



CURSO
SER GESTOR SUS
2025

26

Fascículo

CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Câmara Brasileira do Livro - <https://cbl.org.br/>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – Conasems
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B,
Sala 144
Zona Cívico-Administrativo,
Brasília/DF
CEP: 70058-900
Tel.: (61) 3022-8900

Núcleo Pedagógico Mais Conasems
Rua Professor Antônio Aleixo, 756
CEP
30180-150 Belo Horizonte/MG
Tel: (31) 2534-2640

Diretoria Conasems Presidente
Hisham Mohamad Hamida

Vice-Presidente
Geraldo Reple Sobrinho
Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

Secretário Executivo
Mauro Guimarães Junqueira

Desenvolvimento:
Mais Conasems – NEAD/CONASEMS

Coordenação Executiva:
Conexões Consultoria em Saúde Ltda.

Direção Editorial:
Marta de Sousa Lima

Coordenação Editorial:
Keylla Manfili Fioravante

Coordenação Pedagógica:
Kelly Cristina Santana

Curadoria Conasems:
Cristiane Martins Pantaleão
Denise Rinehart
Marcos da Silveira Franco
Nilo Bretas Junior

Curadoria de Conteúdos Ministério da Saúde:
Teresa Maria Passarella
Revisão Técnica:
Cristiane Martins Pantaleão
Maria da Penha Marques Sapata
Patrícia da Silva Campos
Rodrigo César Faleiro de Lacerda

Elaboração de texto:
Brígida Gimenez Carvalho
Cristiane Martins Pantaleão
João Felipe Marques da Silva
Marina Sidnéia Ricardo Martins

Projeto Gráfico e Diagramação:
Deslimites Design Gráfico

Preparação de texto:
Vanessa Camila da Silva

Revisão Linguística:
Tiago Garcias
Imagens:
Fototeca do Conasems
Envato Elements
<https://elements.envato.com>
Freepik
<https://br.freepik.com>

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Curso ser gestor SUS [livro eletrônico] : 2025 : fascículo 26 : contratualização de serviços de saúde / Brígida Gimenez Carvalho...[et al.]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : CONASEMS, 2024. PDF

Outros autores: Cristiane Martins Pantaleão, João Felipe Marques da Silva, Marina Sidnéia Ricardo Martins.

Bibliografia.
ISBN 978-85-63923-72-1

1. Saúde pública 2. Serviços de saúde - Administração 3. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Carvalho, Brígida Gimenez. II. Pantaleão, Cristiane Martins. III. Silva, João Felipe Marques da. IV. Martins, Marina Sidnéia Ricardo.

24-233097

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Este fascículo discorre sobre os aspectos da contratualização de serviços de saúde, abordando os principais aspectos do processo normativo da contratualização; a oferta de incumbências e a compreensão do território; a importância da contratualização e do planejamento e os elementos para a organização de contratos no SUS. Visa oferecer ao Gestor o conhecimento necessário para o entendimento da contratualização como um instrumento fundamental na organização da rede de serviços de saúde no SUS, visando a garantia da oferta e da promoção da equidade no acesso a serviços de saúde.

S I G L A S

- ASPS** – Ações e Serviços Públicos de Saúde
- CAC** | Comissão de Acompanhamento da Contratualização
- CEBAS** | Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
- CIB** | Comissão Intergestores Bipartite
- CIR** | Comissão Intergestores Regional
- CMS** | Conselho Municipal de Saúde
- CPS** | Consórcio Público de Saúde
- FAEC** | Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.
- IAC** | Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e o Incentivo de Adesão à Contratualização
- LOA** | Lei Orçamentária Anual
- MAC** | Média e Alta Complexidade
- OS** | Organização Social
- OPM** | Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
- PAS** | Programação Anual de Saúde
- PCEP** | Protocolo de Cooperação entre entes públicos
- PDR** | Planos de Desenvolvimento Regional
- PNHOSP** | Política Nacional de Atenção Hospitalar
- PNHPP** | Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte
- PO** | Plano Operativo
- PRI** | Planejamento Regional Integrado
- PS** | Planos de Saúde
- SCNES** | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SIGTAP** | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos OPM do SUS
- SUS** | Sistema Único de Saúde

FIGURAS E QUADROS

- 9** Figura 1 - Seções da aula
- 14** Figura 2 - Contratualização Interna e Externa
- 20** Figura 3 - Processo de contratualização a partir das necessidades do território
- 24** Figura 4 - Processo de contratualização de serviços
- 25** Figura 5 - Critérios mínimos para elaboração de um instrumento contratual



SUMÁRIO

8	Introdução
10	1. Contrato e Contratualização
13	2. A contratualização de serviços de saúde no SUS
17	2.1 Marcos Normativos
20	2.2 A compreensão do território e a contratualização a partir das necessidades identificadas pela atenção básica.
21	2.3 Etapas da Contratação de Serviços de Saúde
25	2.4 Elementos para a organização de contratos.
29	2.5 Contratualização e Planejamento
30	3. Modelos de gestão e prestação de serviços no SUS e instrumentos normativos para a contratualização dos serviços de saúde.
35	4. A relação entre contratualização, regionalização e regulação das ASPS
38	5. Considerações Finais
40	6. Bibliografia

INTRODUÇÃO

Os arranjos contratuais vêm sendo cada vez mais utilizados em diversos países. Essa prática envolve autoridades governamentais de saúde e prestadores de serviços, tanto privados quanto estatais, na atenção básica (AB) e na hospitalar. O objetivo é melhorar o desempenho dos serviços e alcançar melhores resultados para usuários, financiadores e governos (Lima; Riviera, 2012).

