSS na região e as preferências ideológicas dos gestores também são fatores que pesam nesse cenário.

Finalmente, cabe refletir sobre como a gestão do complexo regional tem impactado na atenção básica. Afinal, se é verdade que o gestor municipal tem incentivos políticos para trabalhar pelo seu aprimoramento e resolutividade, também é verdade que a existência de um sistema regional, com recursos e gestão majoritariamente estaduais, representa um desincentivo a esse aprimoramento. Nesse cenário, onde outro “principal” assume as despesas e a oferta de serviços na média complexidade, não parece de todo absurdo pensar no gestor municipal deixando deliberadamente de ampliar a oferta de serviços na AB e buscando encaminhar seus pacientes o mais

rapidamente possível para o sistema regional. Esse incentivo perverso, que está embutido no sistema, deverá ser disparado ainda com mais frequência em tempos de crise. Ações possíveis para contornar, ao menos parcialmente, essa situação poderão ser empreendidas tanto pelo gestor da média complexidade, o qual tem interesse em desafogá-la, quanto pelo governo federal. Essas ações poderão estar voltadas tanto ao aprimoramento da AB quanto ao estabelecimento de vínculos mais claros entre a transferência de recursos e a remuneração dos serviços adicionais prestados pelos municípios.

Média complexidade

A segunda questão enfocada pela pesquisa é o uso de contratos na média complexidade, a qual continua sendo um gargalo no SUS, com longos períodos de espera, para exames e procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, reportados em todas as regiões pesquisadas. A redução do absenteísmo e a maior eficiência e efetividade desses serviços podem contribuir para um melhor desempenho do sistema regional.

Nesse nível de atenção, os contratos com prestadores de serviços estão mais disseminados do que na atenção básica, cabendo notar uma regularidade: nas regiões que contam com maior proporção de financiamento estadual, respectivamente Vale do Ribeira, Itapeva e Região Metropolitana de Campinas, a proporção de gastos com contratações indiretas, de profissionais e serviços, é mais elevada (CNES; Xavier 2017).

É grande a variação nos tipos de contrato, monitoramento e avaliação existentes nas cinco regiões pesquisadas. Há um modelo mais convencional de convênio praticado, sobretudo, entre as prefeituras e Santa Casa. Nesse modelo, o pagamento é frouxamente atrelado a métricas de desempenho, mas esses contratos têm aos poucos se tornando mais detalhados, e atualmente quase sempre são monitorados por comissões formadas por gestores públicos, prestador e conselheiros de saúde que se encontram trimestralmente.¹⁰ Esses convênios, em geral, são realizados pelo município polo, que recebe alocação de recurso regional através da Programa de Pactuação Integrada (PPI). Esse mecanismo é bastante conflituoso, pois, além de estar desatualizado – seja com

¹⁰ Esses contratos vêm passando por mudanças em um esforço de deixá-los mais próximos de um contrato de gestão, principalmente no tocante aos recursos transferidos através do programa Santa Casa Sustentável. A fiscalização desses convênios também vem se tornando mais exigente. Pela normativa do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), promulgada pelo governo federal em 2014 e que entrou em vigor em 2016 para o estado e em 2017 para os municípios, acirrou o monitoramento e a avaliação dos contratos.

relação ao valor repassado, seja com relação aos tipos de serviços ofertados –, não há transparência na compra e na oferta desses serviços. O município pelo sente-se prejudicado por ter que gerir esses serviços regionais e os municípios que recebem o serviço sempre consideram que não recebem aquilo que deveriam receber. A instância de pactuação desses serviços (CIR) é pouco efetiva para resolver essas questões.

Há os convênios firmados entre a SES e as Santas Casas, através dos Programas Santa Casa Sustentável e Pró-Santa Casa, que também vêm sendo progressivamente atrelados a métricas de desempenho mais bem definidas. Nesse modelo o Estado, através do DRS, atua de forma mais efetiva, sendo responsável por dimensionar número de vagas e distribuí-las para os municípios. Nesses convênios a instância da SES que faz a coordenação central é a CGOF, que não possui tanta expertise em gestão de contratos quanto a CGCSS, que cuida dos contratos de gestão estabelecidos com as OSS.

