



13

NOVOS CAMINHOS

Contratação de serviços e regionalização

REGIÃO e REDES
CAMINHO DA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

NOTA TÉCNICA

Contratação de serviços e regionalização

Vera Schattan P. Coelho

COELHO, V.S.P. **Contratação de serviços e regionalização**. Novos Caminhos, N.13. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). Disponível em www.regiaoeredes.com.br

Este artigo apresenta resultados dos projetos "Equidade e Contratualização de Serviços no SUS" financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp); processos Fapesp 2011/20641-5 e Fapesp 2013/07616-7 realizados no âmbito do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do CEBRAP e do Centro de Estudos da Metrópole (CEM), "Regionalização e Contratação de Serviços" com financiamento da CAPES, 2015/16, realizado no âmbito do PPG em Políticas Públicas da UFABC e "Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil" com financiamento do CNPq. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas são de responsabilidade da autora.

Foto da capa: Leroy Skalstad

FEVEREIRO/2017

SUMÁRIO

O processo de regionalização envolve múltiplos atores e dimensões técnico-políticas. Nesta Nota Técnica perguntamos *se e como* a contratação indireta de serviços, isto é, o envolvimento do setor privado e filantrópico na prestação de serviços públicos, pode contribuir para o avanço da regionalização no SUS. Para tanto, recuperamos o histórico de adoção desse tipo de contratação enfocando, sobretudo, o Estado de São Paulo. A seguir, revisitamos a literatura que tem discutido as possibilidades e riscos desse tipo de contratação e apontamos para a lacuna de estudos que investiguem a relação entre contratação indireta e regionalização. Finalmente, propomos uma linha de pesquisa que investigue essa relação e apresentamos os resultados de um levantamento exploratório realizado na Região de Barretos Norte.

CONTRATAÇÃO INDIRETA DE SERVIÇOS

No Brasil, nos anos 1990, cresceu o debate sobre a possibilidade de ampliar a eficiência e a efetividade da gestão pública a partir de uma distinção mais adequada entre o público e o estatal. Na base deste debate está a ideia de ser necessário distinguir a provisão de serviços públicos (uma clara atribuição do Estado), da produção desses serviços (uma atribuição vinculada não tão evidentemente ao Estado e que pode ser garantida através da contratação tanto direta quanto indireta de serviços) (Savas, 1987). Para os defensores desta ideia, entidades sem fins lucrativos (Organização Não Governamental – ONG, Organização Social de Saúde – OSS e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP) ou mesmo entidades privadas poderiam prestar serviços públicos. Esse movimento reflete tendências internacionais disseminadas pela Nova Administração Pública², bem como a expansão das organizações da sociedade civil a partir da redemocratização do país e da descentralização e, ainda, as dificuldades encontradas pelos governos na prestação direta de serviços públicos (Mills, 1998; Graef e Salgado, 2009, Coelho 2016).³

No período também cresceu o debate sobre a necessidade de modernizar a administração do setor público, e sobre a contribuição que contratos de gestão poderiam dar tanto para a promoção de maior transparência nas relações entre gestores e prestadores estatais quanto para ampliar a eficácia na prestação de serviços públicos. Essa agenda estava presente em diversos governos, tendo a França implementado já nos anos 1990 os contratos de gestão com centros de serviços públicos

² A Nova Administração Pública é uma linha de pensamento originária da junção dos princípios do gerencialismo com noções do campo teórico da microeconomia (Domberger e Jensen, 1997).

³ Essas dificuldades decorrem da rigidez da estrutura normativa da Administração Pública, que conta com um regime único de pessoal e de compras e contratações, além de formas de gerenciamento iguais para todo seu conjunto de órgãos e entidades, independentemente das competências que cada um exerce.

“responsáveis”, os quais deveriam formular claramente seus objetivos, além de adotar métodos de avaliação dos resultados (Barbosa, 1996).