O processo de contratualização de serviços públicos de saúde no Brasil já trilhou um longo caminho, adquirindo durante essa trajetória diversas configurações, inovações, formatos, exigências e aplicações. Isso o tornou um instrumento fundamental e indissociável das diversas atividades de gestão (Feliciello et al., 2016).

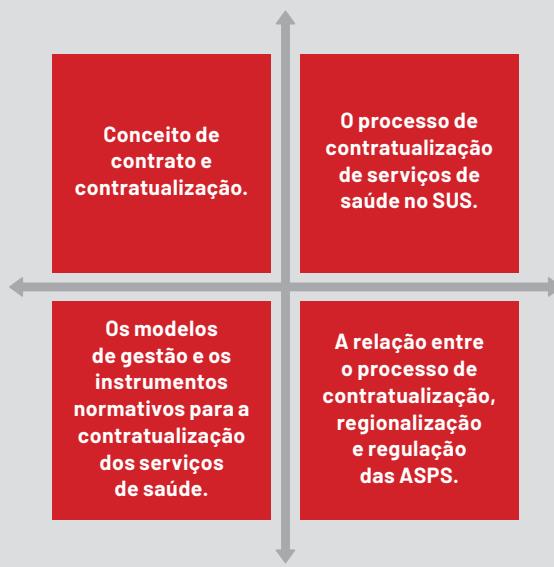
Donabedian (1990) defende que o processo de contratualização deve promover o direcionamento das ações e aproximar-as das necessidades loco-regionais, além de qualificar a gestão dos estabelecimentos contratados. Segundo o autor, o direcionamento das ações permitidas pelo contrato constitui-se em uma importante ferramenta gerencial, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.

A garantia da integralidade da atenção à saúde configura-se como um dos grandes desafios para a estruturação da rede de atenção à saúde e para a gestão do SUS nos diferentes níveis de governo.

Compreende-se, ainda, que este processo é permeado por um conjunto de regras e normas do direito administrativo, por aspectos que envolvem as responsabilidades dos entes federados na gestão da saúde, além de condicionantes relacionados à regionalização e a oferta de serviços nas regiões de saúde.

Este fascículo faz uma sintética abordagem do processo de contratualização do SUS. Através de quatro seções cuidadosamente elaboradas, será detalhado o processo de contratualização no SUS, desde a distinção entre contrato e contratualização, passando pelos marcos normativos, etapas, elementos e relação com o planejamento em saúde, aprofundando-se nos modelos de gestão e instrumentos normativos, além de abordar a relação entre a contratualização, regionalização e regulação dos serviços públicos de saúde (ASPS). O objetivo central é esclarecer a importância da contratualização para a oferta de serviços de saúde no SUS, especialmente para a garantia da integralidade da atenção à saúde.

Figura 1 - Seções da aula



Fonte: elaborado pelos autores, 2024.



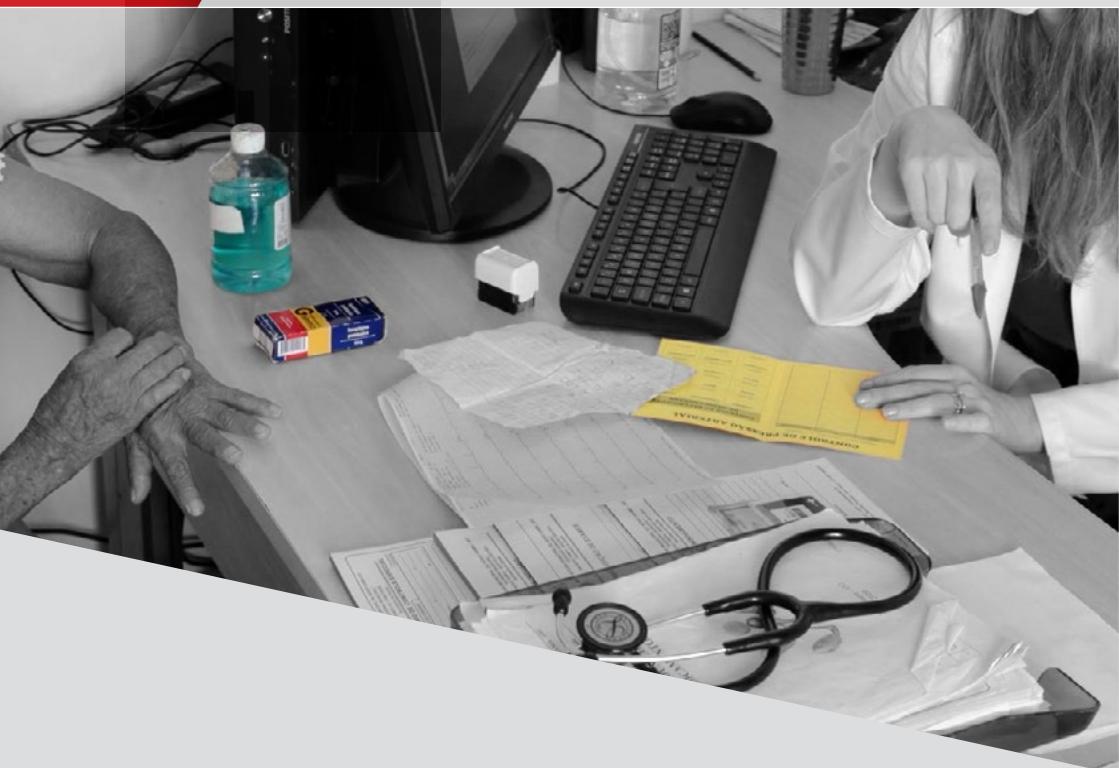
CONTRATO E
CONTRATUALIZAÇÃO

1. CONTRATO E CONTRATUALIZAÇÃO

Os termos **contratação** e **contratualização**, por vezes utilizados como sinônimos, apresentam distinções importantes. A contratação se caracteriza pela prestação de um serviço mediante pagamento e visa ao lucro. Já a contratualização, por sua vez, estabelece uma relação de negociação e pactuação baseada em princípios de cooperação, parceria e colaboração mútua. Nela, são definidas metas quantitativas e qualitativas que visam ao alcance de objetivos comuns entre as partes envolvidas.