Por fim, há os contratos de gestão com as OSS firmados pela SES, atrelados também a métricas de desempenho e monitoramento bastante exigentes. No caso dos contratos de gestão de AME, a percepção dos usuários, gestores e prestadores é a de que há maior monitoramento sobre o absenteísmo e se busca alcançar a prestação efetiva do montante de serviços contratados com boa qualidade. Os mecanismos descritos pelos gestores de AME para garantir que as metas sejam cumpridas indicam que há de fato preocupação por parte do prestador em entregar os serviços acordados no contrato.

A maior fragilidade apontada pelos municípios com relação à gestão da SES, é com relação à distribuição das vagas (distribuição per capita) que não corresponde, efetivamente, as reais demandas do município. Ou seja, há desconhecimento, por parte da SES do território e da população que está sendo atendida.

Esse conjunto de contratos, ao explicitar os compromissos entre os gestores e os prestadores, têm, assim, contribuído para que, mesmo em um contexto de baixa institucionalização dos arranjos formais entre entes federativos, a oferta de serviços regionais avance.

Nota-se a centralidade da SES na gestão da média complexidade, na qual existe um sistema regional operando com capacidade de gerir contratos e prestar serviços. Há, no entanto, diferenças importantes entre as regiões pesquisadas. A SES tem atuado como “principal”, sobretudo, em três regiões, Vale do Ribeira, Itapeva e Litoral Norte, cabendo lembrar que nesta última as SMS têm ampliado o leque de serviços de média complexidade que oferecem a seus municípios. Na região metropolitana de Campinas a

SES também tem forte presença, mas em várias situações o município de Campinas parece disputar com ela o lugar de “principal”. Já no Vale do Jurumirim a presença da SES é bem menos expressiva.

Apesar de a contratação indireta ter sido a forma escolhida pela SES para implementar serviços de saúde de média complexidade, essa escolha não tem facilitado a integração desses serviços com a atenção básica. Temos como hipótese que isso é um problema da falta de incentivos que os prestadores de serviços da média complexidade têm para contribuírem tanto com o aprimoramento da atenção básica quanto com o matriciamento. Assim, mesmo havendo interesse por parte do gestor da média complexidade, no caso a SES, em contribuir para a melhoria da AB, pois isso poderia desafogá-la, foi reportada dificuldade em mobilizar os profissionais da saúde para atuarem nesse sentido. Afinal, nesse nível de atenção, diferentemente da AB, quanto mais procedimentos forem oferecidos, mais recursos serão recebidos pelos prestadores, o que pode ser interpretado como um desincentivo para que atuem de forma mais proativa em prol da resolutividade da atenção básica.

Arranjos contratuais e coordenação da regionalização

Finalmente, a terceira questão enfocada pela pesquisa trata dos mecanismos de coordenação e regulação entre a atenção básica e a média complexidade. Essas questões são especialmente delicadas em um sistema em que a atenção básica é responsabilidade dos municípios e a média complexidade deve ser organizada a partir de arranjos que envolvem os governos federal, estadual e os municípios, mas que na prática, nas regiões pesquisadas, é gerida, sobretudo, pela SES.

A CIR e o DRS são atores centrais nos arranjos institucionais no processo de regionalização da saúde. Entretanto, no que tange ao DRS, um tema recorrente identificado na pesquisa foi a falta de estrutura dessas instâncias, sobretudo recursos humanos e de tecnologia da informação, para gerir o processo de regionalização e, em particular, planejar, negociar, monitorar e avaliar os contratos firmados. Adicionalmente, entre os prestadores percebe-se que o DRS deveria ter uma atuação mais proativa no planejamento dos serviços regionais. Essa atuação deveria tanto promover a inclusão dos prestadores no processo de planejamento, facilitando o diálogo entre eles e com os gestores, quanto ampliar a coordenação entre as instâncias da própria SES. Já os municípios menores esperam que o DRS abra espaço para que eles

possam se organizar e defender mais claramente seus interesses, pois para eles os prestadores oferecem os serviços que querem e não aquilo que os municípios precisam.

Com relação à CIR, ela nem sempre é utilizada como um espaço para a resolução de conflitos. Se as reuniões regulares que acontecem entre esses entes no âmbito da CIR testemunham o avanço dos mecanismos de coordenação regional e do projeto de redução das desigualdades entre cidadãos que vivem em municípios com capacidades muito desiguais na área da saúde, também expõem os dilemas de uma realidade onde todos têm direitos iguais de voto, porém as capacidades estatais, os equipamentos de saúde e os recursos de poder estão distribuídos de forma profundamente assimétrica entre a SES, as SMS dos municípios polos e as dos municípios não polos.¹¹ Há muitos relatos de secretários que enviam funcionários, como seus representantes, que não possuem autonomia de decisão, fragilizando as deliberações.