No caso do Brasil, na área da saúde, há vários modelos de contratação para prestação de serviços públicos sendo praticados simultaneamente (Viana e Lima 2011; Lima et al 2016). Eles incluem a prática, por exemplo, de contratos de gestão em hospitais públicos geridos por funcionários públicos; contratos de gestão em hospitais e centros de saúde públicos geridos por OSS; convênios para fornecimento de profissionais de saúde; contratos com autarquias ou fundações públicas; e contratos com profissionais de saúde.^{4,5}

No Estado de São Paulo, o governo editou, em 1998, a Lei Complementar 846 que dispõe que para obter a qualificação como OS, para atuar em atividades de saúde e cultura, é necessário atender a requisitos como: a adoção de regras estatutárias sobre a delimitação do objeto social, o modo de funcionamento e as instâncias decisórias da pessoa jurídica, e a comprovação de experiência anterior no desempenho da mesma atividade. Após a verificação, a entidade dependerá de parecer favorável do Secretário de Estado para sua qualificação (Galvão et al 2009).

A OS pode constituir parceira com o setor público através de contrato de gestão. O contrato deve conter programa detalhado de trabalho, metas a serem atingidas, produtos, comissão e sistema de

⁴ A lista dos tipos de prestadores utilizada pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (sai) inclui: administração direta da saúde (órgãos do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde); administração indireta (autarquias, fundação pública, empresa pública, organização social); empresa privada; fundação privada; cooperativa; serviço social autônomo; entidade beneficente sem fins lucrativos; economia mista e sindicato.

⁵ No convênio, um órgão da administração pública repassa recursos a uma organização privada não lucrativa, que se compromete a realizar ações constantes do plano de trabalho e, posteriormente, a prestar contas da aplicação de tais recursos. Segundo Di Pietro (2000), o convênio não constitui modalidade de contrato, embora seja um instrumento que o Poder Público utiliza para associar-se a outras instituições. Já os contratos de gestão com OS procuram introduzir uma nova lógica na relação entre gestores públicos e prestadores baseada na possibilidade dessas organizações gerenciarem equipamentos e prestarem serviços públicos recebendo financiamento estatal liberado a partir do controle por resultados (MARE 1997).

avaliação de desempenho por critérios objetivos, previsão de receitas e despesas, utilização de regulamento próprio para compra de bens e serviços, obrigação de prestação de contas e fiscalização externa. O acompanhamento é realizado por comissões de avaliação e há, também, o controle realizado pelo Tribunal de Contas do Estado (Instrução TCE 04/98). A lei prevê, ainda, o seu acompanhamento pelo Conselho Estadual de Saúde (Galvão et al 2009).

Em 2016, 37 OSS estavam cadastradas pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo como gestoras de Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Esses equipamentos são responsáveis pelo atendimento da demanda regional. Segundo dados do Cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015), dos profissionais de saúde que atuavam na média complexidade do setor público, 33,9% foram contratados indiretamente. Ou seja, no Estado de São Paulo boa parte da oferta de serviços regionais está sendo organizada a partir de serviços contratados de forma indireta.

A contratação indireta, tanto através de convênios quanto de contratos de gestão, também avançou nos municípios do Estado. A partir de 2001, em especial, o município de São Paulo passou a se valer dos convênios para garantir a expansão do PSF, tendo o mesmo acontecido em outros municípios do Estado (Dowbor e Houtzager, 2014; Coelho, Szabzon e Dias, 2014). Em 2014, 318 dos 645 municípios do Estado haviam adotado em algum grau a contratação indireta na atenção básica. Em 2015, 28,5% dos profissionais que atuavam nos serviços públicos de atenção básica eram contratados indiretamente (Coelho 2016).

Esse quadro mostra que a contratação indireta está presente na organização dos serviços oferecidos tanto pelos municípios quanto pelo Estado de São Paulo. Com isso, novas dinâmicas vêm sendo introduzidas nos processos de estruturação das regiões de saúde do Estado. Na próxima seção apresentamos o debate que vem sendo travado nacional e internacionalmente acerca desse tipo de contratação e, a seguir, propomos uma investigação mais cuidadosa sobre como essas dinâmicas vêm impactando a regionalização.