A contratualização no SUS abrange todos os tipos de acordos firmados entre o gestor municipal/estadual do SUS e o prestador de serviços de saúde. Esses acordos são formalizados por meio de instrumentos contratuais (contrato, convênio, termo de cooperação técnica e financeira ou outro previsto em lei). A contratualização define metas e indicadores de desempenho que devem ser cumpridos pelo prestador. Ela pode ser realizada com instituições públicas ou privadas e sem fins lucrativos.

O termo **contratualização**, embora não conste nos dicionários formais da língua portuguesa, é um neologismo consagrado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todo tipo de acordo formal entre o gestor público e os prestadores de serviços de saúde, visando, entre outros objetivos, estabelecer mecanismos que garantam a adequação da execução dos serviços às diretrizes das políticas de saúde do SUS (Salgado, 2018; Brasil, 2011).



O **contrato** caracteriza-se por um acordo formal entre órgãos ou entidades públicas e prestadores de serviços de saúde da iniciativa privada. Esse acordo estabelece um vínculo jurídico entre as partes, definindo obrigações recíprocas relacionadas à prestação de serviços de saúde em conformidade com as diretrizes do SUS (Brasil, 2016).

Destaca-se que o processo de contratualização visa, sobretudo, garantir o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde. Esse objetivo busca cumprir a obrigação constitucional da **integralidade da atenção**, um propósito que depende, especialmente, do espaço regional, lócus privilegiado de organização do SUS.



A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE **SAÚDE NO SUS**



2. A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE **SAÚDE NO SUS**

O processo de contratualização pode ser interno (entre órgãos e entidades da administração pública e os setores que a compõem) ou externo (entre o Estado e empresas privadas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil):

Figura 2 - Contratualização Interna e Externa



Fonte: elaborado pelos autores, 2024.

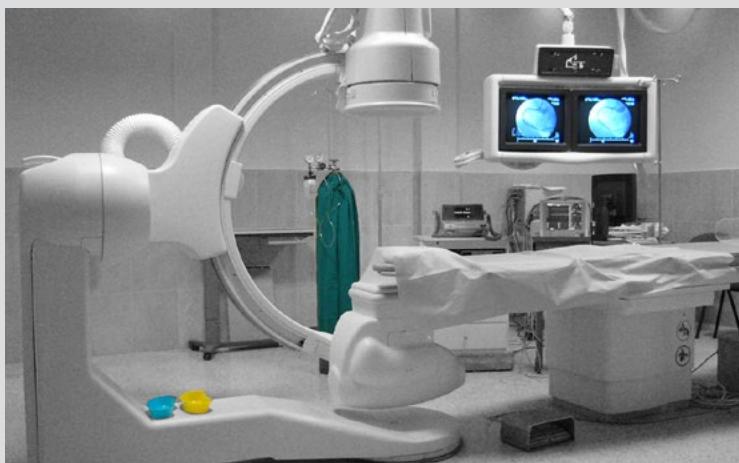
Para a contratação externa, a administração pública pode complementar serviços com a iniciativa privada, dando preferência a instituições filantrópicas, desde que a oferta de serviços públicos seja insuficiente para garantir a cobertura assistencial à população. A participação **complementar** dos serviços privados será formalizada mediante **contrato ou convênio**, observadas as normas de direito público (Lei nº 8080/1990, art. 24).

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Ao abordarmos a contratualização de prestadores no SUS, torna-se fundamental revisitar o princípio da **direção única** do sistema de saúde. Este princípio estabelece que cada ente federativo (município, estado e união) detenha a autonomia sobre seu território, de acordo com as atribuições de cada gestor.

Na perspectiva da direção única, o gestor municipal é o responsável pela contratualização de serviços de seu território. No entanto, nem todos os municípios detêm a gestão orçamentária do teto da média e alta complexidade. Isto é, não recebem em seu fundo municipal a parcela do ente federal destinada ao custeio dessa natureza. Dessa forma, a atribuição de custeio para serviços de média e alta complexidade cabe ao ente estadual, quando os recursos municipais forem insuficientes.



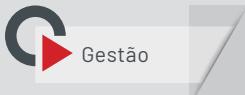


Municípios com gestão plena do teto da MAC são aqueles que assumiram a responsabilidade pela gestão e serviços do SUS em seu território, incluindo os de média e alta complexidade, o que antes era denominado gestão **plena**. Nessa situação, o município se torna responsável pela contratualização dos prestadores de sua área. Para estabelecer essa relação com prestadores hospitalares, é necessário considerar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que será abordada adiante, e os preceitos legais da Lei nº 14.133/2021.

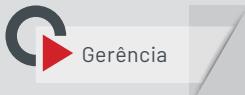
Municípios sem gestão orçamentária do teto da MAC, ou seja, aqueles que não assumiram a gestão plena do sistema municipal de saúde, incluindo a gestão da média e alta complexidade, a gestão dos estabelecimentos de seu território sob responsabilidade do Estado. Nesse caso, é o Estado que firma contratos com os prestadores hospitalares, considerando a PNHOSP e as normativas de licitação pública.

Para a contratação de serviços no âmbito municipal, o ente estadual utiliza o Protocolo de Cooperação entre entes públicos (PCEP). Este instrumento é aplicado quando as unidades públicas de saúde, como hospitais e ambulatórios especializados, situadas no território de um município, estão sob a gerência de uma unidade federativa e gestão de outra.