Na CIR todos os municípios têm voto, mas os pequenos municípios não se cansam de lembrar que não têm poder para definir o que será oferecido pelos equipamentos regionais ou para exigir desempenho dos prestadores que atendem seus municípios. Para eles, os serviços regionais deveriam responder às necessidades do município, mas teriam se autonomizado e atuariam dentro da sua própria lógica. Já para o município polo e para a SES, a percepção é outra, eles investem mais do que lhes cabe e os municípios não investem seja na resolutividade da atenção básica, seja na formação de recursos humanos qualificados para atuarem na regulação, o que acaba gerando desperdício dos escassos recursos disponíveis. Essas visões expressam bem a perspectiva dos diferentes “principais” envolvidos no processo de regionalização.

Os municípios respondem pela AB e demais serviços que possam prestar a seus municípios, mas se estes precisam de procedimentos mais complexos são encaminhados para um sistema que está fora do controle das SMS. Nesse sistema as SMS perdem seus municípios de vista, e não detêm recursos com os quais possam barganhar o controle sobre o que acontece com eles. Já a SES recebe municípios com diagnósticos errados, com tratamentos inadequados, com exames de má qualidade e uma quantidade de casos que poderiam ter sido resolvidos pelos municípios. Além desse descompasso entre os

¹¹ O termo “município não polo” foi proposto, discutido e validado por Carolina Cavanha de Azeredo Santos na tese “Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir da perspectiva de municípios não polo: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas”. EAESP, FGV 2017.

sistemas, há problemas nos mecanismos de articulação entre eles, existem os responsáveis pela regulação municipal, que devem encaminhar seus pacientes para o sistema regional, e existe a CROSS,¹² responsável pelo sistema de regulação regional, sendo o encaixe entre ambos responsabilidade do DRS. Não faltaram testemunhos, colhidos durante as entrevistas, sobre os problemas desse sistema, no qual em muitos casos o agente municipal não é capacitado para realizar procedimentos de regulação, a CROSS desconhece a realidade local e o DRS não tem sido capaz de atuar no sentido de administrar os descompassos entre a oferta regional e as demandas municipais. A diversidade de atores envolvidos na gestão regional torna o arranjo institucional¹³ complexo.

A despeito de todas essas dificuldades, é inegável que os cidadãos das regiões visitadas buscam e recebem atendimento em serviços que atendem local e regionalmente. Nesse sentido há um sistema, ainda que precário, operando nas regiões visitadas. E, como vimos, os contratos têm um papel importante em garantir o atendimento às necessidades desses cidadãos. Há, no entanto, um problema estrutural: não há um “principal” com capacidade de contratar, planejar, monitorar e avaliar o conjunto dos serviços de saúde presentes em uma região. Há vários “principais” com capacidades muito desiguais e projetos nem sempre coincidentes. Nesse contexto, que outras contribuições para o desenvolvimento dos sistemas regionais podem ser esperadas dos contratos?

Em uma tentativa de contribuir para esse debate, ratifica-se aqui a importância da definição de um “principal” para gerir o conjunto de equipamentos da região e facilitar a organização de arranjos mais colaborativos entre os entes federados.

Um caminho possível para pensar em um sistema regional gerido por um “principal” seria a expansão do consorciamento entre municípios, de forma a imprimir

¹² A regulação dos serviços estaduais é realizada através da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). A CROSS é um serviço da SES gerido da OSS Seconci. Ela opera a partir das demandas dos municípios, das definições dos DRS e das vagas disponibilizadas pelos serviços de saúde.

¹³ Pires e Gomide (2014: 14) compreendem os arranjos institucionais como “as regras específicas que os agentes estabelecem para si nas suas transações econômicas ou nas suas relações políticas e sociais particulares”. Dessa maneira, tais arranjos instituem as normas das relações, objetivos e atores que participarão do processo. Analisando diferentes políticas, Lotta e Favero (2016: 183) argumentam que “nos últimos anos o Governo Federal brasileiro tem experimentado uma variedade de arranjos institucionais cujo objetivo é construir políticas públicas efetivas em um contexto territorial como o brasileiro”. Dentre os componentes desses arranjos, os autores destacam a “busca de enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas”.

um arranjo institucional mais cooperativo, uma maior coordenação das ações por meio de um processo participativo que garanta a autonomia dos entes federativos.