O DEBATE

A contratação indireta suscita ampla controvérsia ideológica, política, econômica e jurídica seja no Brasil, seja internacionalmente. Entre os que a defendem argumenta-se que a prestação privada de serviços é mais eficiente, transparente e sustentável. Estes, valendo-se em muitos casos dos princípios norteadores da Nova Administração Pública, alegam que faltam incentivos para estimular a eficiência do setor público, o qual tem, via de regra, objetivos muito amplos e mal definidos, o que ajudaria a explicar seu desempenho insatisfatório. Em contrapartida, tanto a quebra do monopólio do Estado sobre a oferta de serviços públicos quanto o uso de contratos poderiam estimular a competição entre prestadores e a transparência e, com isso, contribuir para ampliar a eficácia e a efetividade na prestação destes serviços. O modelo se assenta basicamente em elementos como flexibilização de regras e introdução de controle por resultados, criação de mecanismos de mercado ou quase-mercado na produção e distribuição de serviços públicos, orientação para o usuário/cliente e estabelecimento de mecanismos de *accountability* (Mills, 1998, Coelho, 2016).

Já aqueles que se posicionam a favor do setor público argumentam que este promove maior equidade e é mais focado em evidências (Basu et al., 2012). Entre estes estão os sindicatos de servidores públicos e os partidos de esquerda que, com frequência, chamam a atenção para os riscos de contaminação da administração pública pela lógica do lucro, assim como para o fato de que muito foco em incentivos financeiros pode diluir as motivações dos profissionais de saúde associadas a *status* e altruísmo (López-de-Silanes, Shleifer e Vishny, 1997). Já England (2004) aponta para outros riscos associados à adoção da contratação indireta, quais sejam, a possibilidade de inflar custos administrativos e um risco maior de corrupção, tanto em relação à seleção dos fornecedores quanto à gestão dos contratos.

Um outro grupo de estudos chama a atenção para as precondições necessárias à implementação da contratação indireta, a saber: 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 (Walsh, 1995). Pahim (2009), analisando os primeiros anos da implementação das OSS paulistas, concluiu que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo não foi capaz de construir parâmetros para balizar os repasses financeiros às entidades privadas de forma compatível com a noção de gerenciamento por resultados, o que se constitui como a base do contrato de gestão.

O desafio de avaliar a contribuição da contratação indireta para o sistema de saúde foi enfrentado, no Brasil, pelos autores que analisaram a contribuição dos contratos de gestão à prestação de serviços hospitalares (Mendes Ribeiro e Costa, 2005; Barradas e Mendes, 2006; World Bank, 2006; Ibanez e Vecina Neto, 2007; LaForgia e Couttolenc, 2008; Sano e Abrucio, 2008; Quinhões, 2009; Pahim, 2009; Barbosa e Elias, 2010; Médici, 2011). Essas análises mostraram que a maior flexibilidade operacional das OSS tende a resultar em um crescimento do volume de serviços prestados. Esses ganhos foram interpretados como associados ao fato de as OSS 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). O estudo de Médici (2011) aponta para ganhos de eficiência alcançados pelas OSS ao reduzirem o gasto por procedimento (ampliação das taxas de leitos ocupados e redução do custo dos serviços). Para Médici, esses ganhos 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.

Em paralelo ao acirrado debate sobre as vantagens e desvantagens da contratação indireta, também vem crescendo o debate em torno da regionalização. Neste caso, diferentemente do que acontece com a contratação indireta, há consenso em torno da importância de se avançar nesse processo, tendo a discussão se centrado nos fatores que explicam porque a regionalização avançou mais em algumas regiões de saúde do que em outras.

Os diferentes graus de regionalização foram associados às diferenças relativas tanto às condições de saúde da população e capacidades locais dos sistemas de saúde quanto à forma de organização dos mecanismos de negociação intragovernamental. Essas diferenças influenciariam diretamente o funcionamento das instâncias responsáveis pela gestão da regionalização, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e os Colegiados de Gestão Regional (CGR), permitindo que uns contribuíssem de forma mais efetiva que outros para a organização de sistemas regionais de saúde (Tanaka e Melo 2002; Mendes 1998; Farah 1997; Viana et al 2011; Ianni 2012; Lima 2012; Santos 2014).