Relação entre Gestão e Gerência:



É a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja municipal, estadual ou nacional. Essa função se caracteriza pelo exercício de atividades como: contratação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.



Consiste na administração de uma unidade ou órgão de saúde público, privado, com ou sem fins lucrativos, que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. A gerência pode ocorrer de forma direta (município ou estado) ou indireta. Como forma indireta temos a gerência realizada por fundação, consórcio, Organização Social (OS) etc.

Devido a essas características, não é incomum observar, em diversas regiões, a contratação de um mesmo estabelecimento hospitalar por dois ou mais entes, simultaneamente. Essa ação fere o princípio da **direção única** do sistema e configura contratos em duplicidade, ou seja, contratos do mesmo objeto, financiados por regras distintas.

Essa ação é justificada pelos gestores municipais pela insuficiência dos contratos estaduais firmados. O problema reside na sua execução à revelia das normas legais do SUS e do próprio direito administrativo, além de apresentar inequidades na oferta e nos valores contratados (Silva, 2019).

Nas próximas seções será possível verificar algumas estratégias que podem ser implementadas para mitigar os impactos negativos desses problemas.

2.1 Marcos Normativos

Compreender os marcos normativos do processo de contratualização é uma etapa importante para sua implementação municipal e regional.

Dominá-las é essencial, pois todo estabelecimento de saúde, público ou privado, firma contrato para prestar seus serviços. A contratualização é etapa anterior à oferta do serviço, e sua correta execução garante a qualidade da assistência jurídica das partes envolvidas.

Na Administração Pública, a compra de bens e serviços deve obedecer aos preceitos legais da atual Lei de Licitação nº 14.133/21. No entanto, essas normativas não tratam de forma específica da compra de serviços de saúde.

Muitas vezes, a aquisição de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) não se encaixa nas modalidades tradicionais das leis de licitação, nas quais, por exemplo, prevalece o menor preço.

A seguir, foram listados alguns marcos para a contratualização de serviços de saúde no SUS. As normativas de contratualização têm foco principal na área hospitalar, mas diversas iniciativas de contratualização em outros níveis de atenção já existem, como a contratualização por leito e por procedimento.

a) A Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP)

– Portaria GM/MS nº 1.044/2004 – foi a pioneira em direcionar recursos para a contratualização de serviços. Instituída para hospitais públicos e privados sem fins lucrativos (cinco a 30 leitos), a PNHPP visava impulsionar a organização microrregional e estimular a cooperação intergovernamental, técnica e financeira entre essas instituições. Para tal, a política estabelecia um **conjunto de metas** direcionadas tanto aos hospitais quanto aos entes federados responsáveis pela sua **gestão**.

b) A segunda Portaria do Ministério da Saúde que estabeleceu metas qualitativas e quantitativas para a contratualização foi a Portaria GM/MS nº 1.721/2005, que instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

c) A Portaria GM/MS nº 1.034/2010 estabeleceu normas para a complementação de serviços do Sistema Único de Saúde(SUS) por instituições privadas com ou sem fins lucrativos. A normativa priorizou a contratação de instituições sem fins lucrativos, desde que atendam os requisitos da legislação. Essa norma foi revogada pela Portaria 2.567/2016.

- d)** Portaria GM/MS nº 3.390/2013: instituiu a **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. A PNHOSP foi criada com o objetivo de estabelecer diretrizes para a reorganização da atenção hospitalar no âmbito do SUS, visando proporcionar cuidado integral em saúde com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. Para isso, propôs o fortalecimento de práticas assistenciais seguras e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, a incorporação de tecnologias em saúde e a qualificação dos processos de trabalho. Além disso, reforçou a construção do **Plano Operativo (PO)**.
- e)** Portaria GM/MS nº 3.410/2013: as diretrizes de contratualização da PNHOSP foram estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.410/2013. Estas diretrizes se baseiam em **compromissos assistenciais em rede**, de ensino e pesquisa, de aperfeiçoamento da gestão da clínica e da gestão administrativo-financeira.

A PNHOSP contempla os seguintes estabelecimentos:

- Públicos ou privados com fins lucrativos, com no mínimo 50 leitos.
- Privados sem fins lucrativos com no mínimo 30 leitos, sendo pelo menos 25 destinados ao SUS.

Atualmente, para a contratualização de Assistência à Saúde (ASPS) de forma complementar à iniciativa privada, além das normas da licitação pública, é necessário observar as orientações da Portaria GM/MS n. 2567/2016, que dispõe sobre o credenciamento de prestadores de serviços privados de saúde no SUS.

- f)** Em 2016, a Portaria GM/MS nº 2567/2016 estabeleceu as modalidades de contratação no SUS e estabeleceu o Documento Descritivo como anexo do contrato/convênio além de outros requisitos obrigatórios visando a celebração da contratualização no SUS, sempre baseado na legislação de contratos públicos à época, então regidos pela Lei 8666/1993.

2.2 A compreensão do território e a contratualização a partir das necessidades identificadas pela Atenção Básica

Fica evidente que o gestor do SUS, para um desempenho exitoso, necessita dominar um conjunto articulado de conhecimentos e práticas na condução de políticas de saúde, abrangendo, entre outros aspectos, a contratualização e a oferta de serviços.

A oferta de serviços compreende o papel do gestor na organização da atenção à saúde, em seus diversos níveis de complexidade. Por isso, é considerada uma função chave e estratégica, ou seja, **é a essência do ente público na área de saúde**. É para essa função que todo o planejamento, financiamento e coordenação e regulação devem se articular, com o objetivo de atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde de forma eficaz e eficiente (Souza, 2002).