Um desafio importante para o avanço desse modelo seria a redefinição do papel da SES, que hoje tem não só interesses políticos na cena regional como também detém mais conhecimento sobre a gestão da média complexidade e da contratualização no estado.

Os contratos podem contribuir para o avanço dos consorciamento não só ajudando na definição das obrigações e dos direitos dos consorciados, como também promovendo a integração da rede. Afinal, contratos de gestão entre o consórcio podem versar tanto sobre a contratação de prestadores de serviços – tanto de média complexidade quanto de atenção básica – quanto sobre a própria gestão do sistema regional. A experiência da CGCSS no uso de contratos de gestão com prestadores pode vir a servir de plataforma orientadora para que esses consórcios organizem a gestão regional.

Nessa linha, é possível pensar que os consórcios poderiam contratar um ou vários prestadores, que poderiam se responsabilizar tanto pela gestão de equipamentos de média complexidade como, ainda, pela atenção básica. Elas poderiam ser responsáveis, também, por gerir a integração entre ambas. Ou seja, a própria integração da rede pode vir a ser objeto do contrato. Esta possibilidade apesar de atraente não autoriza grandes expectativas uma vez que há uma tímida presença dos consórcios nas regiões pesquisadas.

Considerações finais

Em 2015, no estado de São Paulo, dos profissionais ligados a serviços públicos, 28,5% dos que atuavam na atenção básica e 32,4% dos que atuavam na média complexidade eram contratados indiretamente. Em 2012, 223 dos 645 municípios no estado de São Paulo recorriam a esse tipo de contratação, em 2014 já eram 318 (CNES 2012-15). Esses números apontam para o uso crescente que vem sendo feito da contratação indireta no estado. Os trabalhos que discutiram esse movimento no Brasil apontaram para resultados positivos associados ao volume de serviços prestados, à eficiência e até mesmo, em alguns casos, à qualidade alcançada por aqueles que adotaram contratos de gestão. O uso crescente dos contratos e sua relação com os processos de regionalização foi, no entanto, pouco estudado. A pesquisa apresentada,

realizada nas regiões de Itapeva, Vale do Ribeira, Litoral Norte, Vale do Jurumirim e Região Metropolitana de Campinas, traz, assim, uma contribuição importante ao descrever os tipos de contratos que estão sendo usados tanto na atenção básica quanto na média complexidade e discutir sua contribuição para o funcionamento dos sistemas regionais de saúde.

Parte da literatura que se debruça sobre o uso de contratos na gestão pública chama a atenção para as condições que devem estar presentes – quais sejam a presença de um mercado de fornecedores capaz de garantir a competição entre prestadores, assim como de capacidades estatais necessárias para planejar, definir, monitorar e avaliar o trabalho desses prestadores – para que seu uso possa gerar os resultados prometidos pela Nova Administração Pública. Essas promessas são, sobretudo, estimular a competição entre prestadores e a transparência e, com isso, contribuir para ampliar a eficácia e a efetividade na prestação desses serviços.

Enfim, sugere-se que, para que os contratos “funcionem”, é preciso haver um “principal” que detenha os recursos necessários para desempenhar o papel de gerenciador do contrato e que possa introduzir premiações e punições críveis caso os “agentes” o descumpram, bem como gerir os diversos atores envolvidos por meio de arranjo institucional mais colaborativo. Seguindo essa literatura buscamos, ao longo da pesquisa, identificar se essas condições estavam presentes; entender como gestores, prestadores e usuários avaliam o uso dos contratos; e, ainda, refletir sobre outras formas de utilizar os contratos que possam vir a contribuir para aprimorar os processos de regionalização em curso nas regiões do estado de São Paulo. O material apresentado nas seções anteriores mostra que essas condições aparecem de forma muito desigual nas regiões pesquisadas, o que contribui para a conformação de contextos complexos que colocam vários outros desafios, seja ao sucesso dos contratos, seja à regionalização, seja ampliando a desigualdade na prestação de serviço público de saúde.