Destacando a importância das instâncias de gestão da regionalização, Viana et al (2011) apontam para a centralidade dos Planos Estaduais de Saúde (o que inclui o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos) e a influência das capacidades estatais e dos interesses políticos sobre o uso mais ou menos efetivo que é feito destes instrumentos. Ianni (2012) por sua vez evoca Abrucio para destacar a importância dos determinantes políticos no avanço dos processos de regionalização: "Uma agenda de longo prazo para reformar a gestão pública brasileira depende, como em qualquer outro campo de políticas públicas, não só de ideias e análises. Acima de tudo, é preciso constituir coalizões" (Abrucio 2007; pp:95). Lima et al (2012) apontam para a relevância das Secretarias de Estado de Saúde (SES) na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional; a criação de novas instâncias de coordenação federativa (Colegiados de Gestão Regional) e a introdução de novos atores (governamentais e não governamentais). Nas conclusões chamam a atenção para o fato de que "podem atuar como elementos decisivos na regionalização, 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 (por exemplo, consórcios de saúde e contratos de gestão) (Lima et al 2012 pp:2889).

Esse breve apanhado da literatura sobre regionalização aponta para a concentração da produção acadêmica sobre as regiões de saúde, sobretudo, nas instâncias de gestão desse processo. Menor atenção foi dirigida pelos pesquisadores ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP, acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde) e ao recurso crescente que governos municipais, estaduais e federal têm feito, sobretudo no Estado de São Paulo, das OSS, através dos convênios e contratos de gestão, para agilizar a prestação de serviços em equipamentos como, por exemplo, as AMES, UPA e CROSS, os quais desempenham um papel importante na estruturação das redes regionais. Dirigir maior atenção às relações que se estabelecem entre autoridades sanitárias e prestadores de serviços de saúde e a como essas relações podem influenciar o processo de regionalização do SUS deverá contribuir para ampliar o foco e enriquecer as análises sobre o processo de regionalização.

Esta revisão da literatura aponta para o acirrado debate que existe em torno da contratação indireta, ao mesmo tempo em que mostra a ausência de uma problematização sistemática sobre a relação entre contratação de serviços e regionalização, uma área em que o uso dos contratos vem avançando. No sentido de cobrir esta lacuna propomos, na próxima seção, um estudo que enfoque a relação entre a contratação indireta e o processo de estruturação das regiões de saúde no Estado de São Paulo.

CONTRATAÇÃO INDIRETA E REGIONALIZAÇÃO

Na contratação indireta há uma separação mais nítida entre os que são responsáveis pelo planejamento, monitoramento e avaliação daqueles que se ocupam da sua execução. Essa separação, ao responsabilizar o gestor pela definição dos contratos, pode estimulá-lo a conhecer de forma mais aprofundada a realidade regional, bem como a utilizar instrumentos de gestão que promovam maior aderência entre os serviços prestados e as necessidades regionais. A definição de objetivos bem definidos e a necessidade de alcançá-los para receber pelos serviços prestados pode, por sua vez, motivar os prestadores e estimulá-los a promoverem inovações. Para testar a plausibilidade desses pressupostos normativos formulamos três hipóteses para orientar estudos de caso que investiguem a relação entre contratação indireta e regionalização:

H1: O uso de contratos potencializa o alinhamento entre gestores e prestadores em torno dos objetivos da regionalização

H2: Esse alinhamento será facilitado na presença de gestores públicos com capacidade efetiva de desempenhar as funções de planejamento, acompanhamento, avaliação e arbitragem

H3: Esse alinhamento será facilitado na presença de organizações prestadoras de serviços alinhadas com os princípios do SUS.

A plausibilidade dessas hipóteses deverá ser testada a partir de estudos de caso desenvolvidos em quatro etapas em diferentes regiões de saúde do Estado.

Em uma primeira etapa será consultado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tendo em vista caracterizar o grau de uso de contratos indiretos nas várias regiões de saúde do Estado. Esse levantamento deverá orientar a seleção das regiões do estudo.

Em uma segunda etapa será feita uma descrição densa do uso de contratos nos processos de regionalização sob investigação. Será dada especial atenção ao perfil dos sistemas municipais e regionais quanto às suas estratégias de contratação de serviços de saúde. Serão entrevistadas autoridades sanitárias, gestores de equipamentos de saúde geridos diretamente, gestores de entidades filantrópicas conveniadas, gestores das OSS e usuários do SUS, buscando entender as escolhas feitas no sentido de ampliar o uso de convênios e contratos de gestão na região de saúde, bem como às dinâmicas de gestão desses contratos. Para tanto, foram desenvolvidos cinco questionários: um para ser aplicado aos gestores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), um para ser aplicado aos gestores municipais, um para ser aplicado aos gerentes de unidade de saúde, um para ser aplicado aos gestores das OSS e um para ser aplicado aos usuários. Estes questionários buscam identificar as inovações introduzidas pelo processo de contratualização nas relações que existem entre os gestores e prestadores das unidades; bem como sobre a capacidade de gestão sobre a referência e contrarreferência de pacientes entre diferentes equipamentos de saúde.

Em uma terceira etapa será feita uma comparação sistemática entre as regiões, a forma e o grau em que estão se valendo dos contratos indiretos e uma análise detalhada sobre os conflitos referentes ao uso da contratação indireta, bem como à forma com que foram encaminhados.

Na quarta etapa testaremos a plausibilidade das três hipóteses que orientam o estudo, buscando identificar mecanismos de contratação de serviços que têm contribuído para ampliar a capacidade de gestão sobre a regionalização e tornar os serviços mais responsivos às necessidades dos usuários.

ESTUDO EXPLORATÓRIO

Na região de Barretos Norte tivemos oportunidade de testar os questionários e fazer uma primeira aproximação com a realidade regional. A seguir apresentamos os achados dessa etapa e os discutimos à luz das hipóteses propostas.

H1: O uso de contratos potencializa o alinhamento entre gestores e prestadores em torno dos objetivos da regionalização

Em Barretos Norte encontramos quatro situações onde há uso de contratos para gerir equipamentos. A primeira é a contratação, pela Secretaria de Saúde do Estado (SES), da Fundação PIO XII, que gerencia dois AMEs na região. A segunda é a contratação pela Secretaria de Saúde do Estado de vagas junto a um equipamento de média complexidade de Barretos. A terceira é a contratação por um município pequeno de profissionais para atuarem nos seus equipamentos de saúde, bem como de serviços de urgência e emergência junto à Santa Casa da região. A quarta é a centralização e distribuição das vagas regionais pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

O gestor da SES afirmou que a contratação de OSS tem facilitado a conversão de vagas de uma especialidade onde passa a haver excesso de oferta para outra onde há escassez. A centralização, pela SES, da distribuição das vagas dos serviços que atendem regionalmente, a qual foi acompanhada da contratação de OSS para gerir esse serviço, foi apontada como fator importante para ampliar a transparência sobre esse processo, tornando mais claro o que é oferecido e para quem. O gestor municipal se mostrou entusiasmado com os resultados que obteve tanto na contratação de médicos quanto no encaminhamento pacientes. Esses relatos sugerem que os gestores entrevistados

reconhecem no uso de contratos a possibilidade de garantir maior flexibilidade e transparência sobre o que é contratado e, também, maior poder de negociação diante dos prestadores de serviços.

Essas evidências preliminares mostram que os contratos podem contribuir para explicitar as demandas dos municípios, bem como o que é ofertado. Eles também permitem flexibilizar e dinamizar a contratação de profissionais, o que deve contribuir para ajustar melhor a oferta à demanda por especialidades. Esses achados sugerem relações positivas entre, por um lado, contratação de serviços e, por outro, flexibilidade, transparência, e controle sobre o prestador, indicando ser adequado manter a primeira hipótese para que possa ser explorada em maior profundidade na próxima etapa do estudo.

H2: Esse alinhamento será facilitado na presença de gestores com capacidade efetiva de desempenhar as funções de planejamento, acompanhamento, avaliação e arbitragem

Na região de Barretos Norte, a SES aparece como o ator que tem maior protagonismo na organização dos serviços regionais. A CROSS agenda as vagas. O Departamento Regional de Saúde (DRS) distribui as vagas entre os municípios. A Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) estipula as metas e o valor do contrato e monitora e avalia sua execução.

Há, por parte da Fundação Pio XII, uma grande preocupação em cumprir as metas acordadas no contrato, pois o não cumprimento implica penalidade financeira. A CGCSS, além de avaliar o cumprimento das metas de produção e qualidade, classifica as AME e apresenta comparativos sobre o desempenho das diferentes organizações que atuam no Estado. As AME da Fundação foram classificadas como 1º (AME Cirúrgica) e 4º melhores AME (Clínica) do Estado.

A CGCSS realiza uma reunião trimestral com cada AME para acompanhar o andamento do contrato. O DRS organiza uma reunião mensal com a Fundação onde são expostas as dificuldades. A cada três meses a gerente da OSS vai ao Conselho Municipal de Saúde e à CIR para apresentar sua produção.

Esse apanhado aponta para um gestor estadual empenhado em três objetivos. Primeiro, garantir, através da CGCSS, o desempenho dos AME em termos de produção, qualidade e custo. Segundo, garantir, através do DRS e da CIR, a conexão do prestador e da CGCSS com a realidade regional. Terceiro, criar um ambiente de transparência e competição entre as OSS que gerem os AME.

Estes achados apontam para um gestor empenhado em qualificar o processo de gestão da regionalização e sugerem a pertinência de manter a segunda hipótese. Na próxima etapa do estudo acessaremos a capacidade efetiva dessa arquitetura, que embasa a contratação de serviços regionais pela SES, em promover a conexão entre as necessidades regionais e a oferta eficiente de serviços efetivos.

H3: Esse alinhamento será facilitado na presença de organizações prestadoras de serviços alinhadas com os princípios do SUS

A gestora do AME relatou que a abertura do curso de Medicina oferecido pela própria Fundação ajudou a atrair e fixar médicos no AME. Segundo ela, a Fundação trabalha com a possibilidade de atrelar o AME a um curso de pós-graduação.

Essa associação entre prestação de serviços, ensino e pesquisa tem contribuído para garantir iniciativas do AME no sentido de melhorar os serviços públicos de saúde da região. Por exemplo, a Fundação identificou problemas relacionados ao tratamento de

pacientes nas UBS, tais como priorização inadequada dos pacientes pelo seu estado de saúde e falta de seguimento adequado dos pacientes que foram atendidos pelo AME. Tendo, assim, decidido atuar junto às UBS para minorar esses problemas, o que contribuiu para o estabelecimento de um vínculo positivo entre o AME e os municípios.

Internamente, há um trabalho semanal de acompanhamento da produção e comparação com as metas definidas no contrato. Esse trabalho é facilitado pelo fato de o AME ser dotado de boa estrutura de informática e contar com programas que permitem acompanhar a produção e o fluxo de trabalho.

Quanto às reuniões internas há um planejamento estratégico anual. Há uma reunião de fechamento semanal com todas as equipes onde se acompanha o que foi feito e como vai o cumprimento das metas. Há uma reunião mensal do colegiado e, ainda, uma reunião científica mensal com médicos do corpo clínico. A cada mês um setor diferente é avaliado e seus indicadores são apreciados.

Esse panorama mostra uma organização voltada tanto para o cumprimento das metas do contrato quanto interessada no seu posicionamento no sistema de saúde regional e nacional. Esse perfil contribui para sua pró-atividade e iniciativas inovadoras no âmbito da gestão interna ao serviço e da criação de vínculos com os demais prestadores regionais.

A visita a outro equipamento de média complexidade da região, que se vale apenas de contratação direta, revelou uma realidade bastante diversa daquela que acabamos de descrever, tanto em termos do equipamento físico quanto administrativos. O AME é um equipamento moderno e bem mantido, enquanto o outro é antigo e está pouco conservado. O gerente do AME tem poder para administrar, controlar e motivar seus funcionários, seja por ter facilidade em

contratar e demitir seus funcionários, seja pelas ferramentas de gestão que utiliza, já o desse equipamento relatou ter poucos instrumentos para gerenciar os funcionários da unidade. Esse quadro não significa, no entanto, uma completa falta de controle sobre a produção do segundo equipamento, uma vez que a Secretaria de Saúde encaminha uma agenda praticamente fechada para a unidade, a qual fica responsável pelo seu cumprimento. Apesar do contraste, é difícil falar sobre as diferenças de custo e qualidade entre esses equipamentos, pois há pouca evidência disponível sobre estes quesitos.

Esses resultados iniciais indicam que o perfil da OSS pode contribuir para que ela assuma uma postura mais proativa no processo de regionalização, sugerindo a pertinência de manter a terceira hipótese para que seja investigada na próxima etapa do estudo.

Este primeiro exercício, realizado na região de Barretos Norte, mostra que a contratação de serviços é um instrumento de gestão que vem sendo utilizado pelos gestores da saúde envolvidos na estruturação da rede regional de serviços, sobretudo o governo estadual. Mostra também que as três hipóteses formuladas para orientar o estudo permitiram identificar aspectos importantes do processo de contratação de serviços, a saber; 1) A possibilidade aberta pelos contratos de ampliar a flexibilidade, responsividade e a transparência na gestão dos serviços; 2) O esforço da SES em se capacitar para a gestão da contratação de serviços associados à regionalização e, ainda; 3) A possibilidade da OSS participar de forma mais proativa e inovadora no processo de regionalização em curso.

COMENTÁRIOS 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 à 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. O estudo exploratório apresentado nesta Nota Técnica deixa claro que ao menos parte desses vínculos está associada à prestação de serviços de caráter regional. A relação entre contratação de serviços e regionalização é, no entanto, pouco explorada e conhecida.

Em Barretos Norte, a contratação da Fundação Pio XII pela SES foi importante para o processo de regionalização à medida em que dois serviços de porte, um ambulatorial e outro cirúrgico, passaram a atender à demanda regional. Outros atores, como o pequeno município aqui citado, também recorrem à contratação indireta para conseguir encaminhar seus pacientes de urgência e emergência para equipamentos que atendem à região.

Os gestores entrevistados, envolvidos nesses processos, apontam os contratos firmados com os prestadores como tendo desempenhado um papel importante em promover maior transparência, flexibilidade e eficácia dos serviços. Cabe ainda ressaltar que os contratos podem contribuir para que sejam explicitadas tanto as demandas dos municípios quanto os serviços prometidos e efetivamente oferecidos pelos prestadores que compõem a rede regional. Eles também têm contribuído para facilitar a contratação de médicos para as especialidades onde há escassez de oferta e os concursos não têm atraído interessados.

A estudos futuros caberá investigar se esta percepção é correta e esse instrumento está de fato contribuindo para que se amplie a responsividade dos equipamentos públicos aos pacientes, i.e., se o tempo de espera está sendo reduzido e a eficiência e efetividade dos tratamentos dispensados está aumentando. Outro desafio que está posto a pesquisadores e gestores é o de investigar de forma sistemática o uso que vem sendo feito dos contratos pelas esferas estadual e municipal e como seu uso vem impactando o processo de estruturação das regiões de saúde.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ABRUCIO F L (2007). *Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas*. **Revista de Administração Pública**; 41 (n. spe.):67-86

BARBOSA, Nelson B.; ELIAS, Paulo E. M. (2010), *As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/Privado*. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, nº 5, pp. 2483-2495.