Após analisar, identificar e compreender as necessidades do território, o gestor deve atuar para implantar ações e serviços que as atendam, conforme já mencionado.

O nível de atenção à saúde com maior sensibilidade para priorizar as demandas de um território é a Atenção Básica. Por isso, a Atenção Básica é a principal promotora da contratualização da atenção especializada ambulatorial e hospitalar:

Figura 3 - Processo de contratualização a partir das necessidades do território



Fonte: elaborado pelos autores, 2024.

A Atenção Básica representa um importante papel na ordenação dos serviços contratualizados, a partir das necessidades do território e das demandas da população. Tendo isso em vista, deve-se ter cautela quando a contratualização segue a lógica inversa, ou seja, ao invés de contratualizar os serviços necessários, contratam-se aqueles que o prestador está disposto a oferecer.¹

Alguns municípios também constroem indicadores e metas específicos para suas próprias unidades de saúde. Esse processo pode ser entendido como contratualização interna. Na contratualização interna, utilizam-se indicadores de resultado e acesso para avaliação dos próprios serviços. Esses indicadores também podem ser usados para medir a qualidade da atenção à saúde prestada nesses estabelecimentos.

2.3 Etapas da Contratação de Serviços de Saúde

Esta seção apresenta de forma sintética as etapas para a contratação de serviços de saúde no SUS pelos gestores públicos, em especial, dos entes municipais. São abordados os principais tipos de serviços que podem ser contratados, como ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico, bem como os prazos e as exigências legais para a realização dos processos licitatórios:

- a.** Inicia-se o processo pela avaliação da necessidade de ampliação dos serviços de saúde, por meio de análises do SCNES (capacidade instalada) e dos instrumentos de gestão disponíveis. A complementação de serviços de saúde deve ocorrer somente quando a capacidade pública instalada for insuficiente à demanda.
- b.** Nesse aspecto, os serviços contratados devem estar devidamente cadastrados no SCNES, para verificação da real capacidade instalada e disponibilidade dos serviços de saúde de um território. Essa atribuição é de responsabilidade da gestão municipal do território ao qual o estabelecimento pertence.

¹Para mais detalhes, consulte a referência: SILVA, J. F. M. et al. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020200019>. Acesso em: 28 abr. 2024.

- c. Deve-se também analisar a rede de referências regionais e macrorregionais, especialmente por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI), bem como dos Planos de Desenvolvimento Regional (PDR) e da Programação Pactuação Integrada (PPI), previamente ao estabelecimento do contrato. Os contratos devem ser realizados considerando as necessidades municipais e regionais de saúde, e não vinculados somente ao que o prestador pretende oferecer.
- d. Constatada a necessidade de ampliação de serviços (ambulatoriais e/ou hospitalares), torna-se necessário programá-los na Lei Orçamentária Anual (LOA) e no respectivo Plano de Saúde (PS). Além disso, é preciso prever a subfunção orçamentária da despesa na Programação Anual de Saúde (PAS).
- e. Deve-se verificar ainda a possibilidade de ampliação dos serviços próprios e públicos. Somente depois de constatada a impossibilidade de ampliação de serviços públicos, pode-se organizar a contratação de serviços privados, com preferência aos filantrópicos.
- f. A ampliação de serviços já existentes, com oferta insuficiente, e/ou a de serviços ausentes no território, deve priorizar arranjos e estratégias regionais.
- g. Essas estratégias devem levar em consideração os aspectos apresentados na seção anterior, especialmente quanto à categoria de gestão do ente contratante e a natureza jurídica do serviço a ser contratado. Tais aspectos podem modificar o instrumento contratual, e a possibilidade de execução municipal e/ou regional.
- h. Para o estabelecimento de vínculos formais contratuais, a administração pública orienta-se pela Lei n. 14.133/2021, as quais reforçam os ditames constitucionalmente impostos entre as partes contratadas.

- i. O contrato deve ser instituído pelo município do território ao qual o estabelecimento de saúde está inserido, desde que possua a gestão dele, ainda que atenda ou parte do interesse micro e/ou macrorregional. Essa característica configura o princípio da direção única do sistema de saúde.
- j. Os valores dos procedimentos contratados podem partir da tabela de preços e procedimentos do SUS – SIGTAP, e serem adaptados à realidade regional, por meio da complementação de tabela e/ou incremento de custeio à determinada atividade. O complemento ao prestador privado no SUS pode ser realizado com recursos próprios municipais e/ou estaduais, desde que não limite a integralidade da assistência e o acesso dos cidadãos. A mesma deve ser pactuada em CIR e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).
- k. A contratualização hospitalar deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio da organização do Documento Descritivo (DD) que, como discutido, demonstra a real necessidade de contratação de serviços para fins de complementação de rede.
- l. No contrato deve estar explícito o elenco de procedimentos contratados a partir da capacidade instalada do prestador. O acesso deve ser regulado pelo município do território a que o estabelecimento pertence.
- m. Gestores públicos precisam utilizar estratégias de regulação, representando o acordo de compromissos estabelecidos entre as partes, informando os procedimentos que serão ofertados, efetuando e definindo fluxos de monitoramento.
- n. E ainda, atuar no controle e avaliação dos serviços contratados, indicando o que foi pactuado e realizado, e o alcance de indicadores e metas estabelecidas nos contratos.