No caso da atenção básica, os municípios têm feito amplo uso da contratação de profissionais de saúde, sobretudo médicos. Não há praticamente contratualização do serviço, isto é, estabelecimento de um contrato entre a administração pública e o prestador onde estejam previstas metas, indicadores e resultados a serem alcançados, bem como mecanismos de sanção. Com isso, restringe-se a contribuição que poderia ser dada pelos contratos, pois eles ampliam a governabilidade dos gestores sobre os profissionais de saúde, não sobre a atenção básica como um todo. Para ampliar o uso da

contratualização nos municípios, será necessário que estes contem com legislação própria para regulamentar OSS, assim como com expertise na gestão de contratos, o que ainda é incomum.

Na média complexidade, chama a atenção o papel da SES como prestador e articulador regional, cabendo notar que a contratação indireta está mais disseminada nas regiões que contam com maior proporção de financiamento estadual, respectivamente Vale do Ribeira, Itapeva e Região Metropolitana de Campinas. O uso de contratos nesse nível de atenção está bem disseminado e são várias as modalidades de contrato em uso. Há contratos tanto entre as prefeituras e Santas Casas quanto entre estas e a SES, e esta e as OSS. Nesse contexto, a experiência da CGCSS na contratação de OSS é inovadora ao definir metas e indicadores que têm mobilizado os prestadores a “baterem a meta”. Esse conjunto de contratos, ao explicitarem os compromissos entre gestores e prestadores, tem contribuído para que a regionalização avance, mesmo em um contexto de baixa institucionalização dos arranjos formais entre entes federativos.

O sistema de coordenação e regulação entre a atenção básica e a média complexidade cabe institucionalmente aos municípios e ao estado, sendo o DRS/SES responsável pela sua articulação. Nas seções anteriores foram descritas as dificuldades associadas à presença de incentivos contraditórios e até mesmo perversos associados à presença desses vários “principais” na cena regional. Municípios sentem que não têm poder sobre a média complexidade, enquanto estado e municípios pelo queixam-se da falta de resolutividade e qualidade dos sistemas municipais. Adicionalmente, enquanto os municípios se sentem “roubados”, os polos se sentem “invadidos”. Para mitigar esses problemas, tem-se como hipótese que o incentivo ao consorciamento poderia facilitar a criação de arranjos colaborativos e a integração entre os serviços. Nesse sentido, o contrato aparece como instrumento que pode vir a contribuir para o equacionamento daquilo que é hoje um dos maiores “nós” da regionalização, a saber, o “encaixe” entre a atenção básica e a média complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F.; Franzese, C.; Sano, H. **Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios**. In: Cunha, A. S.; Medeiros, B. A.; Aquino, L. C. (Orgs.). Estado, instituições e democracia: República. Brasília, DF: IPEA, 2010. v. 1, p. 177-212.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/Privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. **Organizações Sociais de Saúde: A Experiência Exitosa de Gestão Pública do Estado de São Paulo**. São Paulo, Secretaria do Estado de Saúde, 2007.
- CHI, Y-L.; HEWLETT, E. Brazil: São Paulo: Social Organizations in health. In: CASHIN, C.; CHI, Y-L.; SMITH, P.; BOROWITZ, M.; THOMSON, S. **Paying in Performance for Health Care**. Open University Press: Berkshire, England, 2014.
- COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS. Um estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Dados** [online], v.59, n.3, p.867-901, 2016.
- COSTA E SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1365-1376, 2016
- Di PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública. 4. ed. São Paulo:Atlas, 2002.
- FRANZESE, C. **O Governo do Estado de São Paulo e as organizações sociais: tensões entre autonomia e controle**. XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia, 30 oct. - 2 nov., 2012
- GOMES, EDUARDO GRANHA MAGALHÃES. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Administração Pública e Governo da FGV/EAESP, 2009.
- GONTIJO, L. T.; DONNINI, O.; RIBEIRO, J. M. & CUNHA, J. P. Penápolis: Sete cidades e uma história em comum. **Revista Espaço para a Saúde**, n.3, p.11-13, 1994
- GREVE J e COELHO VS. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**. Vol 32, No.7

pp923-933czw176. Oxford University Press, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1093/heapol/czw176>

GUANAIS F; MACINKO J. Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. **J Ambul Care Manage**; 32(2):115-22, 2009.

HONE T; RASELLA D; BARRETO ML; MAJEED A; MILLIET C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, May, 2017.

IBAÑEZ, N; VECINA NETO, G. Management Models and Brazil's National Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

IRELAND, M; CAVALINI, L; GIRARDI, S; ARAUJO, E.C; LINDELOW, M. Expanding the primary health care workforce through contracting with nongovernmental entities: the cases of Bahia and Rio de Janeiro. In: **PubMed** [Online], 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26887693>. Acessado em: janeiro de 2017.

LAFORGIA, G; COUTTOLENC, B. **Hospital Performance in Brazil. The Search for Excellence**. Washington D.C., The World Bank, 2008

LIMA, L. D.; VIANA, AL d'Ávila; MACHADO CV; ALBUQUERQUE MV; OLIVEIRA RG; IOZZI FL; SCATENA JHG; MELLO GA; PEREIRA AMM; COELHO APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, nov, 2012.

LIMA, A.P.G.; PASTRANA, R. M. Articulação de municípios em consórcios intermunicipais de saúde: uma inovação dentro do SUS. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva** [CD-ROM]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. **Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil**. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, Mar. 2016.

MACINKO, James et al. Going to Scale with Community-based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science and Medicine**, nº 65, pp. 2070-2080, 2007.

MARCHILDON, G.P. Understanding Equalization: Is it possible? **Canadian Public Administration**, v. 48, n. 3, p. 420-428, 2005.

MATZUDA, Y.; RINNE, J.; SHEPHERD, G.; WENCESLAU, J. Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and Curitiba. **En Breve**, 116, p. 1-4, 2008.

MÉDICI, A. Propostas para Melhorar a Cobertura, Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde". In: E. L. Bacha; S. Schwartzman (orgs.), Brasil: **A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro, LTC, 2011, p. 23-93.

MENDES RIBEIRO, José; COSTA, Nilson do Rosário. (2005), **Mecanismos de Governança e Modelos Alternativos de Gestão Hospitalar no Brasil**. Relatório de Consultoria para o Banco Mundial. Rio de Janeiro, Fiocruz/ENSP.

OLIVEIRA, V. Municípios Cooperando com Municípios relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. In: **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 107-122, jan./jun. 2008

PIRES, R. R. C.; Gomide, A. de A. **Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 2014. PEIXOTO MP. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: perspectivas e avaliação de algumas experiências**. Brasília: OPAS e Ministério da Saúde, 2000.

PERDICARIS, P. R. **Contratualização de Resultados e Desempenho no Setor Público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo**. Tese de doutorado. Escola de Administração de Empresas, FGV, 2012

PAHIM, Maria Luiza L. **Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: Inserção Privada no SUS e Gestão Financeira do Modelo pela Secretaria de Estado da Saúde**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08122009-185716/pt-br.php>. Acessada em julho de 2011

QUINHÕES, T. A. **O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente**. Brasília, Prêmio Tesouro Nacional Euclides, 2009.

ROCHA R e SOARES RR. Evaluating the impacto f community-based health interventions: Evidence from Brazil's Family Health program. **Health Econ**; 19(Suppl):125-58, 2010.

ROCHA, C. V. **A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná.** Cad. Metrop., São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399, Dec. 2016.

RODRIGUES, R.C.; BITTAR, O.; MAGALHÃES, A.; MENDES, J.D.V. Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. IN: **RAS**, v. 16, n. 65, 2014

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22(4), p. 1193-1207, 2017

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando L. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: O Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SOUZA DK e PEIXOTO SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.26 n.2 Brasília jun. 2017
<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200006>

TOUATI, N.; ROBERGE, D.; DENIS, J-L; PINEAULT, R.; CAZALE, L.; TREMBLAY, D. Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization. **Healthcare Policy**, v. 2, n. 3, p. 97-114, 2007.

VIANA, A.L.A; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, n.15. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf. Acessado em julho de 2017.

VIANA, A.L.; LIMA, L.D (org). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

Scheffer, Mário (Coord). **Demografia médica no Brasil 2015.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

SHROFF, Z. C.; BIGDELI, M.; MEESEN, B. From Scheme to System (Part 2): Findings from Ten Countries on the Policy Evolution of Results-Based Financing in Health Systems. In: **Health Systems & Reform**, v. 3, n.2, p. 137-147, 2017

XAVIER R. **Relatórios de pesquisa Gestão Regional e Redes**, 2017.