BARBOSA, Pedro R. (1996), *Gestão de Hospitais Públicos: Maior Autonomia Gerencial, Melhor Performance Organizacional com Apoio em Contratos de Gestão*. **Revista do Serviço Público**, vol. 47, nº 2, pp. 67-97.

BARRADAS, B. L. R. & MENDES, J. D. (2006). **Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde.

BASU, Sanjay et al. (2012), *Comparative Performance of Private and Public Health Care Systems in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review*. **PLOS Medicine**, vol. 9, nº 6.

COELHO, Vera S. P. e GREVE, Jane (2016). *As Organizações Sociais de Saúde Têm Contribuído para Melhorar o Desempenho do Sistema Único de Saúde? Um Estudo sobre a Atenção Básica no Estado de São Paulo*. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 59, no 2, 2016, pp. 181-213.

COELHO, Vera S.; SZABZON, Felipe; DIAS, Marcelo. (2014), *Política Municipal e Acesso a Serviços de Saúde*. **Novos Estudos Cebrap**, nº 100, pp. 139-161.

DI PIETRO, M. S. Z. (2000). **Direito Administrativo**. 12th ed. São Paulo: Atlas.

DOWBOR, Monika; HOUTZAGER, Peter. (2014), *The Role of Professionals in Policy Reform: Cases from the City Level*, São Paulo. **Latin American Politics and Society**, vol. 56, nº 3, pp. 141-162.

ENGLAND, Roger. (2004), **Experience of Contracting with the Private Sector: A Selective Review**. London, DFID Health Systems Resource Centre.

FARAH, M.F.S. (1997). *Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil*. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 31, n. 4, p. 126-156

GALVÃO Maria Cristina Costa Pinto, ANTICO Cláudia, CAMPOS Luiz Cláudio Marques, MILAN Luís Fernando (2009). **Gestão Pública Contemporânea: Contratualização de resultados na área da saúde**. São Paulo, Edições Fundap.

GRAEF, Aldino; SALGADO, Valéria. (2009) *As Relações com as Entidades Privadas sem Fins Lucrativos no Brasil*, in **Anais do 14º Congresso Internacional do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo**. Salvador, 27-30 de outubro, pp. 27-30.

IANNI, A. M. Z. et al. (2012). *Metropolitan and regional health planning: dilemmas of the Pact for Health in the Baixada Santista Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 925–934, maio

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. (2007). *Management Models and Brazil's National Health System (SUS)*. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 12, pp. 1831-1840.

LaFORGIA, Gerard; COUTTOLENC, Bernard. (2008). **Hospital Performance in Brazil. The Search for Excellence**. Washington D.C., The World Bank.

LIMA, L. D. DE et al. (2012). *Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G. (2016). **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança**. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

LÓPEZ-DE-SILANES, Florencio; SHLEIFER, Andrei; VISHNY, Robert W. (1997), *Privatization in the United States*. **Rand Journal of Economics**, Santa Monica, vol. 28, nº 3, pp. 447-471.

MARE - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado do Estado. (1997). *Organizações Sociais*. **Cadernos MARE de Reforma do Estado**, v. 2. Brasília.

MÉDICI, André. (2011), *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, pp. 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.

MENDES, E.V. (1998). **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: HUCITEC.

MILLS, Anne. (1998). *To Contract or Not Contract: Issues for Low and Middle Income Countries*. **Health Policy and Planning**, vol. 13, nº 1, pp. 31-40.

PAHIM, Maria Luiza Levi (2009). **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 (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08122009-185716/pt-br.php>. Acessada em julho de 2011.

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

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

SANTOS, A. M. et al. (2014). *Regional governance: strategies and disputes in health region management*. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, ago. 2014

SAVAS, Emanuel S. (1987). **Privatization: The Key to Better Government**. Chatham, NJ, Chatham House.

TANAKA, O.Y; MELO E C. (org) (2002). **Inovação e gestão: a organização social no setor saúde**. São Paulo: Fapesp

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

WALSH, Kieron. (1995). **Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management**. Basingstoke, Macmillan.

WORLD BANK. (2006). *Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and Curitiba*. **Report nº 35691-BR**, Geneva.