Figura 4 - Processo de contratualização de serviços

PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

- Verificar a necessidade de ampliação dos serviços de saúde.
- Analisar a rede de referências regionais e macrorregionais.
- Constatada a necessidade de ampliação de serviços (ambulatoriais e/ou hospitalares) programá-los nos respectivos instrumentos de gestão.
- Verificar ainda a possibilidade de ampliação dos serviços próprios e públicos.
- Somente depois de constatada a impossibilidade de ampliação de serviços públicos, pode-se organizar a contratação de serviços privados, com preferência aos filantrópicos.
- Para o estabelecimento de vínculos formais contratuais, a administração pública orienta-se pela Lei nº 8.666/93 e Lei nº 14.133/2021.
- O contrato deve ser instituído pelo município do território ao qual o estabelecimento de saúde está inserido, desde que possua a gestão do mesmo.
- A contratualização hospitalar deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).
- No contrato deve estar explícito o elenco de procedimentos contratados a partir da capacidade instalada do prestador.
- Gestores públicos precisam utilizar estratégias de regulação, representando o acordo de compromissos estabelecidos entre as partes.

Fonte: Elaborado pelo autores, 2024.

2.4 Elementos para a organização de contratos

A partir do conhecimento de que o instrumento contratual é uma etapa do processo de contratualização, a Figura 5 apresenta o detalhamento de alguns elementos que devem estar presentes na sua elaboração:

Figura 5 – Critérios mínimos para elaboração de um instrumento contratual

- Obrigações e metas a serem cumpridas.
- Indicadores de desempenho.
- Previsão de comissão de acompanhamento e avaliação.
- Valores e cronograma de desembolso.
- Cessão de bens e móveis/ imóveis.
- Sanções em caso de descumprimento.
- Relação com a rede serviços.²

Fonte: Elaborado pelo autores, 2024.

De forma mais detalhada, o instrumento contratual deve apresentar:

- a) Objeto: A clara definição do objeto do contrato é fundamental para estabelecer os limites dos serviços a serem prestados e as obrigações de ambas as partes.
- b) Complementaridade ou complementação: O contrato deve explicitar se o objeto se refere à contratualização de complementaridade, com ampliação do quantitativo de ações e serviços de saúde já contratualizados) ou à complementação, que consiste no aumento do valor do custeio das ações e serviços de saúde já contratualizadas).

² A relação com a rede serviços deve ser pensada nas dimensões de acesso, continuidade do cuidado, inserção na rede, mecanismos cooperativos e de complementaridade.

- c) A abrangência do contrato: A área de abrangência do contrato deve ser claramente definida, especificando a população e os municípios que serão beneficiados.
- d) Dos valores/preços: deverá constar cláusula referente aos valores a serem pagos pelos serviços contratados, incluindo quantidade, forma e cronograma de desembolso.
- e) Fonte de financiamento: As fontes de financiamento dos serviços contratados devem ser explicitadas. Deve ser indicado se os recursos provêm do limite financeiro de média e alta complexidade (teto MAC), do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), de recursos próprios dos gestores, ou de outras fontes.
- f) Comissão de acompanhamento da contratualização (CAC): deverá haver previsão de Comissão de Acompanhamento da Contratualização, composta minimamente por representantes dos gestores municipais integrantes do contrato, do Conselho Municipal de Saúde (segmento do usuário), do prestador contratado.
- g) Periodicidade da avaliação: deve ser estabelecida no instrumento contratual. Sugere-se que o monitoramento e a avaliação dos indicadores pactuados sejam realizados trimestralmente, com a possibilidade de ajustes conforme a necessidade e complexidade do contrato.
- h) Metas e indicadores: deverão ser estabelecidas metas qualitativas e/ou quantitativas, bem como indicadores, que possibilitem a análise pela Comissão de Acompanhamento do Contrato quanto ao valor a ser pago pelos serviços contratados e se o objeto do contrato está sendo respeitado.
- i) Prazo: o prazo de vigência do instrumento contratual deverá respeitar o disposto na legislação, que é de até 60 meses, podendo ser prorrogado por mais 12 meses, contemplando o prazo máximo total de 72 meses.



- j) Legislação utilizada: no preâmbulo do instrumento contratual deverá ser citada a legislação utilizada para fundamentar a formalização do instrumento.
- k) Obrigações das partes: o contrato deverá conter cláusulas específicas que definam as obrigações da contratada (a prestadora de serviço), e da contratante (a responsável pelo pagamento). Outras partes envolvidas no contrato também podem ter suas responsabilidades neste item.
- l) Rescisão, multa e reajuste: deverá constar cláusula específica que trate das situações em que o instrumento poderá ser rescindido, bem como das multas a serem aplicadas e das condições de reajuste.
- m) Contrapartida: caso exista previsão de contrapartida, deverá ser incluída cláusula específica.
- n) Sanções: deverá haver previsão quanto às sanções/penalidades a serem aplicadas no caso de descumprimento do previsto no instrumento contratual.
- o) Deliberação: dentro do controle social (Conselho de Saúde) e/ou no colegiado de gestão correspondente (CIR/CIB).

Exemplo de metas e indicadores:

O município de Vila SUS, ao contratualizar um prestador local para a realização de partos de risco habitual na rede materno infantil, estabeleceu, entre outros, os seguintes indicadores de avaliação:

Meta	Descrição	Dados produzidos
1	Implantar atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento.	Relatório com as ações e número total de mulheres atendidas.
2	Garantir acompanhante às gestantes no pré-parto, parto e pós-parto e possibilitar a escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério.	Registrar número de gestantes totais x número de gestantes acompanhadas descrevendo as ações realizadas no acompanhamento do pré-parto, parto e pós-parto.
3	Monitorar Taxa de Cesáreas (TXCES), a qual visa estabelecer a relação percentual entre o número de partos cirúrgicos realizados em determinado período e o número total de partos realizados (normais e cirúrgicos) no mesmo período, no entanto garantir o direito da mulher sobre a escolha.	Relatório das taxas de cesáreas, proporção de parto normal em determinado período.
4	Incentivar o início da amamentação logo após o nascimento, seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre aleitamento materno.	Número total de nascimentos no hospital (particular, SUS, cesárea, normal) e número total de crianças que saíram do hospital em aleitamento materno exclusivo com PEGA adequada no peito materno.

Para o pagamento dos serviços executados, os contratos podem prever um percentual fixo e outro variável, condicionados ao alcance de metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no instrumento contratual.

2.5 Contratualização e Planejamento

Conforme já discutido, a previsão do orçamento para a contratualização de serviços de saúde deve estar planejada nos instrumentos de gestão do SUS.

Os gestores municipais do SUS devem organizar a rede de assistência à saúde para o atendimento da população do território e da população referenciada por meio dos instrumentos de planejamento trazidos pelo processo de regionalização, como o Planejamento Regional Integrado (PRI).

Além disso, a previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar nos Planos de Saúde (PS) e estar detalhada em sua respectiva Programação Anual de Saúde (PAS). Nesse processo, são responsabilidades dos gestores:

- a)** a previsão orçamentária quanto à transferência de recursos públicos para a complementariedade de ações e serviços de saúde;
- b)** o estabelecimento de técnicas de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde no âmbito do SUS;
- c)** a previsão de regulação, controle e avaliação da prestação dos serviços e ações de saúde.

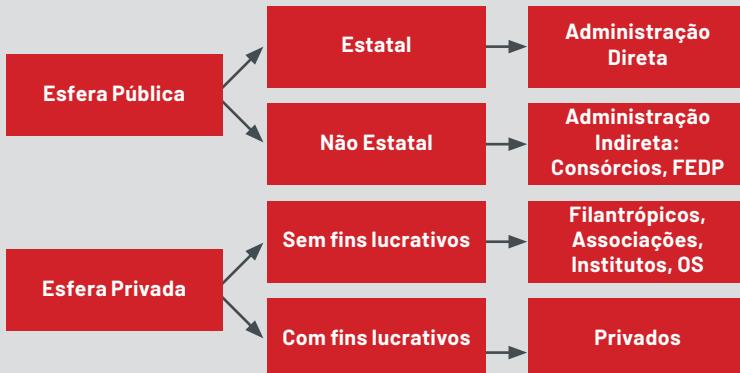


MODELOS DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO SUS E INSTRUMENTOS NORMATIVOS **PARA A** **CONTRATUALIZAÇÃO DOS** **SERVIÇOS DE SAÚDE**

3. MODELOS DE GESTÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO SUS E INSTRUMENTOS NORMATIVOS **PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Existem diferentes modalidades de prestação e gestão de serviços no SUS, com diferentes formas jurídicas (públicas estatal e não estatal e privadas com ou sem fins lucrativos) para atender pacientes em hospitais e unidades ambulatoriais.

Figura 6 - Modelos de gestão e prestação de serviços no SUS



Fonte: Adaptado de Viana, Miranda e Silva (2015).

Dessa forma, a contratação de serviços no SUS deve seguir a CF 1988, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), bem como normas infraconstitucionais relacionadas ao sistema de saúde e à administração pública.

Atualmente, algumas normativas ganham destaque para a contratualização de serviços no SUS: as **Portarias GM/MS nº 3390/2013 e 3410/2013**, que estabelecem as diretrizes para a contratualização de hospitais (Política Nacional de Contratualização Hospitalar – PNHOSP); e a **Portaria GM/MS nº 2567/2016**, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

É importante mencionar que a contratação de serviços privados no SUS é permitida, desde que não exista a possibilidade de ampliação de serviços públicos, e que seja dada preferência às instituições sem fins lucrativos e/ou filantrópicas.

Importante destacar, novamente, que foi publicada a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), que disciplina as diretrizes e normas para a conformação dos serviços especializados no âmbito do SUS.³

Na atualidade, verificamos a existência de serviços, principalmente hospitalares, com pagamento por meio da produção ou da contratualização. A seguir, identificam-se as possibilidades de financiamento dos serviços da atenção especializada hospitalar:

- a)** Teto físico-financeiro da instituição: o prestador recebe o valor compatível com seu limite, de acordo com a produção apresentada para faturamento. Nesse contexto, não são estabelecidas metas qualitativas e quantitativas e a apresentação dos procedimentos a serem faturados pode estar associada aos mais rentáveis à instituição, escondendo a realidade dos atendimentos prestados.
- b)** Contratualização por metas qualiquantitativas: hospitais inseridos nos critérios da PNHOSP. Recebem o recurso baseado no alcance das metas estabelecidas no plano e pelos demais incentivos da contratualização.

³ Portaria GM/MS nº 1.602, de 18 de outubro de 2023. Acesso em: 18 jun. 2024.

- c) Hospitais de Pequeno Porte (HPP) contratualizados pela Portaria GM/MS n. 1.044/2004: esses estabelecimentos possuem um teto fixo de custeio independente da produção apresentada para faturamento.
- d) Hospitais de Ensino: contratação realizada por meio do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC), por meio da Portaria Interministerial GM/MS nº 1.006/2004, com metas e indicadores especificados.

A escolha do instrumento contratual adequado depende da natureza jurídica da modalidade de gestão e/ou de prestação de serviço contratada. Os principais instrumentos contratuais utilizados no âmbito dos serviços de saúde são listados a seguir:



Contrato Administrativo

Acordo firmado entre ente público e instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, mediante as Leis de Licitações, quando o objeto do contrato for a aquisição de serviços de saúde, fica sujeito às regras e fiscalização do Tribunal de Contas.



Convênios

Firmados entre entes públicos ou entre um ente público e uma instituição privada sem fins lucrativos, sendo também sujeitos ao Tribunal de Contas.



Contrato de Rateio e de Programa

Instrumentos realizados pelos entes federativos entre si para a conformação de consórcios públicos. O primeiro para definir o rateio do custeio dos entes federativos sobre a ação consorciada e o segundo para implementar programas de interesse comum entre esses entes.



Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP):

Utilizado quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob a gerência de uma determinada unidade federativa e gestão de outra.



Contrato de Gestão

Instrumento utilizado para a relação contratual entre OS e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).



Termo de Parceria

Instrumento utilizado para a relação contratual com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP).



Termo de Compromisso

Firmado entre os gestores e os estabelecimentos que estão sob sua gerência e gestão.

A RELAÇÃO ENTRE CONTRATUALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO **E REGULAÇÃO** **DAS ASPS**



4. A RELAÇÃO ENTRE CONTRATUALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E **REGULAÇÃO DAS ASPS**

Para além dos processos contratuais formais, a contratualização no SUS também compreende a pactuação, a cooperação, a cogestão e o aperfeiçoamento dos espaços de governança local, bem como das macrofunções da gestão, como a regulação e o financiamento dos serviços de saúde.

Conforme visto, a regulação em saúde é um campo abrangente com diversas interpretações. Nos sistemas de saúde, a regulação se concretiza por meio de mecanismos legais e normativos (normas técnicas e padrões) que regem a relação entre os componentes de saúde.

Nos sistemas públicos que contratam serviços privados, um dos elementos mais importantes e complexos da regulação é a **contratualização dos serviços**, ou seja, a adoção de regras para inclusão dos prestadores, execução dos serviços, desempenho e avaliação. Esse tipo de regulação envolve custos altos, porque os contratos são de difícil elaboração, implementação e acompanhamento.

Nessa perspectiva, em sistemas em que o setor privado predomina, como no SUS, a necessidade de regulação torna-se fundamental. Quando o setor privado presta serviços ao SUS sem a relação regulatória



adequada com o setor público, os usuários podem ter o acesso restrito ou podem sofrer intervenções desnecessárias. Isso gera conflitos tanto na prestação de serviços quanto no seu financiamento.

Nessa perspectiva, os contratos podem ser compreendidos como mecanismos de coordenação dos sistemas públicos de saúde, separando as funções de financiamento, compra e regulação da função de prestação de serviços.

Os gestores do SUS devem buscar por soluções conjuntas para a contratualização de serviços, visando fortalecer as microrregiões e regiões de saúde, bem como a ação regulatória sobre o prestador de serviços. Além disso, a PNAES pretende estabelecer mecanismos de contratualização que possam dar conta das necessidades de saúde das regiões, com respeito ao comando único e visando à conformação da Rede de Atenção à saúde, com planejamento ascendente e de forma sustentável, tanto no aspecto financeiro quanto nos aspectos operacionais. Nesse contexto, o Consórcio Público de Saúde (CPS) configura-se como ferramenta estratégica para a intermediação e organização de contratos coletivos regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste material foi abordada a diferença entre o conceito de contrato e contratualização; sendo identificados os aspectos e elementos do processo de contratualização; a relação da contratualização com os processos de planejamento, regulação e regionalização dos serviços. Abordagem que contribui para a compreensão de que a Atenção Básica deve orientar a contratualização de serviços no território e ainda que esse processo se entrelaça com outros aspectos da gestão do SUS.

Dessa forma, a contratualização no SUS se configura como um movimento que emerge do instrumento jurídico contratual, mas que permeia as estratégias de pactuação, as relações de cooperação entre os atores e de aprimoramento dos aspectos regulatórios.

Nessa perspectiva, o instrumento contratual é importante, mas, demais aspectos, como o fortalecimento dos espaços de governança dos atores envolvidos, arranjos de cooperação e o amadurecimento das instâncias de pactuação regional constituem-se fundamentais para avanços no processo de regionalização no SUS.

Além disso, a contratualização deve ser pensada como um processo para garantir a oferta de serviços de qualidade à população, a partir de suas necessidades e demandas principais. E, na medida do possível, ser realizada e instituída de maneira regionalizada.

Na perspectiva da promoção do interesse público, esse processo dependerá da construção de acordos eficazes, da implementação de mecanismos de responsabilização e da colaboração ativa entre os atores envolvidos.

6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8666 de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.044, de 01 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília, 2004.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004.** Reorienta e reformula a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.721 de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 161, de 21 de janeiro de 2010.** Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2008, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públícos. Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS. v. 8. 1. ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS.** 1. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 137 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2567, de 25 de novembro de 2016.** Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde.** 1. ed. Brasília, 2016. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023** - Portaria que Institui a Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CARVALHO, B. G. et al. Programa de Qualificação e Apoio às Equipes Municipais de Gestão e Planejamento da Macrorregião Norte do Paraná. Progestão. **Oficina 5:** Atenção Especializada no SUS. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2021.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Washington, v. 114, n. 11, p. 115-118, 1990.

FELICIELLO D. et al. **Contratualização de serviços de saúde:** guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS. Campinas: NEPP; UNICAMP, 2016. 229 p.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, set. 2012.

SALGADO, V. **Aspectos gerais da Contratualização de Desempenho Institucional.** 2018. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1h2WxOS_FDViPMV6TCmV_dOS9Yn_e2BY/view. Acesso em: 28 abr. 2024.

SILVA, J. F. M. et al. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, 2020.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS:** a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

VIANA, A. L. D.; MIRANDA, A. S.; SILVA, H. P. Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde: Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos. **Saúde Amanhã. Textos para Discussão**, n. 2, 2015.

ANOTAÇÕES:

ANOTAÇÕES:

ANOTAÇÕES:

ANOTAÇÕES:

