



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LILIAN BARBOSA ROSADO

**CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE
HOSPITALAR SUS: O CASO DE SALVADOR**

Salvador
2022

LILIAN BARBOSA ROSADO

**CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE
HOSPITALAR SUS: O CASO DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de
aprovação para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, na área de concentração: Política, Planejamento
e Gestão em Saúde.

Orientadora: Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto
Coorientador: Dr. Thadeu Borges Souza Santos

Salvador
2022

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

R789c Rosado, Lilian Barbosa.

A contratualização de serviços na rede hospitalar SUS: o caso de Salvador /
Lilian Barbosa Rosado. -- Salvador: L.B. Rosado, 2022.

59 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.
Coorientador: Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Qualidade da Assistência. 2. Administração em Saúde Pública. 3.
Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5.
Regulamentação Governamental. 6. Regulação e Fiscalização em Saúde.
I. Título.

CDU 614.2

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Cacilda e Luiz (em memória) e Tia Lelia, pelo amor incondicional, preocupação e cuidado com a minha formação acadêmica e profissional.

Ao meu esposo Danillo, pelo companheirismo, amor e paciência em todos os momentos da minha trajetória acadêmica e profissional.

À minha orientadora Isabela com quem tive a oportunidade de conviver e evoluir nesse processo. Agradeço o acolhimento, apoio e ensinamentos.

Ao professor Thadeu, pelo incentivo ao ingresso no mestrado, e apoio nos momentos difíceis da minha jornada acadêmica.

Aos professores da banca de qualificação e examinadora pela disponibilidade para leitura, avaliação e contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

Aos colegas e amigos da Secretaria Municipal de Saúde do Salvador pelo carinho, apoio e pela oportunidade de aprender e trocar conhecimentos.

Aos colegas do eixo temático Modelos de Gestão Hospitalar no SUS do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), pelos ensinamentos e momentos compartilhados.

Aos entrevistados que gentilmente se disponibilizaram a participar deste estudo.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste mestrado, expresso minha gratidão.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LILIAN BARBOSA ROSADO

CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE HOSPITALAR SUS: O CASO DE SALVADOR

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de maio 2022.

Banca Examinadora:

Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA (orientadora)

Dra. Kátia Rejane de Medeiros – Fiocruz/PE

Dra. Laíse Rezende de Andrade - ISC/UFBA

Dr. Thadeu Borges Souza Santos – DCV/UNEB (coorientador)

Salvador

2022

LISTA DE ABREVIASÕES E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCA	Coordenadoria de Controle e Avaliação
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DECS	Descritores em Saúde
DRCA	Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GER	Gerência Executiva de Regulação
GM	Gabinete do Ministro
HMS	Hospital Municipal do Salvador
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NHS	Serviço Nacional de Saúde Britânico
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
OSS	Organização Social de Saúde
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFO	Programação Físico-Orçamentária
PPI	Programação Pactuada Integrada
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRC	Portaria de Consolidação
SCNES	Sistemas de Cadastro de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOA	Agências Operacionais Especiais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ROSADO, Lilian Barbosa. **Contratualização de Serviços na Rede Hospitalar SUS: O Caso de Salvador.** Orientadora: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2021. 59 f. il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Diante da necessidade de especialistas e aparato tecnológico, a prestação de serviços de média e alta complexidade (MAC) hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) tem importante participação do setor privado sem fins lucrativos, mediante processo de contratualização para prestação de serviços especializados. Com isso, o gestor público contratante passa a ser demandado de ações de monitoramento da relação contratual, que por vezes é permeada de conflitos relacionados ao descumprimento das pactuações. Assim, este estudo teve por objeto a contratualização de serviços hospitalares e ambulatoriais da média e alta complexidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia, através da análise dos documentos que compõem a contratualização e entrevistas semiestruturadas com técnicos da gestão municipal e representantes dos hospitais que realizam o acompanhamento do convênio, buscando identificar os problemas emergentes da relação contratual à luz da teoria do principal – agente. Os resultados demonstraram que os problemas mais aparentes estão correlacionados ao processo de monitoramento e controle, que se tornou mais complexo com o atual formato do convênio. Além disso, um estudo mais detalhado acerca das singularidades de cada instituição promoveria maior impacto no cumprimento do acordo de resultados.

Palavras – chave: Qualidade da assistência. Administração em Saúde Pública. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação em Saúde. Regulamentação Governamental. Regulação e Fiscalização em Saúde.

ROSADO, Lilian Barbosa. **Contracting Services in the SUS Hospital Network: The Case of Salvador.** Advisor: Isabela Cardoso de Matos Pinto. 2021. 59 f. ll. Dissertation (Masters in Public Health) – Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

Given the need for specialists and technological apparatus, the provision of hospital services of medium and high complexity (MAC) in the Unified Health System (SUS) has important participation of the non-profit private sector, through a contracting process for the provision of specialized services. As a result, the contracting public manager becomes required to monitor the contractual relationship, which is sometimes permeated by conflicts related to non-compliance with agreements. Thus, this study aimed to contract medium and high complexity hospital and outpatient services by the Municipal Health Department of Salvador, Bahia, through the analysis of documents that make up the contract and semi-structured interviews with municipal management technicians and hospital representatives. who carry out the monitoring of the agreement, seeking to identify the emerging problems of the contractual relationship in the light of the principal-agent theory. The results showed that the most apparent problems are related to the monitoring and control process, which has become more complex with the current format of the agreement. In addition, a more detailed study of the singularities of each institution would promote greater impact on compliance with the results agreement.

Keywords: Assistance quality. Public Health Administration. Evaluation of Health Programs and Projects. Health Assessment. Government Regulation. Health Regulation and Inspection.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS	9
2.1. OBJETIVO GERAL	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	10
4. REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DO PRINCIPAL - AGENTE.....	15
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6.1 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DA CONTRATUALIZAÇÃO	22
6.2 DIFERENÇAS DE MOTIVAÇÕES E OBJETIVOS	27
6.3 ASSIMETRIAS DE INFORMAÇÃO.....	29
6.4. DISTINTAS PROPENSÕES AO RISCO.....	33
6.5. DIFERENTES HORIZONTES DE PLANEJAMENTO	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Categorização do Estado da Arte	44
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
APÊNDICE C - Instrumento de Entrevista Semi-Estruturada	48
APÊNDICE D – Instrumento de Análise de Entrevistas	51
APÊNDICE E – Instrumento de Análise de dados documentais	52
ANEXO A – Termo de Anuênciā da Instituição Coparticipante.....	52

1. INTRODUÇÃO

A Média e Alta Complexidade (MAC) é composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência demanda a disponibilização de profissionais especialistas e a utilização de recursos tecnológicos (BRASIL, 2011). Corresponde, portanto, aos serviços médicos ambulatoriais, consultas especializadas, apoio diagnóstico e terapêutico, atenção hospitalar e de urgência/emergência (BRASIL, 2011; AGUILERA et al, 2013). Os procedimentos de MAC são relevantes para a garantia da assistência ao cidadão e continuidade do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção a saúde (BRASIL, 2011; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). No entanto, diversas problemáticas permeiam a sua oferta na rede pública de saúde. Pode-se citar a dificuldade de acesso, baixa resolutividade, superposição de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, baixa integração entre ações dos níveis de assistência, concentração de serviços em regiões de alta densidade populacional e o histórico entrave da sua oferta (SOLLA; CHIORO, 2012, GOMES et al, 2014).

Em face do alto custo e densidade tecnológica dos procedimentos da MAC, quando verificada hipossuficiência de serviços, o poder público poderá complementar sua rede por meio da contratualização (BRASIL, 2011, SANTOS; PINTO, 2017a; TONELOTTO et al, 2019). O acesso da população aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), se dá mediante atenção primária, entendida como primeiro nível de atenção a saúde, que deve estar qualificada para atender aos principais problemas de saúde da população. Os casos que não forem resolvidos de forma integral ou parcial neste nível devem ser referenciados para os serviços especializados da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2012).

Outra problemática da MAC já pautada pelos gestores do SUS, diz respeito ao impacto desse nível de atenção no orçamento da saúde haja vista que, os procedimentos envolvem alta tecnologia e alto custo, e correspondem aproximadamente a 37% dos recursos federais alocados no Orçamento da Saúde, seja por financiamento do Teto MAC ou do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (SANTOS, 2016; BRASIL, 2021; ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

Além dos aspectos mencionados, a oferta dos serviços de média complexidade corresponde a um dos principais pontos de entrave do sistema de saúde, com histórico de financiamento e organização baseada na lógica da oferta de procedimentos, que condiciona

a demanda por serviços sem considerar as necessidades de saúde da população (SOLLA; CHIORO, 2012; TONELOTTO et al, 2019).

Sabe-se que diante da necessidade de especialistas e aparato tecnológico, a prestação de serviços de MAC hospitalar no SUS tem importante participação do setor privado sem fins lucrativos, mediante processo de contratualização para prestação de serviços especializados (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

Assim, reitera-se as muitas dificuldades para manutenção de um modelo de gestão pública no SUS que consiga assegurar a prestação dos serviços à população sem depender da complementação do setor privado (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015). E, quando se faz necessária tal complementação, os baixos valores da tabela SUS para a maioria dos procedimentos prejudicam o processo de contratação de serviços, demandando alternativas extras para mediar o custeio, a exemplo dos incentivos de complementação de valor para alguns procedimentos, criados pelos gestores municipais do SUS.

Esses efeitos na atenção ambulatorial, bem como a defasagem dos valores da tabela SUS, dificultam a aquisição de serviços e forçam uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema (SOLLA; CHIORO, 2012).

Para tanto, a contratação da rede complementar deve, preferencialmente, ser de natureza filantrópica e sem fins lucrativos, observando-se os princípios e diretrizes do SUS, atendendo às necessidades de ampliação da oferta conforme programação pactuada e respeitando os parâmetros de cobertura assistencial e recursos financeiros disponíveis para a definição do objeto e do quantitativo contratado (BRASIL, 2016).

Ao efetivar esta contratualização de caráter complementar, o gestor público contratante passa a ser demandado de ações de monitoramento da relação e que passa ser estabelecida entre a gestão pública e o prestador de serviços. Por vezes, tal relação se caracteriza por conflitos relacionados ao descumprimento das pactuações, bem como dos princípios, diretrizes e normativas do SUS (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

O processo normativo que sustenta a decisão pela contratualização complementar é amparada por marcos legais, normativos e documentos institucionais, a exemplo da Constituição Federal do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, Normas Operacionais Básicas (NOB) 1993 e 1996 e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 (BRASIL, 1988, 1990, 1993, 1996). Estes fortaleceram a gestão plena do sistema pelos estados e municípios, que culminou na corresponsabilização acerca da pactuação intermunicipal e contratualizações para

composição da oferta de serviços da Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2006, 2013, 2015a).

No tocante a formalização da contratualização, os instrumentos utilizados segundo o Art. 24 da Portaria de Consolidação do Gabinete do Ministério da Saúde (PRC/GM/MS) nº 02/2017, podem ser, contrato de gestão, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), termo de parceria, convênio ou contrato administrativo (BRASIL, 2017b). Quando se tratar de uma parceria, em que se estabeleça vínculo de cooperação entre as partes (entes públicos), ou transferência da responsabilidade da execução de diversas atividades por terceiros, incluindo na área da saúde (instituições privadas qualificadas pelo poder público), o instrumento utilizado é o PCEP ou o contrato de gestão (AGU, 2011; SANTOS; PINTO, 2017a).

Quando a intenção é complementar a oferta de serviços, deve-se estabelecer os instrumentos de convênio ou contrato administrativo. No caso do convênio, a parte contratada é uma entidade benéfica sem fins lucrativos, empresas ou fundações públicas; e, no caso do contrato administrativo, pode-se estabelecer a relação com qualquer instituição pública ou privada, com ou sem fins lucrativos (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015, SANTOS; PINTO, 2017a).

Desta forma, em justificativa a insuficiência da rede de serviços, e com autonomia para resolução desta problemática (conforme amparada por portarias e normativas ministeriais), os gestores do SUS contratualizam com entidades privadas ou filantrópicas, mediante convênios ou contratos administrativos (CAMPOS, 2008; BRASIL, 2017a).

A ampliação da oferta de serviços por contratualização no SUS, possibilitou a manutenção de um espaço para o setor privado dentro do SUS gerando, em muitos casos, situações conflituosas na arena das negociações e pactuações com vistas à oferta de serviços de saúde, envolvendo gestores estaduais e municipais e também provedores privados de serviços (ROMANO; SCATENA, 2014). Todavia, o monitoramento da rede complementar contratada surgiu como um desafio ao gestor público. Neste, o prestador de serviços traz consigo conflitos correlacionados a pouca transparência e descumprimento de princípios, diretrizes e normativas do SUS (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015), exigindo, consequentemente, maior habilidade do ente público contratante.

Diante das nuances acerca da Contratualização em Saúde, investiu-se na busca da produção científica (Apêndice A), cuja compreensão contempla três dimensões temáticas. A primeira corresponde as etapas do processo de contratualização, com discussões acerca da prestação de contas e forma de pagamento por desempenho (MOREIRA; COSTA,

2010; MILLS; BATCHELOR, 2011; MONTEIRO et al, 2017).

A segunda traz o processo de inovação na contratualização de serviços, mediante contratação de Organizações Não-Governamentais (ONG) e agências especiais para gestão de serviços (ALBUQUERQUE et al, 2015; NACHTNEBEL et al, 2015). E a terceira abordagem corresponde ao entendimento sobre a contratualização enquanto alternativa à gestão de serviços, especificamente no que tange a análise da relação entre os entes contratado e contratante, bem como sobre as proposições de mudanças necessárias no instrumento contratual (HEARD et al, 2011; HEARD; NATH; LOEVINSOHN, 2013; ZAIDI et al, 2015; VONG; RAVEN; NEWLANDS, 2018).

Vale destacar que não foram identificados estudos ou experiências de gestores públicos sobre a gestão dos contratos, principalmente correlacionado a prestação de serviços de MAC hospitalar, nem sobre as etapas de contratualização, que devem considerar desde a definição de necessidade de complementação da rede até o processo ou sistema de monitoramento e avaliação.

Portanto, essa ausência de parâmetros norteadores é desafiante para os municípios que exercem importante função na oferta da atenção especializada, principalmente aqueles que são pólo regional e possuem oferta de serviços de MAC hospitalar, pois se faz necessária a qualificação para exercício do monitoramento da oferta contratada (BRASIL, 2014; MATOS; POMPEU, 2003). Dentre estes municípios, estão as capitais brasileiras (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015; CASTRO; OLIVEIRA, 2015), tal qual o caso de Salvador, na Bahia.

Considera-se que a capital baiana concentra maior densidade de leitos hospitalares e serviços de atenção ambulatorial especializada do estado, apesar disso, a cobertura da MAC hospitalar na capital sempre foi determinada pela compra de serviços prestados complementarmente (SANTOS, 2016). Em 2006, o município de Salvador foi habilitado à condição de Gestão Plena do Sistema municipal de saúde, mediante Portaria nº 465 do Ministério da Saúde, na oportunidade, passou a ofertar de forma complementar os serviços de MAC hospitalar.

Somente em 2018, o município inaugurou sua primeira unidade hospitalar própria, com modelo de gestão indireta por Organização Social. E, atualmente, conta com 27 estabelecimentos de saúde que atendem média e alta complexidade na rede própria, além do hospital municipal, e 105 da rede complementar. Do total de estabelecimentos da rede complementar 78 são privados e 27 são filantrópicos. Dentre as instituições filantrópicas, existem 06 hospitais; todos contratualizados dentro dos moldes da política de

contratualização do SUS. Este processo de ampliação da rede e diversidade de serviços, tem levado a SMS de Salvador a uma restruturação tecnoburocrática e, possivelmente, de desenvolvimento da capacidade de instrumentalização contratual e mecanismos de monitoramento.

Com base na exposição da problemática e considerando o caso particular da capital baiana que concentra maior densidade de leitos hospitalares e serviços de atenção ambulatorial especializada do estado, questiona-se como se desenvolve a gestão de contratos de oferta de serviços da MAC hospitalar no SUS pela Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, Bahia? Como se dá a identificação das necessidades de contratação de oferta complementar? Como são selecionadas as entidades prestadoras na contratualização? Quais especificações e responsabilidades contratuais entre as partes enquanto contratante e contratado? E quais mecanismos de pagamento e de prestação de contas, monitoramento e avaliação?

Diante dos questionamentos levantados, objetiva-se **analisar a contratualização de serviços hospitalares e ambulatoriais da média e alta complexidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia.**

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

- Analisar contratualização de serviços hospitalares e ambulatoriais da média e alta complexidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia, entre o período de 2013 e 2020.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar como é definida a necessidade de contratação de serviços hospitalares e ambulatoriais da média e alta complexidade de forma complementar ao SUS pela SMS do Salvador.
- Caracterizar o instrumento contratual utilizado pela SMS do Salvador e suas especificidades acerca do objeto contratado e mecanismos de pagamento.
- Analisar como a SMS do Salvador gerencia os contratos com a rede complementar.

3. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

Em vista de um maior aprofundamento relativo ao tema da Contratualização em Saúde, realizou-se aproximação com a literatura científica nacional e internacional, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), cujo período inicial de coleta foi inespecífico e o término em 2019, e seguiu recomendações do protocolo Prisma (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015). Foram utilizados os Descritores em Saúde (DECS): “Qualidade da assistência”, “Administração em Saúde Pública”, “Avaliação de Programas e Projetos de Saúde”, “Avaliação em Saúde”, “Controle Social Formal”, “Regulamentação Governamental” e “Regulação e Fiscalização em Saúde”. Cada um desses descritores foi correlacionado com o descritor “contratos” e boleador AND, sendo encontrados 307 documentos, após exclusão dos duplicados.

Na revisão, o tratamento dos dados foi iniciado desde a pré-seleção com leitura dos títulos, permitindo exclusão de 263 documentos por não estarem relacionados a temática da contratualização em saúde. Dos 44 restantes, apenas 22 correspondiam a artigos publicados, que foram lidos em sua versão completa. A partir dos seus conteúdos, foram identificadas algumas temáticas correlacionadas com o tema principal (Apêndice A).

Após o processo de eleição dos artigos correlacionados com a temática da contratualização, estes, foram categorizados em três dimensões temáticas. A primeira dimensão corresponde as etapas do processo de contratualização, com discussões acerca da prestação de contas e forma de pagamento por desempenho (MOREIRA; COSTA, 2010; MILLS; BATCHELOR, 2011; MONTEIRO et al, 2017), a segunda traz o processo de inovação na contratualização de serviços, mediante contratação de Organizações Não-Governamentais (ONG) e agências especiais para gestão de serviços (ALBUQUERQUE et al, 2015; NACHTNEBEL et al, 2015) e a terceira abordagem corresponde ao entendimento sobre a contratualização enquanto alternativa à gestão de serviços, especificamente no que tange a análise da relação entre os entes contratado e contratante, bem como sobre as proposições de mudanças necessárias no instrumento contratual (HEARD et al, 2011; HEARD; NATH; LOEVINSOHN, 2013; ZAIDI et al, 2015; VONG; RAVEN; NEWLANDS, 2018). No que se refere a dimensão da *Prestação de contas e pagamento por desempenho*, os estudos encontrados apontam dificuldades de mensuração e consequente identificação dos resultados alcançados (MOREIRA; COSTA, 2010; MILLS; BATCHELOR, 2011; MONTEIRO et al, 2017). Para Moreira e Costa (2010) e Monteiro et al (2017), a verificação de metas, e a sua monitorização e acompanhamento devem ser decisivas para que a gestão e os profissionais de saúde definam

trajetórias e objetivos de desempenho; faz-se necessária a revisão constante dos indicadores de base no intuito de orientar a evolução para indicadores de resultados. Entretanto, vale destacar que não foram identificados estudos ou experiências de gestores públicos sobre a gestão dos contratos que considerassem todas as etapas da contratualização. Para Santos et al (2018), é notória a fragilidade acerca da metodologia de monitoramento e controle da tecnoestrutura hospitalar, decorrente da baixa correlação entre metas e necessidades de saúde do território, insuficiência de indicadores de monitoramento e incipiente análise crítica do desempenho apresentado nos relatórios de acompanhamento. Com relação à *Contratualização como alternativa para superação de desafios*, alguns autores concluíram que não houve alteração significativa quanto ao padrão de compra e venda de serviços, não se constituindo, de fato, em um processo fortalecedor do papel da esfera pública (ALBUQUERQUE et al, 2015; NACHTNEBEL et al, 2015), visto que, os estabelecimentos contratualizados desenvolveram suas atividades sem os efetivos mecanismos de controle, externo e interno, imprescindíveis ao uso adequado dos recursos públicos. Ainda segundo Albuquerque et al (2015), e Nachtnebel et al (2015), apesar de evidências indicarem que as contratações podem melhorar os resultados dos serviços de saúde em áreas carentes, estes fatores são fortemente influenciados por questões contextuais, funções atribuíveis a um conjunto de atores-chave, tipo de serviços prestados, demanda da comunidade, autonomia do prestador e capacidade de governança. No contexto da *inovação na contratualização de serviços*, uma das alternativas encontradas na literatura foi à contratação de ONGs e agências especiais para gestão de serviços. Estas alternativas foram decorrentes do aumento dos custos e a necessidade em melhorar os serviços de saúde, a partir da compreensão de maior eficiência para realização da gestão de serviços pelo setor privado, que anteriormente eram realizados pelo estado (HEARD et al, 2011; HEARD; NATH; LOEVINSOHN, 2013; ZAIDI et al, 2015; VONG; RAVEN; NEWLANDS, 2018). Para Heard et al (2011), os resultados do estudo realizado em Utah Pradesh na Índia, mostraram que as ONGs selecionadas possuíam histórico de implementação de pelo menos dois projetos expressivos e apesar de pequenas eram bem estabelecidas, porém, em geral possuíam mais experiências não relacionadas à saúde. Com relação às variáveis utilizadas para análise, a experiência de treinamento, a qualidade da proposta e a 'saúde' contida nos objetivos da organização foram preditores estatisticamente significativos de bom desempenho. Já a capacidade financeira, qualificação de pessoal, experiência anterior em projetos de saúde e tempo do estabelecimento tiveram pouca influência.

Ainda no que se refere à contratação de ONGs, segundo estudo realizado por Alonge et al (2015) no Afeganistão, apesar do progresso na melhoria dos resultados da saúde, a

desigualdade no acesso persiste entre os pobres e os não-pobres. Outro modelo para gestão de serviços apresentada na literatura são as Agências Operacionais Especiais (SOA) do Camboja, uma forma de contratação interna, introduzida em distritos pelo Ministério da Saúde do país em 2009. No tocante a esta experiência, há relatos quanto ao aumento na utilização dos serviços pela população em geral, embora alguns achados questionem se esse aumento é atribuível ao modelo de contratação. Outro aspecto observado nesse estudo é a necessidade em capacitar para o devido planejamento e monitoramento dos contratos em níveis distintos do sistema de saúde (VONG; RAVEN; NEWLANDS, 2018). Para a modelagem das Agências, alguns efeitos positivos se apresentaram no comportamento da equipe, a exemplo da maior pontualidade e percepção de melhor qualidade no atendimento. Estes efeitos, segundo o estudo, foram promovidos pela adesão às normas trabalhistas estipuladas nos contratos e fornecimento de incentivos (VONG; RAVEN; NEWLANDS, 2018). Nessa perspectiva, dois estudos, um na região sudeste do Brasil e o outro em Londres, no Reino Unido, apresentaram propostas para melhorar o processo de contratualização, principalmente, com o intuito de aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação. Para Leite e col. (2010), é preciso reformular os contratos dos programas estaduais, bem como adotar instrumento jurídico único que centralize a formalização do conteúdo. Essa mudança da lógica contratual tem como finalidade tornar o processo mais objetivo, organizado e transparente, propiciando uma gestão mais eficiente e que promove uma relação de parceria. O modelo proposto busca contribuir com o aprimoramento da gestão dos contratos assistenciais no Estado de Minas Gerais, além de viabilizar a existência de um processo de acompanhamento e avaliação, até então não efetivo nos processos de contratação da SES/MG (AU) (LEITE et al, 2010). Acerca da relação contratado-contratante, foram encontradas evidências em estudo sobre o Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS), realizado após reformas na década de 90, que demonstram a relevância prática da Teoria dos Contratos na compreensão da reforma do mercado de serviços de saúde, na qual as características dos serviços de saúde que estão sendo adquiridos e das partes contratantes podem influenciar a escolha da forma do contrato (CHALKLEY; MCVICAR, 2008). Outra importante temática, tratada por um estudo realizado na Colômbia, corresponde à adequação das cláusulas contratuais, buscando a responsabilização das empresas contratadas para prestação de serviços com a saúde dos usuários. O Tribunal Constitucional da Colômbia exigiu que as empresas privadas avaliassem o estado de saúde dos pacientes e proibiu cláusulas preexistentes e de exclusão que diminuíssem as suas responsabilidades (QUINTANA-CEPEDA, 2016). Além dos aspectos já mencionados com relação à inovação no processo de

contratualização, monitoramento dos contratos e relações contratuais, alguns autores também trouxeram discussões importantes acerca do controle por meio das entidades reguladoras da saúde (CONTREIRAS; MATTA, 2015; ARAÚJO; NASCIMENTO; PEREIRA, 2019). Esta exposição dos achados, demonstra que há uma limitação quanto às condições prévias para que se obtenha êxito no processo de contratação. Outro aspecto corresponde ao fortalecimento do setor privado, que preserva suas bases de financiamento público mediante sua presença organizada nas arenas decisórias públicas, com o Estado, e nos fluxos do mercado. E em decorrência do mau desempenho na prestação de serviços contratados, muitos contratos não são renovados, sinalizando a necessidade em selecionar de forma mais criteriosa as instituições parceiras. Portanto, atenta-se para a lacuna de conhecimento acerca da relação entre as partes do contrato, apontando a relevância deste fato enquanto objeto de estudo.

Segundo Lima e Rivera (2012), a temática da contratualização tem permeado todos os níveis de atenção à saúde, sob a justificativa de melhorar o desempenho dos prestadores e incrementar a prestação de contas para os usuários, financiadores e governantes. Desta forma, buscando o aprofundamento sobre o tema, a pertinência dessa justificativa e o conhecimento sobre possíveis outras, seguem breves notas sobre a contratualização no Brasil e as influências nacionais e internacionais, para enfim seguir com o caso de estudo.

No âmbito mundial, desde a década de oitenta, vários países realizam reformas administrativas, políticas ou econômicas, algumas na perspectiva dos modelos de gestão de serviços públicos, na tentativa de reduzir o déficit fiscal através da privatização de serviços, investir na qualidade do serviço prestado ou na descentralização dos processos políticos e administrativos. Nesse período o processo de reforma na gestão, sofreu influências dos fundamentos da Nova Gestão Pública (NGP), e a partir do surgimento de temas como “crise e reforma do Estado”, nos Estados Unidos e Inglaterra, esse processo de reforma na gestão se difundiu para outros países (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Salienta-se que em alguns sistemas de saúde, principalmente europeus, o Estado adotou a separação das funções de financiamento e prestação de serviços, também através da contratualização, sob a justificativa de melhorar a coordenação e o desempenho dos serviços, e garantir mais transparência na prestação de contas (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Esse movimento ainda na década de 80, buscava implantar padrões empresariais na administração pública, reduzindo o Estado, na tentativa de melhorar o desempenho, com vistas a orientação para os resultados e o incremento da prestação de contas (BRESSER PEREIRA, 1988; NEY; PERANTONI; LAPÃO, 2015). A temática da contratualização de

serviços, apesar de ser predominante no setor privado, têm se mostrado cada vez mais presente no serviço público, tendendo a um crescimento no setor saúde, atrelado as reformas dos sistemas de saúde, ou sob influência destas (BRESSER PEREIRA, 1988; NEY; PERANTONI; LAPÃO, 2015; ALBUQUERQUE; MORAES; LIMA, 2015). Considerando essa mesma tendência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), traduzem a contratualização como uma ferramenta capaz de contribuir com a mudança da lógica de alocação de recursos centrada nas necessidades dos serviços bem como para uma adequada distribuição desses recursos ao contemplar prioridades assistenciais voltadas para os usuários. Utilizada nas relações existentes tanto entre os setores público e privado, quanto das relações que envolvem apenas entes públicos (ALBUQUERQUE; MORAES; LIMA, 2015). No contexto do Sistema de Saúde brasileiro a contratualização de serviços de saúde teve origem histórica no processo de organização do sistema previdenciário, com a criação das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões. Pensando na oferta de serviços de saúde aos trabalhadores formais, vinculados a estas instituições organizadas, foram contratados serviços privados, já que não havia capacidade pública instalada suficiente neste período (BATICH, 2004; UNICAMP, 2016). Em 1966 houve a centralização desses órgãos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a contratação de serviços de saúde tornou-se uma prática predominante, especialmente de instituições hospitalares privadas ou filantrópicas, que começaram a se expandir, através de incentivos governamentais (BATICH, 2004; UNICAMP, 2016). Porém, foi a partir de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso e com o Plano Diretor de Reforma do Estado, que se preconizou a chamada *modernização da gestão*, com a proposta de superação da administração burocrática e introdução da chamada “administração gerencial” (BRESSER PEREIRA, 1998; ALBUQUERQUE; MORAES; LIMA, 2015; LEITE, 2019). Esse debate influenciou o processo de construção do SUS, implicando na busca por alternativas de gestão das organizações governamentais. Ainda, considerando os achados sobre o tema, porém no âmbito jurídico-normativo, têm-se no contexto da legislação brasileira a possibilidade de participação da iniciativa privada de forma complementar, sustentada em diversos marcos legislativos e documentos institucionais, a exemplo da Constituição Federal do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e Normas Operacionais Básicas (NOB) 1993 e 1996 (BRASIL, 1988, 1990, 1993, 1996). Com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, ficou estabelecido o Plano Diretor de Regionalização (PDR) com o qual se busca organizar o processo de regionalização e hierarquização da assistência, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de

complexidade dos serviços de saúde, subsidiando a Programação Pactuada Integrada (PPI), que efetivaria o que foi pactuado (BRASIL, 2001, 2002). Com a consolidação do processo de Gestão Plena do Sistema proposto pelo Pacto pela Saúde, reordenou-se o processo de gestão do SUS de modo que os municípios passaram a ter maior autonomia administrativa (BRASIL, 2006). Até que em 2017, surgem as Portarias de Consolidação do Gabinete do Ministério da Saúde (PRC/GM/MS) nº 01 e 02, que dispõem sobre o processo de gestão do SUS, organização e funcionamento no tocante à contratualização hospitalar, respeitando a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), e aponta a contratualização como um dos eixos estruturantes desta política (BRASIL, 2017a; 2017b). Assim, considerando os achados na literatura científica nacional e internacional, bem como a evolução histórica do processo de contratualização no Brasil, através de marcos legislativos, nota-se um fortalecimento da temática, que em toda a sua complexidade, também se trata do estabelecimento de relações, envolvendo sobretudo questões políticas e econômicas. Desta forma, foi utilizado um referencial teórico que tem como eixo central a análise das relações, a partir das problemáticas que permeiam as relações entre o contratante e contratado.

4.REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DO PRINCIPAL - AGENTE

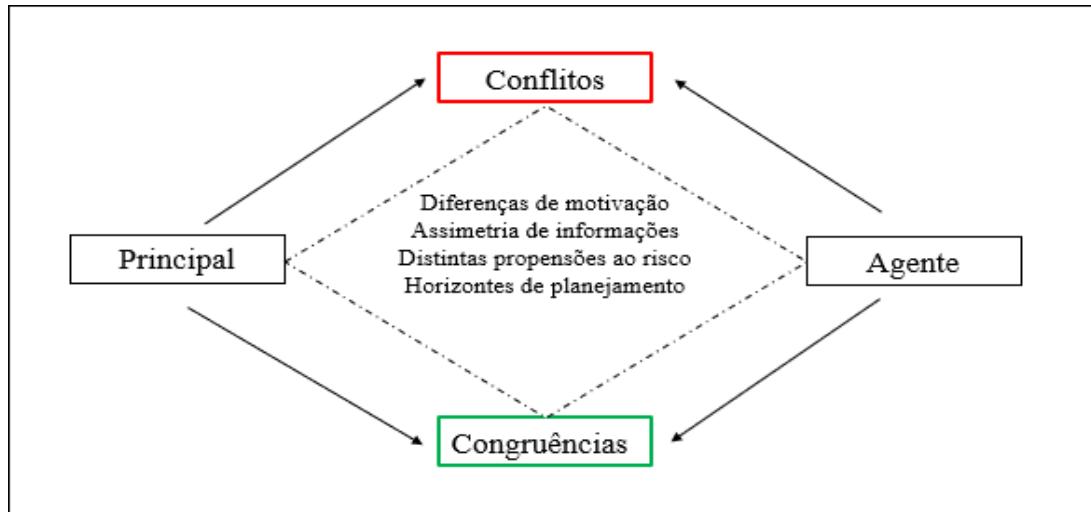
A relação entre os envolvidos no processo de contratualização de serviços da MAC hospitalar no município de Salvador é caracterizada por uma complexa trama de conflitos de interesse e de poder, que podem ser analisados à luz da teoria do principal – agente ou Teoria da Agência. Esta teoria faz uso de aspectos relativos ao contexto econômico, relações de consumo, funcionamento de mercado e ideias oriundas de estudos organizacionais e comportamentais, diferenciando os envolvidos em principais e agentes.

Para Jensen e Meckling (1976, 2008), a teoria da agência trata do relacionamento entre agentes nas trocas econômicas, onde o principal tem poder sobre o comportamento do agente em seu favor, e as decisões do agente influenciam o bem-estar do principal. O principal é a parte que delega as atividades para que o agente as execute. Ainda, segundo a teoria da agência, diversos problemas e custos estão envolvidos nessas relações.

Com relação aos diferentes tipos de problemas de agência, esses podem ser originários de *diferenças de motivação e objetivos* entre principal e agente, *assimetria de informação*, *preferência de risco das partes* e *horizonte de planejamento* (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

Desta forma, a lógica do referencial, considerando os seus elementos constitutivos, pode ser representada através da figura abaixo.

Figura 1 – Síntese representativa da lógica referencial da Teoria do Principal – Agente.



Fonte: adaptado de Sato (2007).

O primeiro tipo de problema corresponde a diferenças de motivação, ou seja, agente e principal possuem metas divergentes, ambas as partes procuram maximizar sua função a partir da relação contratual. Para Oliveira e Fontes Filho (2017), nem sempre o agente vai agir no melhor interesse do principal, que por sua vez pode limitar interesses divergentes aos seus, estabelecendo incentivos apropriados para o agente e implicando em custos de monitoramento, estes gerados para limitar excessos ou atividades inapropriadas do agente.

As *assimetrias de informação* entre o principal e o agente, por sua vez, podem criar condições para que o segundo transmita informações incompletas ou tendenciosas, voluntariamente ou não. Outro aspecto é que agentes e principais também podem fazer uso de informações exclusivas e do poder de coerção no intuito de influenciar contratos que estejam demasiadamente favoráveis a uma determinada parte, visto que, conforme pontuado pela teoria da agência, a informação é naturalmente assimétrica. Para Williamson (1987), “A ação oportunista é sempre maliciosa e envolve mentira, roubo, trapaça e formas sutis de fraude”. Esse oportunismo, na teoria da agência, manifesta-se tanto antes quanto depois, em relação ao momento da contratação, traduzindo-se nos problemas de *seleção adversa* e de *risco moral*, respectivamente.

O oportunismo anterior ao processo de contratação se manifesta por meio dos problemas de seleção adversa. Segundo a teoria da agência, os agentes são mais adversos ao risco, justamente por possuírem menor poder de negociação que seus principais.

No setor saúde, as instituições estão expostas aos riscos da operação clínica (variação dos custos incorridos na prestação dos serviços clínicos), de eventos (variação na demanda por cuidados de saúde), de precificação (imprevisibilidade de despesas devido ao risco de eventos) e financeiro (riscos básicos a que todas as instituições estão expostas). Já o risco moral, tem maior importância no relacionamento entre usuários e prestadores, pois está relacionado, aos conceitos de necessidade e demanda, e principalmente ao processo de indução da demanda (SATO, 2007).

Para evitar a indução da demanda por serviços de saúde cuja necessidade é duvidosa, é preciso a criação de empecilhos por parte do principal buscando evitar que os agentes atuem em desacordo com seus interesses.

Por fim, o problema de agência ligado à incompatibilidade de *horizontes de planejamento* se dá em razão da relação de instabilidade que o agente tem com a organização. Guimarães dos Santos (2015) alega que, frequentemente, o agente necessita alocar esforços em ações cujos efeitos se dão no curto ou no longo prazo, mas que sua preferência costuma ser pelas ações que trazem resultados no curto prazo.

Para Ménard e Shirley (2014), a teoria enfatiza a busca pelo modelo de contrato que melhor administra o acordo entre o principal e o agente, ambos se comportando de forma racional e motivada por interesses próprios. A definição da modelagem contratual mais adequada pode gerar redução dos custos.

O desafio maior do principal é assegurar que seu interesse seja cumprido pelo agente. É importante comparar as vantagens de um contrato baseado em um comportamento específico por parte do agente com as de um contrato que vise à entrega de resultados previamente definidos. Nos casos em que existe acesso à informação completa e o principal tem condições de observar as ações do agente, a modelagem contratual mais eficiente é aquela baseada no comportamento do agente; do contrário, o contrato deve-se considerar a entrega de resultados (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

Os contratos têm a função de determinar como cada agente deve atuar e a probabilidade desta atuação atender à expectativa do titular. De acordo com essa teoria deve-se especificar o contrato mais eficiente, de forma a minorar os problemas que podem acontecer na relação de agência, pois cada um age de acordo com um comportamento racional e motivado por interesse próprio (EISENHARDT, 1989).

No caso da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador tem-se na sua estrutura organizacional, a Coordenadoria de Controle e Avaliação, que através da Subcoordenadoria de Controle realiza o acompanhamento e monitoramento dos contratos ou

convênios estabelecidos com instituições filantrópicas e privadas sem fins lucrativos. Há ainda o estabelecimento de relação contratual com instituições privadas, porém nestes casos, o processo de pagamento ocorre apenas por produtividade; não havendo Plano operativo com metas quantitativas e qualitativas a serem monitoradas, que irão impactar no valor mensal a ser repassado para o contratado.

Entretanto, no âmbito do monitoramento e controle das metas pactuadas podem surgir conflitos de interesses, haja vista que o objetivo da Secretaria deve se constituir na garantia da oferta de serviços de saúde para a população, buscando estabelecer contratos com prestadores que complementem a oferta de serviços da rede própria. Ou seja, o primeiro aspecto a ser considerado no estabelecimento da relação contratual é a necessidade do serviço buscando a garantia da integralidade do cuidado. Porém, além da necessidade do serviço contratado para a rede de atenção, podem surgir conflitos políticos e econômicos entre os atores do contrato visando interesses particulares.

Desta forma, a utilização do referencial teórico da teoria da agência, visa contribuir com a análise da relação entre os atores da SMS do Salvador e os prestadores filantrópicos e privados sem fins lucrativos contratualizados.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Após realização da revisão da literatura para identificação de publicações científicas no âmbito nacional e internacional sobre a temática da contratualização, foi realizada pesquisa qualitativa de caráter exploratório, fundamentada nas análises documental e das entrevistas, utilizando contratos, planos operativos, relatórios de acompanhamento e atas do período de 2013 a 2020, que são os instrumentos de acompanhamento e prestação de contas. Esse processo buscou maior aprofundamento analítico sobre o ponto de vista da estruturação dos instrumentos e evolução das premissas de controle estabelecidas ao longo do tempo na gestão municipal.

- **Lócus do estudo**

A definição do lócus corresponde a realização das entrevistas e análise documental. Na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia, a Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA) é parte da estrutura organizacional que se vincula diretamente ao Gabinete do Secretário e se estrutura em Gerência Executiva de Regulação (GER) e Coordenadoria de Controle e Avaliação (CCA).

A GER é composta pelas Subgerências de Regulação Ambulatorial e de Regulação Hospitalar, que dentre as suas atividades respondem pelo processo autorizativo de procedimentos de alta complexidade e regulação de leitos de forma articulada a gestão estadual, respectivamente. Enquanto a CCA se subdivide nas Subcoordenadorias de Processamento, Avaliação e Controle que se responsabilizam pelo monitoramento dos contratos para aquisição de serviços complementares ao SUS entre a SMS e prestadores de serviços privados e filantrópicos.

A Subcoordenadoria de Processamento, busca manter atualizados os Sistemas de Cadastro de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - SCNES, Informação Ambulatorial - SIA/SUS, Informações Hospitalares Descentralizado - SIHD, Programação Físico-Orçamentária - PFO, e executa as atividades referentes ao processamento dos sistemas do DATASUS. A Subcoordenadoria de Avaliação de Serviços de Saúde, realiza a avaliação das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade – ambulatorial e hospitalar, da SMS, com ênfase nas redes de atenção à saúde preconizadas pelo MS, considerando os parâmetros, procedimentos e periodicidade das ações de acompanhamento desta secretaria. E a Subcoordenadoria de Controle, que se constitui como o lócus principal do estudo, tem como função o monitoramento dos contratos de prestação de serviços complementares da SMS com instituições filantrópicas por meio de Comissões de acompanhamento.

Vale destacar que o município até o ano de 2017 não possuía equipamento de atenção hospitalar em sua rede própria, o que ocorreu com a inauguração do Hospital Municipal do Salvador (HMS); portanto, até o ano de 2017 a rede hospitalar era constituída pela rede complementar contratualizada. Importante salientar, que a gestão do HMS é realizada por uma Organização Social de Saúde (OSS) mediante um contrato de gestão; o acompanhamento deste contrato é realizado por uma comissão específica vinculada a outra diretoria desta SMS.

No que se refere a rede complementar, atualmente a SMS possui convênio com 12 instituições filantrópicas, ou seja, do total de contratos de serviços complementares com instituições privadas e filantrópicas, apenas 12 são acompanhados pelas comissões de acompanhamento. Deste total, 6 correspondem a instituições hospitalares, sendo duas instituições com serviços específicos de oftalmologia e apenas com a modalidade hospital/dia; e quatro possuem características de atendimento bastante específicas, com foco em algumas especialidades, oferta de serviços apenas da média complexidade e contratos com menor valor agregado. Portanto, duas instituições se destacam pela complexidade e variedade dos serviços ofertados, que implicam em habilitação ministerial em serviços de alta complexidade do SUS

e consequentemente maior valor global contratado, e, por isso, foram consideradas como objetos dessa análise.

- **População de estudo**

A população foi constituída pelos membros das comissões de acompanhamento dos convênios e chefias da SMS que possuem envolvimento com o processo de monitoramento dos contratos da MAC hospitalar da SMS do Salvador. Os membros dessas comissões que participaram do estudo foram os técnicos da SMS (profissionais de nível superior) e representantes dos prestadores de serviços responsáveis pela gestão do contrato com o SUS.

Desta forma, foram cinco entrevistados, uma chefia e dois técnicos componentes da comissão de acompanhamento, bem como dois representantes das instituições analisadas, que acompanham o processo de contratualização. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

- **Plano de coleta de dados**

Para análise empírica, adotou-se entrevistas semiestruturadas e análise de documentos. O roteiro de entrevista orientou o diálogo com finalidades pré-estabelecidas, mas permitindo readequações a partir das falas dos participantes, possibilitando maior compreensão e aprofundamento, para delineamento do objeto estudado (MINAYO, 2010). Desta forma, questões condutoras compuseram o instrumento de entrevistas semiestruturadas (Apêndice C). As entrevistas foram agendadas previamente e individualmente com cada um dos participantes.

Para análise documental, adotou-se planilha em Microsoft Excel para inclusão das informações contidas nos documentos descritivos, Relatórios mensais de avaliação e Atas das reuniões entre contratante e contratado. Os documentos foram concedidos pela SMS/DRCA, em maio de 2021. A análise considerou documentos elaborados a partir de 2013, já que neste ano foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Outro marco a ser considerado, foi a realização do primeiro Chamamento público para instituições filantrópicas pela SMS, publicado em 2018.

- **Plano de tratamento e análise dos dados**

As entrevistas foram gravadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), transcritas na íntegra e lidas em profundidade para identificação de núcleos de sentido. Em seguida, estes núcleos foram categorizados conforme elementos do referencial teórico e, então, foi realizada a análise de conteúdo (MINAYO, 2012).

As falas dos participantes foram correlacionadas aos quatro elementos centrais da Teoria do Principal-Agente, que correspondem as origens dos principais problemas de agência: *diferenças de motivação e objetivos entre principal e agente, assimetria de informação, preferência de risco das partes e horizonte de planejamento* (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017; JENSEN; MECKLING, 2008). A análise tratou de identificar, a partir dessas quatro categorias, os principais elementos de congruência e conflito entre as partes.

A análise documental se deu a partir da leitura dos documentos incluídos na íntegra, extração dos aspectos relacionados aos compromissos pactuados nos Planos Operativos e apresentados nos relatórios de avaliação. Posteriormente, as informações extraídas foram correlacionadas com as entrevistas e referencial teórico adotado.

- **Aspectos Éticos**

O plano de produção e tratamento dos dados respeitou os princípios éticos (BRASIL, 2012); adotou entrevista semiestruturada validada através de pré-campo, realizada presencial ou virtualmente, conforme a disponibilidade do entrevistado, após apresentação e assinatura do TCLE (Apêndice B), gravadas, transcritas na íntegra, submetidas ao referencial teórico-analítico e arquivadas por cinco anos. Esta pesquisa seguiu rotinas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do ISC-UFBA. Assim, respeitou as recomendações oriundas da pré-banca de qualificação do projeto e, após readequações, foi concedida anuência pela instituição parceira (Anexo A) e submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Tendo sido aprovado com CAAE nº 43330621.6.0000.5030, iniciou contatos para agendamento com participantes e realização de entrevistas semiestruturadas, respeitando Resolução nº 466/2012 quanto aos aspectos bioéticos como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando direitos e deveres dos participantes (BRASIL, 2012).

O sigilo dos dados coletados será assegurado através do comprometimento ético dos pesquisadores no manuseio e tratamento destas informações. Todas as informações serão

arquivadas em local apropriado, não sendo utilizada para qualquer outra finalidade, além dos objetivos propostos nesta investigação.

As atividades que serão desenvolvidas ao longo desta pesquisa não trazem risco adicional às pessoas submetidas às investigações, sendo os dados obtidos durante o estudo, de responsabilidade e autoria científica da equipe envolvida na execução deste projeto, e deverão ser divulgados em relatórios, eventos científicos e revistas científicas indexadas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos elementos constitutivos da Teoria do Principal-Agente, foram analisadas as evidências produzidas no estudo e os elementos para discussão foram desdobrados a partir dos quatro elementos teóricos correspondentes aos problemas de agência, a identificação de conflitos e as congruências entre principal e agente.

Os resultados estão organizados em cinco subtópicos, sendo o primeiro relacionado a análise documental e os demais relacionados a entrevistas. Os subtópicos das entrevistas se estruturam a partir dos problemas de agência, como identificado no referencial teórico, e evidenciam como os representantes da SMS que atuam na gestão dos convênios interagem com os conflitos que se apresentam no contexto da relação com os gestores das instituições contratualizadas. Na sequência à apresentação do resultado é desenvolvida a análise do tópico, à luz do referencial teórico.

6.1 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DA CONTRATUALIZAÇÃO

A análise dos documentos que compõem o processo de contratualização estabelecido entre a gestão municipal e a instituição conveniada foi o momento inicial para compreensão do conteúdo dos acordos estabelecidos entre a SMS e os hospitais. Os documentos que formalizam e orientam o processo de acompanhamento dos convênios e consequente repasse de recursos correspondem ao termo de convênio e Plano operativo anual (POA). Para o acompanhamento das metas estabelecidas no POA, a Comissão de acompanhamento produz relatórios mensais e realiza reuniões que envolvem representantes da instituição prestadora de serviços, representantes do controle social e técnicos da Diretoria de Atenção à Saúde, especificamente das áreas temáticas que envolvem os serviços acompanhados.

Para a formalização da relação entre gestores públicos de saúde de Salvador e hospitais, para oferta de serviços no SUS, o instrumento estabelecido é composto por duas partes: o termo

do convênio e o documento descritivo. Eles são indissociáveis e contêm as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. Esta composição é estabelecida através de portarias ministeriais que tratam da contratualização no SUS, e mencionada em alguns estudos (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015; BRASIL, 2016).

O instrumento formal ou Termo de convênio, contém as responsabilidades do contratado e contratante. No caso do hospital, as responsabilidades são relativas aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa. Enquanto para o contratante, especificam-se as responsabilidades por parte da União, Distrito Federal, Estado e Municípios, os recursos financeiros com sua respectiva fonte, forma de repasse condicionados ao cumprimento de metas e qualidade assistencial prestada, sanções e penalidades conforme legislação específica, constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização. Além de ser acompanhado do respectivo documento descritivo como anexo, onde estão especificadas as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento.

Em virtude da variedade e complexidade dos serviços contratualizados, foram analisadas duas instituições, a partir da leitura dos termos de convênio, planos operativos, relatórios e atas do período de 2013 a 2020, no intuito de identificar as principais mudanças ocorridas nestes instrumentos ao longo desses anos, além da realização do chamamento público precedente ao estabelecimento do convênio.

No que tange ao Termo de Convênio, nota-se que as cláusulas passaram a ser mais detalhadas, além da menção a diagnósticos regionais, análise de perfil populacional e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Outro aspecto observado foi a manutenção dos parâmetros mínimos, nos caso de habilitação em serviços de alta complexidade do Ministério da Saúde.

O Termo também passou a incorporar uma cláusula relacionada as condições gerais de prestação de serviços, que orienta a articulação do serviço com o processo regulatório da rede, e a garantia do acesso através da publicação da agenda e atualização constante dos sistemas de informação. Os encargos comuns, bem como as obrigações de cada ente passaram a incluir questões específicas do processo diário de atendimento. Em 2013 o hospital possuia como encargo apenas o cumprimento das metas e condições especificadas no Plano Operativo, ou seja, as obrigações esperadas durante o processo de prestação da assistência ao usuário e a interlocução com a rede, não necessariamente seriam monitorados pela SMS, visto que não estavam descritos com clareza nos instrumentos.

No que se refere ao repasse dos recursos financeiros, a cláusula contratual do atual Convênio expressa os valores para cada modalidade de atendimento, seja ambulatorial ou

hospitalar, anteriormente no Termo, os recursos eram apresentados por tipo de financiamento e complexidade, se média ou alta, porém, sem distinguir o recurso determinado para o atendimento ambulatorial e hospitalar.

Outra mudança importante é o percentual de repasse vinculado as metas, antes 10% do pré fixado da média complexidade era atrelado ao cumprimento das metas de qualidade, atualmente esse percentual corresponde a 40%. Com isso, 60% do pré-fixado passou a ser vinculado as metas quantitativas e não mais 90%. Ressalta-se que esta mudança se deu em virtude da Portaria GM/MS nº 3.410/2013, e já em 2014 foi incorporada pela SMS ao processo de análise de desempenho, nos casos em que o prestador não alcance 50% das metas por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, passará a receber por meio do faturamento dos procedimentos SUS por até 2 meses, período para apresentação de novo documento descritivo.

A nova modelagem do Termo de Convênio adotada pela SMS, além de incluir os aspectos observados na portaria supramencionada, incluiu uma clausula anticorrupção para orientação do hospital na relação com fornecedores e subcontratações, e passou a descrever o processo de gestão do convênio, que envolve outros setores da SMS, além da DRCA.

Com relação aos valores que envolvem os convênios analisados, é notório que o hospital 100% SUS, como já esperado, possui maior valor global, entretanto, ambos apresentaram similaridade no percentual de recursos por complexidade dos procedimentos, considerando que

houve redução do valor correspondente a média complexidade, e ajuste proporcional de aproximadamente 20% para média complexidade e 80% para alta complexidade, nas duas instituições. Outro aspecto importante se deve ao percentual correspondente aos incentivos municipais, que em 2013 correspondiam aproximadamente a 1% do valor pós fixado em ambos os convênios. Com o passar dos anos, houve um aumento dos incentivos municipais que impactou nos valores correspondentes as duas intituições, porém, enquanto o hospital 100% SUS apresentou um aumento de 9% a outra instituição que não é 100% SUS, acresceu em 45%.

Nota-se que, diferente do valor global dos dois Convênios que apresentaram ampliação proporcional, os incentivos apesar de apresentarem crescimento em ambas as instituição, tiveram representatividade muito superior na instituição que não é 100% SUS. Partindo do entendimento de que os incentivos tem por finalidade a complementação dos valores da tabela SUS, a correspondência de 45% do orçamento pós-fixado a incentivos municipais demanda uma análise mais profunda, considerando os valores de mercado e a real necessidade do volume contratado e incentivado para algumas especialidades.

Já na segunda parte da formalização correspondente ao documento descritivo, estão contidas todas as ações e serviços prestados pelo hospital, as metas quantitativas e qualitativas,

a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido, os indicadores para avaliação das metas e desempenho; e recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Os aspectos mencionados pelo Ministério da Saúde como integrantes do documento descriptivo já constavam nos instrumentos da SMS desde 2013, entretanto a descrição de cada habilitação ministerial, com a respectiva portaria orientadora passou a ser incorporada após o chamamento público de 2018.

Outro aspecto importante a ser observado é a descrição de compromissos gerais de pontuação, que apesar de não impactarem diretamente no repasse do recurso, devem ser acompanhados pela comissão de acompanhamento e em caso de descumprimento deverão ser registrados em ata. Os fluxos correspondentes a cada serviço estão descritos de forma separada, além dos fluxos para procedimentos específicos que dispõem de incentivo financeiro municipal e o perfil clínico do paciente no intuito de definir os critérios para o aceite da instituição, informação que não constava no instrumento em 2013, e que se constitui em relevante ferramenta de controle. Foram criados tópicos específicos para tratar da regulação do acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares incentivados.

Com relação as metas quantitativas, as ambulatoriais passaram a ser organizadas por subgrupo da tabela SUS, e não mais por grupos, e as hospitalares por tipo de leito/especialidade. A separação por subgrupo possibilitou maior controle por parte da SMS, garantindo que a instituição cumpra metas por subgrupo, que geralmente reunem procedimentos da mesma especialidade, e não de forma global, permitindo maior liberdade ao prestador dos procedimentos orçados.

O documento descriptivo, no que tange as metas qualitativas, também sofreu mudanças significativas, inicialmente com a redução do quantitativo de metas de 47 para 26 e dos eixos por tipo de indicador, que passaram de 9 para 4. Em 2013 existiam grupos ou eixos de indicadores para os seguintes temas: atenção a saúde, Humaniza SUS, Saúde do trabalhador, Captação de órgãos, hemoterapia, alimentação e nutrição, formação e educação, área assistencial e unidade de acolhimento. O atual documento dispõe apenas dos eixos: Assistência ao paciente, gestão, ensino e pesquisa e avaliação. Apesar da redução mencionada, a descrição das metas, indicadores e métodos de aferição possuem maior clareza e coerência com o objeto contratado, a exemplo do indicador elaboração de protocolo para tratamento de lesão de pele que passou a incidência de lesão de pele, com meta definida para menor ou igual a 2% ao mês. O eixo da avaliação incorporado na atual modelagem do documento traz indicadores que

demandam análise contábil, com a entrega de relatórios de fluxo de caixa e balancete analítico, realizadas por um profissional de formação contábil.

Um dos aspectos que mais impactou na relação entre hospital e SMS, foi a mudança na metodologia de repasse do pré-fixado, já que o valor correspondente as metas de qualidade estão condicionados ao desempenho das metas de quantidade. Ainda, o percentual alcançado das metas qualitativas, a partir do chamamento público nº 009/2018, passou a incidir no valor repassado dos incentivos federais, já o repasse dos valores relativos ao componente pós – fixado, que envolvem a alta complexidade ambulatorial e hospitalar, procedimentos com financiamento – FAEC e mutirão de cirurgias eletivas, bem como os incentivos municipais, consideram a produção da instituição sempre atrelada aos relatórios apresentados pela Subcoordenadoria de Processamento, para os casos dos incentivos é realizado um confronto entre os relatórios e o processo autorizativo da regulação.

Em resumo, é possível notar que as alterações realizadas no Termo de Convênio e documento descritivo permitem a SMS melhores ferramentas de controle, quando comparadas ao instrumento anteriores. Contudo, a partir da leitura das atas de reuniões observa-se que o registro das problemáticas sinalizadas pelas partes entrevistadas não aparece nas atas dos encontros mensais, os problemas apresentados aparecem frequentemente quando relacionados ao atraso no processo de pagamento; as questões relativas ao cumprimento ou não dos fluxos da regulação e metas quantitativas e qualitativas praticamente não foram mencionadas no período analisado.

Outro aspecto importante a ser pontuado é a participação pouco ativa dos representantes dos usuários e dos técnicos das áreas temáticas da Diretoria de Atenção à Saúde – DAS que compõem as comissões. No período analisado não foram encontrados registros de manifestação das partes mencionadas relativo ao convênio.

Desta forma, a leitura dos documentos em busca das mudanças ocorridas a partir de 2013, revelou importantes achados, especialmente atrelados ao componente pré-fixado, permitindo a identificação dos elementos que podem repercutir em problemas na relação entre a SMS e os hospitais contratualizados, ou seja, entre o principal e agente, respectivamente.

No intuito de identificar os elementos de mudança já mencionados a partir da observação documental, , segue abaixo a discussão dos achados por tópico teórico da Teoria do Principal – Agente, através do relato dos entrevistados, na tentativa de identificar possíveis conflitos ocasionados pela relação contratual.

6.2 DIFERENÇAS DE MOTIVAÇÕES E OBJETIVOS

Por vezes podem ocorrer diferenças de motivação entre principal e agente, em que ambas as partes procuram maximizar sua função a partir da relação contratual. Nem sempre o agente vai agir no melhor interesse do principal, por sua vez, o principal pode limitar esses interesses divergentes, através de estratégias de controle e monitoramento (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017). Desta forma, as questões relativas a esta problemática consideraram a percepção do entrevistado quanto ao alinhamento e/ou distanciamento relacionados ao cumprimento de metas, além da existência de um diálogo satisfatório, já que a estrutura de acompanhamento dos convênios possui encontros mensais para discussão acerca do cumprimento das metas, como já mencionado no tópico anterior que trata dos instrumentos de contratualização.

Assim, nesse contexto das diferenças de motivação e objetivos, os elementos centrais de divergência pontuados pelos entrevistados que ocupavam o lugar do Principal segundo o referencial, foram a dificuldade dos hospitais em se enxergarem como parte de uma rede, a metodologia de repasse, em especial com relação as metas qualitativas e o cumprimento de parâmetros mínimos das habilitações ministeriais. Além, disso, a inexistência de critérios prévios de seleção das instituições contratualizadas, foram pontuados pela equipe da SMS como um possível problema para o alinhamento de interesses.

Compreendendo que a convergência entre os interesses das partes é essencial para o estabelecimento de um convênio, pois isto o diferencia do contrato, espera-se que as instituições filantrópicas e privadas sem fins lucrativos se alinhem com a gestão municipal com vistas a organização da rede de serviços no território.

Para um dos entrevistados, as instituições não se percebem como parte de uma rede de atenção sob coordenação de uma secretaria de saúde.

“(...) fazer os serviços entenderem que eles estão submetidos a uma rede sobre uma gestão, e que essa é uma gestão do secretário de saúde do município, que é a autoridade sanitária do território, ele é quem sabe e conhece as necessidades, e que os interesses precisam convergir na hora de você estabelecer um instrumento de convênio dentro do SUS (...), essa é a principal diferença para uma instituição privada com fins lucrativos, onde os interesses divergem.” (Principal - E1)

Com relação a estruturação do instrumento de convênio, que na sua metodologia de repasse do recurso pré-fixado para média complexidade em especial as metas qualitativas, é o segundo aspecto referido como de maiores conflitos e divergências, é importante sinalizar que

este aspecto foi colocado como conflituoso tanto pelos técnicos da SMS, quanto pelos representantes dos hospitais.

“(...) na média complexidade a gente tem mais dificuldade... um indicador que não refletia na faixa de pontuação gera problema” (Principal - E1) existe um prazo para eles entregarem, a pandemia também trouxe essa dificuldade de eles poderem cumprir todas essas metas (...) questionam muito a forma como é feito o repasse...porque a gente atrelou no documento descriptivo as metas de qualidade com as metas de quantidade, uma coisa que não existia antes.” (Principal - E2)

Já relacionada as publicações ministeriais, estas que por vezes geram distintas interpretações segundo os técnicos da SMS e, consequentemente, despertam conflitos que impactam na prestação da assistência e/ou no recurso a ser repassado para o hospital.

“O alinhamento é maior no pós-fixado, pois é remunerado por produção (...) todo mundo converge, e o serviço comprehende aquilo que a alta complexidade vai receber (...) é do interesse deles receber aquilo que fizeram (...) como a gente não vai pressionar com uma meta.” (Principal - E1)

Quando se trata do diálogo entre as partes, tanto os técnicos da SMS quanto os representantes das instituições informaram que ocorre de forma satisfatória, porém, é inevitável a existência de conflitos, dada a frequência mensal dos encontros (Principal - E2, Agente - E5). Outro aspecto observado pelos técnicos da SMS, é o perfil questionador das instituições que atendem exclusivamente ao SUS, principalmente após as mudanças na metodologia de repasse da média complexidade ambulatorial, que passou a ser por subgrupo (Principal – E2).

Na visão de um dos representantes das instituições contratualizadas, a relação contratual é melhor com a gestão municipal que estadual. “Quando Salvador assumiu a gestão plena eu já estava atuando no SUS (...) a transição foi difícil (...) antes era a Secretaria Estadual, o acesso a quem decide é mais complicado, a interação com o município flui mais rapidamente” (Agente - E4).

Já outro prestador informou que apesar do dia a dia ser feito de conflitos, principalmente relacionado ao alcance das metas de qualidade, citando como exemplo a meta da média de permanência e a meta de 100% dos pacientes regulados, tanto a SMS quanto o hospital “(...) possuem os mesmos propósitos de conseguir atendimento de qualidade, humanizado, em tempo favorável e integral para os pacientes. A peça do convênio vem para ser o fio condutor, apesar de ser um documento dinâmico” (Agente - E5).

Um dos principais eixos da teoria é a incompatibilidade de interesses entre agentes e principais, onde cada um buscará maximizar a sua propria função, levando a crer que o agente nem sempre agirá em favor do principal (LANE, CANNELLA, LUBATKIN, 1998; OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

O problema da diferença de motivações e objetivos se apresenta nitidamente com a postura dos hospitais (agentes) em não se reconhecer como parte de uma rede de serviços, e não cumprir os parâmetros mínimos apresentados nas portarias ministeriais para serviços específicos. Estas questões produzem não somente um desacordo dos aspectos descritos no convênio como compromissos gerais, mas ocasionam um transtorno para a prestação da assistência.

É mister destacar que, apesar da metodologia de repasse ter sido observada como um problema de origem nas diferenças de motivação e objetivos, pois apresenta no formato atual maior rigidez para o repasse do valor pré – fixado (média complexidade), ela não se configura no atual modelo de convênio, como um impedimento para o não cumprimento dos parâmetros mínimos ministeriais e do comportamento da instituição em não se enxergar como parte de uma rede de serviços, onde se faz essencial o respeito aos fluxos regulatórios.

Tendo em vista que a unidade contratual analisada nesta pesquisa é o acordo de resultados firmado, onde constam as metas a serem cumpridas pelo hospital, entende-se que os objetivos da SMS (Principal), também devem estar descritos mais claramente no instrumento, e que o convênio, a luz da teoria da agência, deve buscar maximizar, a utilização dos recursos do principal e a capacidade do agente, através da execução das metas propostas (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

Para o caso em questão e a resolução das divergências evidenciadas, seria preciso reconsiderar o atual formato, visando maior objetividade e estabelecimento de metas que impactassem para o cumprimento dos parâmetros ministeriais e na estrutura pensada para as instituições como parte da rede municipal. Outro fator a ser considerado é a construção da meta pensando na factibilidade por parte da instituição, que demandem a menor interferência externa para entrega do resultado.

6.3 ASSIMETRIAS DE INFORMAÇÃO

A relação entre principal e agente é fatalmente caracterizada pela assimetria de informação porque o agente dispõe de maior volume de informação que o principal. Os efeitos negativos para o principal dessa assimetria podem incorrer em custos suplementares de monitoramento e/ou incentivos (ATTILA, 2012).

No tocante aos problemas de agência originários da assimetria de informações, foram observados aspectos que possuem relação com o atual processo de monitoramento e controle e a percepção dos impactos provocados pelas mudanças no contrato e documento descritivo.

Além disso, outros aspectos tratados foram as informações obtidas pela equipe da SMS antes da assinatura do contrato, e as possíveis brechas na peça contratual que permitem o emprego de mínimo esforço na entrega dos resultados e a importância em realizar processos de monitoramento distintos com base na natureza da gestão, se 100% SUS ou filantrópica parcialmente SUS.

Com relação ao grau de dificuldade do processo de monitoramento, uma técnica da SMS informou que no caso de Salvador, não há maior facilidade no monitoramento das unidades que atendem exclusivamente o SUS, visto que as unidades com esse perfil sob gestão municipal, também estão sob gestão estadual, o que torna o monitoramento tão difícil quanto o monitoramento de uma instituição que atende privado. “O conflito que existe entre o SUS e o privado, também existe entre gestão municipal e estadual, já que os aspectos relacionados a gestão compartilhada não estão bem delimitados.” (Principal - E1)

Neste aspecto, é possível que as lacunas de informação sejam maiores que para os casos de hospitais 100% SUS, mas que estejam sob uma única gestão. O controle da prestação do serviço se torna mais complexo nos casos de hospitais que não são 100% SUS ou são, mas possuem dupla gestão, já que os sistemas de informação, nem sempre permitem distinguir qual parte da estrutura, quais setores, serviços e profissionais estão de fato disponíveis para o SUS, ou para qual gestão do SUS.

Quando se aborda o aspecto da dupla gestão, agrega-se aos problemas já mencionados o processo de pactuação que ocorre através da Programação Pactuada e Integrada – PPI, onde os recursos são distribuídos conforme pactuado entre os municípios na Comissão Intergestores Bipartite – CIB; além da distribuição dos recursos previamente estabelecidos, cabe a definição da prestação da assistência por qual ente, se estado ou município, de forma que as premissas definidas em cada contrato sejam atendidas.

Com relação a disponibilidade de informações prévias ao estabelecimento do contrato, relacionadas a capacidade instalada e histórico de desempenho do prestador, os técnicos informaram que apesar do acesso a esses componentes, o surgimento dos problemas permanece.

“(...) tem coisas que só descobrimos no decorrer da execução (...) entender como a gente vai monitorar os recursos dos incentivos federais, a gente pensou originalmente de uma forma, introduzimos no contrato de outra, ainda assim a gente não conseguiu “azeitar” direito. O ministério também não foi claro na maneira de fazer esse monitoramento, isso é uma fragilidade que o instrumento tem (...) assim como hoje eu consigo entender que a gente precisava criar um dispositivo para tratar diferente os diferentes, os hospitais 100% terem um tratamento diferente em relação àqueles que não são 100% SUS, muito pelo subfinanciamento da tabela.” (Principal - E1, E2)

Ainda, segundo os técnicos da SMS, “(...) a modelagem de contratação é a mesma, o que vai diferenciar é o aporte financeiro do Ministério da Saúde (...).” (Principal - E1), que possui relação com algumas características da instituição, como a especialidade de referência habilitada pelo Ministério da Saúde que demanda acompanhamento dos parâmetros mínimos, conforme estabelecido nas portarias norteadoras.

As questões supramencionadas demonstram que a existência de problemas possui correlação com as mudanças empregadas no instrumento contratual, seja pela falta de detalhamento expressa pelo ministério da saúde quando busca orientar através de manuais e portarias o processo de contratualização, bem como pela necessidade de aprimoramento do próprio instrumento contratual para o perfil do prestador e ajustes na metodologia de repasse, sinalizando a importância de estabelecer distintos critérios de monitoramento. No tocante a tentativa de encontrar brechas no acordo de entrega de resultados, houve concordância quanto a existência desse fato, que se intensificou no período da pandemia com o caótico cenário epidemiológico e o surgimento de novas portarias ministeriais, principalmente relacionadas a repasse de recursos financeiros.

“(...) o prestador sempre tenta encontrar brechas que lhe tragam benefício (...) na forma como é redigido o texto, tanto do documento descritivo quanto do contrato, um exemplo é a lei de 2020 que desobriga o cumprimento das metas no período da pandemia, então um prestador novo queria fazer jus (...) mas a procuradoria orientou que a gente pagasse pela série histórica, pelo fato de ser novo ele não tem série histórica, o que caracteriza uma brecha na lei e fragiliza o controle (...) a forma como está escrito no contrato também, já que a fonte de aferição não solicita uma lista de presença, só que tem metas que não tem como você validar se você não sabe o aumento de percentual(...)” (Principal - E3)

Para uma das técnicas da SMS, a utilização de plataformas digitais poderia ser uma opção, quando houvesse a facilidade para o usuário, o que garantiria um mínimo de execução para determinada meta, contudo, algumas instituições resistem a utilização dessa ferramenta.

“(...) não sei se é não cumprir, mas talvez justificar alguma determinada situação...por exemplo, o indicador que tem reunião com pacientes (...) falam que não podem aglomerar por causa da pandemia, mas se reinventou muita coisa (...) fazer reuniões online é uma opção.” (Principal - E2)

Com relação ao monitoramento da atuação do prestador no intuito de evitar o descumprimento das pactuações, a equipe da SMS sinalizou mudanças positivas no documento descritivo ocorridas ao longo dos anos, principalmente para os convênios estabelecidos após habilitação no chamamento público nº 009/2018.

“(...) o estabelecimento das metas e a descrição do orçamento de forma mais objetiva, a metodologia de repasse, especialmente do recurso pré-fixado, composto por metas para serviços da média complexidade (...) garante uma execução maior dos serviços, eu acho que são os avanços mais fundamentais no corpo do instrumento (...) também a vinculação do repasse dos recursos das metas de qualidade a metas de quantidade dos serviços executados (...).” (Principal - E1)

Antes da reformulação dos convênios ocorrida a partir do chamamento público de 2018, o recurso correspondente as metas de qualidade não possuía correlação com a execução do quantitativo físico pactuado através das metas de quantidade, desta forma, segundo a equipe da SMS o hospital garantia frequentemente 100% do recurso atrelado a qualidade, que não dependia da execução dos procedimentos de média complexidade.

“o controle hoje é maior sem dúvida, o que a gente consegue controlar é muito mais pormenorizado do que antes, e isso não se deve ao instrumento contratual em si, mas a SMS aprimorou muito as suas ferramentas de trabalho, a implementação do Sistema Vida +, os relatórios do setor de contas médicas, o próprio alinhamento das equipes no processo de acompanhamento e de controle.” (Principal - E2)

Com base no caso em questão, o problema de assimetria de informações se faz presente apenas no relato dos técnicos da SMS (Principal), corroborando com a Teoria da Agência, que trata o problema da assimetria como um problema do principal.

Dentre os problemas originários de assimetria estão as dificuldades de monitoramento que se apresentam de formas diferentes a depender das características da instituição, tanto relacionados ao desempenho quanto ao controle dos incentivos, além das questões que envolvem a disponibilidade de estrutura física e equipamentos para garantia do cumprimento das metas pactuadas.

Segundo a Teoria da Agência, as assimetrias de informação podem criar condições para que o agente reporte informações incompletas, seja voluntariamente ou não, esta tendência pode ocorrer antes ou depois de estabelecido o convênio (ATILLA, 2012; OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017).

Com base nas dificuldades pontuadas pelos técnicos da SMS, aquelas que poderiam se manifestar antes do acordo (seleção adversa), correspondem a capacidade instalada da instituição, ou seja, a disponibilidade de estrutura para garantia do cumprimento das metas. Os demais problemas sinalizados pelos entrevistados somente serão percebidos após o estabelecimento do convênio (risco moral), pois estão atrelados a estrutura do instrumento contratual e as dificuldades de monitoramento das metas e incentivos que foram estabelecidos.

Mesmo com o reconhecimento destes problemas, algumas limitações sejam de informações, de aquisição de conhecimento ou de tempo podem reforçar a permanência nessas situações de risco e incerteza (FIANI, 2002). Contudo, fica evidente a qualificação do instrumento contratual com o passar dos anos, envolvendo o alinhamento das equipes de acompanhamento e dos sistemas internos da SMS.

6.4. DISTINTAS PROPENSÕES AO RISCO

Este tópico teórico trata de questões relacionadas a existência de prejuízo e/ou benefício vinculados ao acordo de entrega de resultados, bem como de que forma é possível garantir que haja uma preocupação com o cumprimento do acordo. Segundo Schillemans (2013), os agentes apresentam maiores preocupações com o cumprimento das metas, pois em geral estão mais susceptíveis aos riscos, uma vez que a sua remuneração e seu *status* estão atrelados ao seu desempenho em relação a determinado contrato.

Com relação ao processo de exposição ao risco, alguns aspectos foram levantados como prejuízo para uma ou ambas as partes, como a concentração da oferta em serviços de média complexidade em virtude do subfinanciamento da tabela SUS, as brechas provenientes de portarias e normativas e a metodologia de repasse instituída a partir do chamamento público 009/2018. Os aspectos benéficos pontuados pelos entrevistados, correspondem ao maior controle no processo de repasse dos incentivos.

Neste sentido, para os técnicos da SMS, o prejuízo se faz mais presente na rotina da gestão municipal. Para eles, o prejuízo para o hospital possui relação direta com o perfil da assistência ofertada, já que os serviços de alta complexidade agregam um volume orçamentário ao contrato.

“(...) a gente já vê que o elenco de média complexidade é naturalmente mais subfinanciado, então se tem serviços rodando somente com elenco de média, presume-se que terão mais dificuldade de se sustentar.” (Principal - E1)

Para a gestão municipal, na visão de técnicos da SMS, o prejuízo ocorre em virtude de brechas existentes em normativas e portarias ministeriais, além de fragilidades no próprio instrumento.

“Salvador tem uma rede majoritariamente privada na complementação do seu serviço, o que torna a gestão refém da prestação do serviço privado (...) existe um limite de tensionamento, estou falando de um processo político, então as vezes é preciso que o município recue em alguns entendimentos, para não perder o serviço (...) ainda que do ponto de vista prático pareça ilógico para um hospital com tantas vantagens, como a filantropia (...) mas o

tensionamento com o serviço, ele tem um apelo político estrutural forte, então a prefeitura assume algumas perdas pra garantir que o serviço continue na rede.”(Principal - E1)

Para os representantes das instituições hospitalares, a maior dificuldade é a defasagem da tabela SUS, que não acompanha os valores praticados atualmente no mercado. Além disso, outro fator pontuado como prejudicial para o hospital, é a nova modelagem de repasse instituída a partir do chamamento público de 2018, que vincula os incentivos ministeriais ao percentual de execução das metas do recurso pré-fixado.

“(...) existe um incentivo chamado 100% SUS, se eu sou 100% SUS não existe variação (...) mas existe um cálculo que atrela esse incentivo ao percentual do que você atingiu de metas quantitativas e qualitativas, ou seja, se eu não atingir 100%, que geralmente a gente não atinge, então eu não vou receber o total do incentivo 100% SUS. Então isso é um ponto de discordia com a prefeitura, isso não era assim antes (...).” (Agente - E5)

Apesar das dificuldades e prejuízos pontuados pelos hospitais contratualizados, alguns aspectos positivos, considerados como benéficos pelas instituições entrevistadas foram levantados

“No passado, em uma reunião da comissão alguém dizia que determinada cirurgia não possuía direito ao incentivo, seja pelo fato do código não ser de alta complexidade ou porque o paciente não é munícipe de Salvador, então haviam discussões que retardavam o processo (...) hoje já se sabe exatamente quais são os códigos e pacientes que tem direito ao incentivo (...) não é justo que o município de Salvador pague (...) não é que não houvesse transparência antes, é que as coisas davam margem a conflitos.” (Agente - E4)

“(...) com essa mudança houve muitos procedimentos pagos através do cuidado geral ao paciente, na radioterapia antes eu pagava por procedimento (...) hoje é viabilizado o tratamento integral.” (Agente - E5)

Esta mudança observada pelo representante de uma das instituições hospitalares, corresponde a alteração em normativas que regem a assistência a pessoa com câncer e não a uma modificação do instrumento contratual, porém, repercutiu positivamente no processo de monitoramento e controle do tratamento em oncologia disponibilizado no SUS.

“...nós conseguimos ver a importância de sair da condição de que o prestador está sempre procurando algum subterfúgio ou alguma malandragem, não existe isso por baixo de um prestador como nós, e nós estamos provando ano a ano pelo trabalho sério, inclusive das auditorias (...) o gestor não precisa se preocupar quanto a isso, então essa foi uma grande vantagem.” (Agente - E5)

Para os representantes da SMS, o principal avanço está relacionado a incorporação de regras.

“(...) com o chamamento público a gente conseguiu dar unidade ao processo contratual desde a origem, dar um formato único, antes não existia um formato de formalização padronizado pela secretaria (...) então antes não conseguia assegurar coisas que hoje a administração considera como essenciais na hora de complementar a rede e que estão em consonância com as políticas do Ministério da Saúde”. (Principal - E1)

Em geral, nota-se que para os técnicos da SMS a gestão municipal tem mais prejuízos com o não cumprimento do acordo de resultados, uma vez que o município ainda é refém das instituições filantrópicas e privadas para a oferta de serviços em muitas especialidades. Outras questões observadas são as brechas contratuais ainda existentes no instrumento contratual e nas portarias ministeriais. Para os hospitais a defasagem da tabela SUS e a vinculação de incentivos as metas, são prejudiciais ao cumprimento do acordo de resultados.

Para a Teoria da agência, a preocupação com os riscos é mais notável na rotina dos agentes, já que eles possuem um conjunto de serviços menos diversificado (OLIVEIRA; FONTES FILHO, 2017). Contudo, neste estudo, os prejuízos se mostraram mais presentes para a gestão municipal (principal), já que a maior diversidade de serviços não condiz com a realidade do município, uma vez que todos os serviços de alta complexidade estão concentrados na rede complementar filantrópica e/ou privada.

Com relação aos benefícios provenientes das mudanças ocorridas no instrumento, ambas as partes se colocaram de forma positiva, sinalizando a existência de maior controle por parte do principal, especialmente no processo de pagamento de incentivos, gerando menos desconfiança na relação contratual.

6.5. DIFERENTES HORIZONTES DE PLANEJAMENTO

Os problemas relacionados ao planejamento se dão em virtude da relação de transitoriedade que geralmente o agente tem com o principal. Guimarães dos Santos (2015) alega que, frequentemente, o agente necessita alocar esforços em ações cujos efeitos se dão no curto ou no longo prazo, e que sua preferência costuma ser pelas ações que trazem resultados no curto prazo. No que se refere a esta problemática, apenas uma técnica da SMS se manifestou, sinalizando que atualmente não é feito um planejamento considerando ações que impactem a longo prazo.

“(...) para maior parte das coisas a gente ainda pensa a curto prazo, ainda nos educando para pensar numa contratação de serviço planejada, numa expansão de oferta organizada articulada com a rede própria, mas essa não é a realidade do município de Salvador (...).” (Principal - E1)

“(...) esse processo de chamamento público tem uma fase estrutural básica que não tem um estudo de necessidade, então ele é falho na sua origem, jamais poderia ter sido iniciado do ponto de vista técnico, sem uma consulta formal as Diretorias de Atenção à Saúde e de Planejamento, para identificar às perspectivas de expansão de rede própria, quais são as deficiências, qual o perfil epidemiológico, quais as necessidades dos municípios de Salvador para tratar de complementar a rede (...) então estruturalmente a gente vai continuar trabalhando a curto prazo por quê as nossas falhas são muito iniciais (...)”(Principal - E1)

Este quadro se opõe a teoria da agência, que considera uma postura diferente do principal, com uma tendência a considerar um horizonte de tempo mais extenso. O pensamento do principal a curto prazo na SMS, pode estar atrelado ao cenário político que se constitui em determinado momento, que tende a influenciar nas relações com os agentes, apesar do quadro de servidores estatutários envolvidos no processo de contratualização ser majoritário, quando comparado com outros vínculos que atuam na Coordenadoria de Controle e Avaliação. Entretanto, a influência política não é identificada no relato dos profissionais entrevistados, além disso, apenas um dos servidores entrevistados manifestou insatisfação quanto ao processo de planejamento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou analisar a contratualização de serviços hospitalares e ambulatoriais da média e alta complexidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, a partir das relações entre os gestores e representantes das instituições contratualizadas e técnicos e chefias da gestão municipal.

Todos os problemas de agência tratados na teoria apareceram em distintas proporções no relato dos entrevistados, porém, os representantes dos hospitais (agentes) apenas sinalizaram situações problemáticas que se relacionam com as distintas propensões ao risco. Já os técnicos e chefias da SMS se posicionaram frente aos quatro problemas de agência. Os resultados demonstraram que apesar da existência dos problemas, a experiência do agente e/ou principal, nem sempre possuiu alinhamento com as observações esperadas pela Teoria.

Observa-se que os problemas mais aparentes estão correlacionados ao processo de monitoramento e controle, que se tornou mais complexo com o atual formato do convênio, seja pela metodologia de repasse ou pela modificação das metas, especialmente qualitativas, que demandam um olhar mais criterioso na aferição do desempenho.

Apesar das normativas ministeriais orientando a metodologia de repasse, faz-se necessário um estudo mais detalhado acerca das singularidades de cada instituição, considerando os tipos de serviços ofertados e se corresponde a uma instituição que atende exclusivamente ao SUS, no intuito de maximizar o cumprimento do acordo de resultados estabelecido no instrumento contratual. A qualificação dos processos prévios ao estabelecimento do convênio, que envolvem entrega de documentação, capacidade instalada, serviços ofertados, e especialmente construção do termo e documento descritivo podem minimizar os problemas posteriores ao Convênio já estabelecido.

Para a Teoria da agência, a preocupação com os riscos é mais notável na rotina dos agentes, em virtude de um conjunto de serviços menos variado, entretanto, neste caso fica evidenciado que os prejuízos se mostraram mais presentes para a gestão municipal (principal), já que a diversidade na oferta de serviços não condiz com a realidade do município, uma vez que quase a totalidade dos serviços de alta complexidade estão concentrados na rede complementar filantrópica e/ou privada. Entretanto, o problema de assimetria de informações se faz presente apenas no relato dos técnicos da SMS (Principal), corroborando com a Teoria da Agência, que trata o problema da assimetria como um problema do principal.

Apesar das dificuldades pontuadas, tanto agentes quanto principal identificaram benefícios com as mudanças no instrumento contratual, sinalizando a existência de maior controle, além de organização no processo de pagamento de incentivos, gerando menos desconfiança na relação contratual.

Por fim, é preciso compreender que diante da complexidade do processo de contratualização, não é possível definir se a mesma se constitui como uma opção boa ou ruim para a gestão sem considerar a infinidade de variáveis que permeiam o processo, a exemplo da transparência no repasse de recursos, definição dos indicadores e respectivas metas, que de fato representem a prestação da assistência ao usuário do SUS, devendo esta ser o principal objeto de interesse entre as partes.

Pouca literatura aborda a teoria da agência no setor público, especificamente na área da saúde, a maioria se refere a análises gerais, sem aprofundamento na relação entre as partes, quanto aos aspectos de acompanhamento da peça contratual. Também é possível identificar que há uma limitação quanto às condições prévias para obtenção de êxito no processo de contratualização, relativas principalmente a elaboração do instrumento contratual e definição das metas a serem monitoradas. Espera-se que futuros estudos possam avançar na compreensão do impacto dos relacionamentos interpessoais nos problemas de agência, elaborando estratégias para atenuação dos conflitos.

REFERÊNCIAS

- ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. Cartilha de Convênios. Diferenciação entre convênio e contrato. Elaborado em março de 2011, com base no Parecer 004/2010 Consultoria Jurídica da União no município de São José dos Campos - SP.
- AGUILERA, S.L.V.U. et al . Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 47, n. 4, p. 1021-1040, Ago. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mai. 2020.
- ALBUQUERQUE, M. do S.V.; MORAIS, H.M.M. de; LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.20, n.6, p.1825-1834, 2015.
- ALONGE O, et al. Avaliação do efeito pró-pobre de diferentes esquemas de contratação de serviços de saúde em unidades de saúde na zona rural do Afeganistão . **Plano de políticas de saúde**. v. 30, n. 10, p. 1229-1242. Dez 2015.
- ARAUJO, I.M.M. NASCIMENTO, D. F. PEREIRA, A. M. Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, e280416, 2018.
- ATTILA, Gyorgy. Agency problems in the public sector. Annals of the University of Oradea (Economic Science Series), v. 21, n. 1, p. 708-712, 2012.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva [online]. 2004, v. 18, n. 3, pp. 33-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>>. Acesso 30 Junho 2021 Epub 22 Jul 2005.
- BRAGA NETO, F. C. BARBOSA, P. R.. SANTOS, I. S. Atenção Hospitalar: Evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos deSaúde; 2012.1100p.
- BRASIL. Presidência Da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília: Casa Civil, 19 de setembro de 1990.
- _____. Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS 93. tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 20 de maio de 1993.
- _____. Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS 96. Promover e consolidar o pleno

exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios Brasília: Ministério da Saúde, 6 de novembro de 1996.

_____. **Portaria nº 95.** Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 26 de janeiro de 2001.

_____. **Portaria nº 373.** Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 27 de fevereiro de 2002.

_____. **Portaria nº 399.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 22 de fevereiro de 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Ministério da Saúde, 12 de dezembro de 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. 223 p.

_____. **Portaria nº 3390.** 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

_____. **Portaria nº 1.631.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1º de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 1ª ed. 2016.

_____. **Portaria de consolidação nº 01.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 28 de setembro de 2017a.

_____. **Portaria de consolidação nº 02.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 de setembro de 2017b.

_____. Controladoria-Geral da União. Portal da transparência. **Fundo Nacional de Saúde.** 2021 Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>> Acesso 30 Junho 2021.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de

controle. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política* [online]. 1998, n. 45, pp. 49-95. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>>. Acesso 30 Junho 2021. Epub 04 Ago 2010.

CAMPOS, G. W. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. *Le Monde Diplomatique*, mar. 2008, p.28-29. Disponível em: <<http://diplomatique.uol.com.br/artigo>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CASTRO, S.M. de. OLIVEIRA, A.J. de. **Contratualização: um estudo sobre os convênios firmados entre os hospitais filantrópicos e de ensino sob a gestão do Estado do Espírito Santo.** XXII Congresso Brasileiro de Custos – Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 11 A 13 de novembro de 2015.

CHALKLEY M, MCVICAR D. Escolha de contratos no Serviço Nacional de Saúde Britânico: um estudo empírico. *Revista de economia da saúde*, Belfast, v. 27, n. 5, 1155-1167. 20 de set. 2008.

CONTREIRAS, H. MATTIA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 285-297, Fev. 2015.

COSTA e SILVA, V.; ESCOVAL, A. HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 08, pp. 3593-3604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11822013>>. Acesso 29 Junho 2021.

EISENHARDT, K. M. Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, Academy of Management, v. 14, n. 1, p. 57–74, 1989. <https://doi.org/10.2307/258191>

FIANI, Ronaldo. Teoria dos custos de transação. In: DAVID, Kupfler; HASENCLEVER, Lia (Org.). *Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002. p. 267-286.

GALVÃO, T.F., PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2015, v. 24, n. 2, pp. 335-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>. Acesso 17 Agosto 2021.

GOMES, F.B.C. et al. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, jan/mar. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em 21 Mar. 2018

GUIMARÃES DOS SANTOS, Luis P. Comparing the use of forward-looking and contemporary performance measurement to formulate incentive contracts in the presence of the horizon problem: an experimental analysis. *Revista Contabilidade e Finanças*, v. 26, n. 68, p. 195-207, 2015.

HEARD, A. et al. Prevendo o desempenho na contratação de cuidados básicos de saúde para

ONGs: experiência de contratação em larga escala em Uttar Pradesh, Índia. Política e Planejamento de Saúde. 2011;26:i13–i19

HEARD A. NATH D.K. LOEVINSOHN, B. Contratação de serviços urbanos de atenção primária à saúde em Bangladesh - efeito no uso, eficiência, equidade e qualidade dos cuidados. Trop Med Int Saúde. v. 18 n. 7, p. 861-870, Jul 2013.

JENSEN M.C.; MECKLING W.H. Theory of The Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. **Journal of Financial Economics** 3 P. 305-360, 1976.

JENSEN M.C.; MECKLING W.H. Teoria da Firma: Comportamento dos Administradores, Custos de Agência e Estrutura de Propriedade. **RAE Clássicos**, p. 87 – 125. Abr/jun, 2008. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rae/a/vr3bbm6tBJStSmQZk4Y8y4m/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 21 Mar. 2020.

LANE, P.J.; CANNELLA, A.A.; LUBATKIN, M. H. Agency problems as antecedents to unrelated mergers and diversification: Amihud and Lev reconsidered. **Strategic Management Journal**, v. 19, p. 555-578, 1998.

LEITE, JDBL. et al. Contratualização na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Rev. adm. Saúde**, v. 12, n. 46, p. 15-22, jan.-mar. 2010.

LIMA, S.M.L.; RIVERA, F.V. Contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 9, pp. 2507-2521. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900031>>. Epub 14 Set 2012. Acesso 29 Junho 2021

MATOS, C.A. de; POMPEU,J.C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2,p. 629-643,2003.

MÉNARD, C.; SHIRLEY, M. M. The future of new institutional economics: from early intuitions to a new paradigm? **Journal of Institutional Economics**, v. 10, n. 4, p. 541-565, 2014.

MILLS, I. BATCHELOR, P. Indicadores de qualidade: o raciocínio subjacente à sua utilização na odontologia do NHS. **British Dental Journal**, Plymouth, v. 211, n. 1, pag. 11-15. Jul 2011.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. SP: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Colet**, São Paulo, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MONTEIRO, B. R. et al . Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 807-818, Mar. 2017.

MOREIRA, E. M. M. COSTA, E. A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3381-3391, Nov. 2010.

NACHTNEBEL M, et al. Envolvimento do setor privado por meio de cupons e contratação - um caso para analisar a governança e o contexto da saúde. Soc Sci Med. n 145, 193-200, nov. 2015.

NEY, M.S.; PIERANTONI, C. R. e LAPÃO, L.V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. Saúde em Debate [online]. 2015, v. 39, n. 104, pp. 43-55. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040266>>. Acesso 30 Junho 2021

OLIVEIRA, C. B.; FONTES FILHO, J. R. Problemas de agência no setor público: o papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. **Revista de Administração Pública**, FGV EBAPE, Rio de Janeiro v. 51, n. 4, p. 596-615, jul. - ago. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Set. 2020.

QUINTANA-CEPEDA, A.O papel do Tribunal Constitucional na análise de contratos de programas de medicina pré-paga. Rev. salud pública, Bogotá, v. 18, n. 5, p. 827-836, Out. 2016 .

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 771-782, Jun. 2009.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J.H.G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em MT. **Rev. de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, mar./abr. 2014.

ROMANO, C.M.C. SCATENA, J.H.G. KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 25, n. 4, pp. 1095-1115.

SANTOS, T. B. S. et al. **Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar. Problemáticas, objetivos e perspectivas**. In____ Observatório de Analise Política em Saúde. Abordagens, objetivos e investigações. Salvador: EDUFBA. 2016. p. 397-430.

SANTOS, T. B. S. et al . Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe2, p. 247-261, Out. 2018.

SANTOS, T.B.S.; PINTO, I.C.M. **Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS.** Anais Inst Hig Med Trop., Lisboa, v. 16 Supl. 3, p. 47 - 53 jun 2017a.

SANTOS, T.B.S.; PINTO, I.C.M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 99-113, set 2017b.

SANTOS, I.S. SANTOS, M.A.B. BORGES, D.C.L. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS.** In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, 2013. Vol. 4. pp. 73-131.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública** [online], v. 41, n. 1. Jul. 2007., pp. 49-62. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000100004>>. Acesso 13 Janeiro 2021.

SCHILLEMANS, Thomas. Moving beyond the clash of interests on stewardship theory and the relationships between central government departments and public agencies. **Public Management Review**, v. 15, n. 4, p. 541-562, 2013.

SOLLA, J.J.S.P, CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada.** In: Giovanella L et al organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

TONELOTTO, D. P. et al. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 4, n. 11, p. 1-22, 1 out. 2019.

UNICAMP. Contratualização de Serviços de Saúde. Guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS. Organização Geral: FELICIELLO, D. Colaboradores: OLIVEIRA, J. C. L. et al. Campinas – SP: UNICAMP/NEPP/AGEMCAMP, 2016.

VONG, S. RAVEN, J. NEWLANDS, D. Contratação interna de serviços de saúde no Camboja: impulsionadores de mudanças e lições aprendidas após uma década de contratação externa. **BMC Health Services Research**. v. 18. n. 1. Dez 2018.

WILLIAMSON, Oliver E. The economic institutions of capitalism. Nova York: The Free Press, 1987.

ZAIDI S, et al. As unidades de saúde contratadas podem melhorar o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde materna e neonatal? Evidências do Paquistão. Sistema de política de recursos de saúde. v. 13 Suppl 1(Suppl 1), p. 54.

APÊNDICE A – Categorização do Estado da Arte

Quadro 01: Síntese da produção científica sobre Contratualização em Saúde

Categoria de Análise	Título	Objetivo	Referência
Prestação de contas e pagamento por desempenho	Compromissos de gestão hospitalar: uma análise do sistema de pagamentos sob a perspectiva da gestão em saúde e algumas propostas de melhoria	Analizar alguns resultados obtidos com a implementação do processo de compra de serviços de saúde no CCSS, à luz de alguns elementos mais robustos do sistema de pagamentos e dos conceitos de gestão dos processos de saúde.	MORERA SALAS, M. Compromissos de gestão hospitalar: uma análise do sistema de pagamentos sob a perspectiva da gestão em saúde e algumas propostas de melhoria. <i>Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.</i> , San José , v. 12, n. 2, p. 19-33, Jan 2004 .
	Indicadores de qualidade: o raciocínio subjacente à sua utilização na odontologia do NHS	Explorar o conceito de qualidade aplicado aos cuidados de saúde e sua posterior aplicação à odontologia.	MILLS, I. BATCHELOR, P. Indicadores de qualidade: o raciocínio subjacente à sua utilização na odontologia do NHS. <i>British Dental Journal</i> , Plymouth, v. 211, n. 1, pag. 11-15. Jul 2011.
	Uma avaliação preliminar da estabilidade financeira, eficiência, sistemas de saúde e resultados de saúde usando contratos baseados em desempenho em Belize.	Avaliar tendências em sustentabilidade financeira, pagamentos de eficiência, bônus de final de ano e sistema de saúde e resultados de saúde	BOWSER DM, et al. Uma avaliação preliminar da estabilidade financeira, eficiência, sistemas de saúde e resultados de saúde usando contratos baseados em desempenho em Belize. <i>Saúde Pública Global</i> . v. 8, n. 9, p. 1063-1074.
	Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.	Realiza uma análise longitudinal da evolução de um conjunto de 9 indicadores de contratualização de cuidados de saúde primários, em três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).	MONTEIRO, B. R. et al . Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 807-818, Mar. 2017 .
	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Descrever e analisar o modelo de avaliação de desempenho da Anvisa, com vistas à finalidade da instituição, de acordo com as seguintes categorias analíticas: formalização do contrato de gestão, instrumentos de avaliação, sujeito avaliador e desempenho institucional.	MOREIRA, E. M. M. COSTA, E. A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3381-3391, Nov. 2010 .
	O papel do Tribunal Constitucional na análise de contratos de programas de medicina pré-paga	O Tribunal exigiu que as empresas privadas avaliassem o estado de saúde dos pacientes e proibiu cláusulas preexistentes e de exclusão que diminuíssem as responsabilidades dessas empresas. No entanto, existe uma lacuna na lei em relação aos deveres de boa fé que dizem respeito ao usuário, os quais serão abordados neste documento.	QUINTANA-CEPEDA, A.O papel do Tribunal Constitucional na análise de contratos de programas de medicina pré-paga. <i>Rev. salud pública</i> , Bogotá, v. 18, n. 5, p. 827-836, Out. 2016 .
	Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS	Analizar contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) Bahia.	SANTOS, T. B. S. et al . Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. <i>Saúde debate</i> , Rio de Janeiro , v. 42, n. spe2, p. 247-261, Out. 2018 .

Quadro 01: Síntese da produção científica sobre Contratualização em Saúde –

continuação Inovação na contratualização de serviços	Processos de singularização: uma proposta de continuidade entre a atividade clínica e os objetivos de saúde das políticas de saúde	Transformar os objetivos de saúde priorizados pelo Departamento de Saúde em estratégias de intervenção a serem incorporadas nos contratos do programa.	BEGUIRISTAIN, José M. et al . Processos de singularização: uma proposta de continuidade entre a atividade clínica e os objetivos de saúde das políticas de saúde. Gac Sanit , Barcelona, v. 19, n. 2, p. 168-171, abr. 2005 .
	Contratualização na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais	Apresentar o Contrato Único como uma proposta de inovação e qualidade na gestão pública, visando desenvolver no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SUS/MG) a cultura de resultados	LEITE, JDBL. et al. Contratualização na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. Rev. adm. Saúde , v. 12, n. 46, p. 15-22, jan.-mar. 2010.
	O uso de contratos-padrão no Serviço Nacional de Saúde inglês: uma análise de estudo de caso.	Preencher uma lacuna ao relatar as descobertas de um estudo de contratação no Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra após a introdução do contrato padrão nacional em 2007.	PETSOULAS C, et al. O uso de contratos-padrão no Serviço Nacional de Saúde inglês: uma análise de estudo de caso. Soc Sci Med , London, v. 73, n. 2, p. 185-192. Jul 2011.
	Contratação de serviços urbanos de atenção primária à saúde em Bangladesh - efeito no uso, eficiência, equidade e qualidade dos cuidados.	Avaliar um grande esforço contínuo para melhorar a atenção primária à saúde urbana (APS) em Bangladesh por meio da expansão das instalações de saúde urbana com financiamento público e da contratação de organizações não-governamentais (ONGs) parceiras.	HEARD A. NATH D.K. LOEVINSOHN, B. Contratação de serviços urbanos de atenção primária à saúde em Bangladesh - efeito no uso, eficiência, equidade e qualidade dos cuidados. Trop Med Int Saúde . v. 18 n. 7, p. 861-870, Jul 2013.
	Contratação interna de serviços de saúde no Camboja: impulsionadores de mudanças e lições aprendidas após uma década de contratação externa.	Investigar como o modelo Agências operacionais especiais (SOA) foi implementado e identifica efeitos na prestação de serviços, desafios na operação e lições aprendidas.	VONG, S. RAVEN, J. NEWLANDS, D. Contratação interna de serviços de saúde no Camboja: impulsionadores de mudanças e lições aprendidas após uma década de contratação externa. BMC Health Services Research . v. 18. n. 1. Dez 2018.
	Avaliação do efeito pró-pobre de diferentes esquemas de contratação de serviços de saúde em unidades de saúde na zona rural do Afeganistão	Examinar o efeito distributivo de diferentes tipos de contratação na prestação de serviços de saúde primários entre pobres e não pobres na zona rural do Afeganistão.	ALONGE O, et al. Avaliação do efeito pró-pobre de diferentes esquemas de contratação de serviços de saúde em unidades de saúde na zona rural do Afeganistão . Plano de políticas de saúde. v. 30, n. 10, p. 1229-1242. Dez 2015.

Quadro 01: Síntese da produção científica sobre Contratualização em Saúde - continuação

Contratualização como alternativa para superação de desafios	Escolha de contratos no Serviço Nacional de Saúde Britânico: um estudo empírico	Fornecer evidências para apoiar a relevância prática da teoria na compreensão da reforma do mercado de serviços de saúde	CHALKLEY M, MCVICAR D. Escolha de contratos no Serviço Nacional de Saúde Britânico: um estudo empírico. Revista de economia da saúde , Belfast, v. 27, n. 5, 1155-1167. 20 de set. 2008.
	Prevendo o desempenho na contratação de cuidados básicos de saúde para ONGs: experiência de contratação em larga escala em Uttar Pradesh, Índia.	Avaliar a contratação em larga escala de 294 organizações não-governamentais (ONGs) para a prestação de serviços básicos de saúde em Uttar Pradesh, Índia.	HEARD, A. et al. Prevendo o desempenho na contratação de cuidados básicos de saúde para ONGs: experiência de contratação em larga escala em Uttar Pradesh, Índia. Política e Planejamento de Saúde . 2011;26:i13-i19
	O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde	Apresentar e discutir a utilidade e aplicabilidade de contratos de gestão e incentivos profissionais na gestão por resultados no setor público de saúde.	DITTERICH, R.G. MOYES, S. T. MOYES, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 615-625, Abr. 2012 .
	Contratação interna: experiência do serviço de transfusão e imunologia de Rabat	Descrever as quatro fases deste estudo piloto e explicar a importância da contratação na gestão dos sistemas de saúde.	ESSAKALLI M, et al. Contratação interna: experiência do serviço de transfusão e imunologia de Rabat. Transfus Clin Biol . Paris, v. 20, n. 4, p. 440-447, Set. 2013.
	As unidades de saúde contratadas podem melhorar o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde materna e neonatal? Evidências do Paquistão.	Avaliar vantagens comparativas da contratação de acesso, qualidade e eqüidade na saúde materna, neonatal e infantil(MNCH), usando um estudo de caso do Paquistão.	ZAIDI S, et al. As unidades de saúde contratadas podem melhorar o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde materna e neonatal? Evidências do Paquistão. Sistema de política de recursos de saúde . v. 13 Suppl 1(Suppl 1), p. 54.
	Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados	Analizar no período de 2001-2008, a composição público-privada na rede municipal de saúde e aspectos do processo de contratualização dos serviços.	ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1825-1834, Jun 2015 .
	Envolvimento do setor privado por meio de cupons e contratação - um caso para analisar a governança e o contexto da saúde.	Extrair evidências de revisões sistemáticas e literatura adicional publicada e cinza, para entrada em um resumo de políticas sobre a compra de serviços de APS do setor privado para áreas carentes na região Ásia-Pacífico.	Nachtnebel M, et al. Envolvimento do setor privado por meio de cupons e contratação - um caso para analisar a governança e o contexto da saúde. Soc Sci Med . n 145, 193-200, nov. 2015.
	Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação	Caracterizar e discutir a privatização da gestão do sistema municipal de saúde na cidade de São Paulo, Brasil, com base em uma perspectiva administrativista e política.	CONTREIRAS, H. MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 285-297, Fev. 2015 .
	Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal	Compreender como as instituições reguladoras atuam sobre o setor privado, demonstrando o crescimento desse setor, a segmentação dos sistemas de saúde, e o perfil de reclamações dos beneficiários/utentes.	ARAUJO, I.M.M. NASCIMENTO, D. F. PEREIRA, A. M. Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. Physis , Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, e280416, 2018 .

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos para participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **Contratualização de Serviços na Rede Hospitalar SUS: O Caso de Salvador**. Pesquisa com objetivo geral de Analisar a gestão de contratos de serviços hospitalares especializados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia. Ela será desenvolvida sob coordenação da Professora Isabela C. de M. Pinto, vinculado ao Programa de Pós-Graduação e Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A coleta de dados será realizada adotando entrevistas semiestruturadas (agendadas previamente, em turno e local de trabalho, nos meses de maio e junho de 2020, de acordo à disponibilidade do participante) e análise documental. Para as entrevistas serão respeitados os princípios éticos em pesquisa científica, a participação não será remunerada, a entrevista durará entre 30 e 60 minutos, será gravada e transcritas na íntegra, sendo seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrada, pelo período de 10 (dez) anos no núcleo de pesquisa coordenado pela professora responsável da pesquisa, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Após este período, procederá a destruição por meio de calor (queimar).

Caso decida participar, os pesquisadores asseguram anonimato, respeito à integridade intelectual, cultural e social. Garantimos a você à disponibilização das informações desta pesquisa, através de explicações das eventuais dúvidas. Caso sinta-se constrangido (a) e/ou sua privacidade invadida evitaremos ou minimizaremos e lhe deixamos livre para suspender a entrevista, caso perceba qualquer risco de consequência danosa à expressão livre de suas opiniões. Serão considerados os princípios bioéticos conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

Decidindo por participar, solicitamos assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido (em duas vias) que comprova sua autorização para o uso das informações exclusivamente para a construção de produtos científicos vinculados ao programa de pós-graduação citado, tais como: dissertação do curso, artigos científicos, apresentação e resumos em eventos. Informamos que ao final serão apresentados os resultados, em caráter de devolutiva, à Secretaria Municipal de Saúde do Salvador (SMS), por meio da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA). As dúvidas futuras poderão ser minimizadas com os pesquisadores, através do telefone (71) 3283-7410 do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Deixamos cientes que você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações, sem qualquer penalização.

Após ter ciência dos aspectos éticos da pesquisa, eu _____ me considero devidamente esclarecido (a) e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada **Contratualização de Serviços na Rede Hospitalar SUS: O Caso de Salvador**. Estou ciente dos benefícios, minimização dos riscos, sigilo, possibilidade de desistência, tempo de guarda e utilização das informações desta pesquisa e fico com uma via do TCLE.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE C - Instrumento de Entrevista Semi-Estruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Quadro 02: Perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevistados	PERGUNTA
Roteiro Chefia SMS	<ul style="list-style-type: none"> Caracterização: iniciais do nome, formação, experiência na gestão de contratos (controle e/ou avaliação), vinculação com a gestão de contratos na SMS, período de atuação entre 2013 e 2020. Quais os principais avanços, desafios e/ou ajustes que você identifica hoje no processo de contratualização com a rede complementar na SMS? Descreva o que mudou na estrutura dos contratos da SMS/Como se estruturam hoje. (explicar também a forma de repasse) <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que mudou nas metas de qualidade e quantidade ✓ E na forma de repasse ✓ Esse modelo permite maior controle? Existe algum critério para seleção das instituições contratualizadas? O processo de monitoramento e controle se diferencia a depender das características da instituição? Quais as principais fragilidades da atual modelagem contratual/ que atrapalham o controle da SMS sob o desempenho do contratado? Em que parte do contrato você identifica maior alinhamento/distanciamento entre SMS e Hospital com relação ao cumprimento de metas. Existem limites financeiros para o emprego de incentivos? Existe maior facilidade no monitoramento de hospitais 100% SUS? Por quê? <ul style="list-style-type: none"> ✓ capacidade de entregar os resultados acordados ✓ são informados quanto a capacidades, recursos disponíveis e histórico de desempenho do prestador, anteriormente a assinatura do contrato ✓ tentativa de encontrar brechas no acordo de entrega de resultados firmado para que não precise empregar todo o esforço/recurso Na sua opinião quem tem mais prejuízo com o não cumprimento das metas? Na sua opinião a gestão se preocupa mais com os impactos de curto prazo ou longo prazo?
Roteiro CAC	<ul style="list-style-type: none"> Caracterização: iniciais do nome, formação, experiência na gestão de contratos (controle e/ou avaliação), vinculação com a gestão de contratos na SMS, período de atuação entre 2013 e 2020. Quais as atividades desenvolvidas pela CAC Em que parte do contrato você identifica maior alinhamento/distanciamento entre SMS e Hospital com relação ao cumprimento de metas.

	<ul style="list-style-type: none"> • O diálogo com os representantes do hospital ocorre de forma satisfatória? Explique. • Você acha que o prestador tenta encontrar brechas no contrato/ mínimo esforço. Se sim, de que forma/em qual parte? • Na sua opinião, com o atual modelo de contrato é possível acompanhar de forma satisfatória para a gestão? E para a assistência? • Se pudesse mudar algo, o que mudaria?
Roteiro Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização: iniciais do nome, formação, experiência na gestão de contratos (controle e/ou avaliação), vinculação com a gestão de contratos na SMS, período de atuação entre 2013 e 2020. • Quais os principais avanços, desafios e/ou ajustes que você identifica hoje no processo de contratualização com a rede complementar na SMS? • Na sua opinião, o atual modelo trouxe benefícios e/ou prejuízos para a instituição? Explique. • O diálogo com os representantes da SMS ocorre de forma satisfatória? Explique. • Quais as principais dificuldades encontradas para o cumprimento das metas?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS

Quadro 03: Entrevistas e correspondentes categorias analíticas, com base nos elementos Teoria da Agência

Categorias Analíticas / Subcategorias	Diferenças de motivação e objetivos	Assimetrias de Informação	Distintas propensões ao risco	Diferentes horizontes de planejamento
Entrevistas				
Entrevista 1				
Entrevista 2				
Entrevista 3				
Entrevista 4				
Entrevista n...				

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS DOCUMENTAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS DOCUMENTAIS

Quadro 04: Documentos e correspondentes categorias analíticas, com base nos elementos da Teoria da Agência

Categorias Analíticas / Subcategorias	Diferenças de motivação e objetivos	Assimetrias de Informação	Distintas propensões ao risco	Diferentes horizontes de planejamento
Documentos				
Plano operativo anual				
Relatório mensal de acompanhamento				
Atas das reuniões				

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Secretaria
da Saúde



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 18 de fevereiro de 2021.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador e a Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação, declaram-se conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012, a Resolução do CNS Nº 510/2016 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos e dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado: GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES AO SUS: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR - BAHIA. O objetivo deste estudo é analisar a gestão de contratos de serviços hospitalares especializados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia.

Esta pesquisa será conduzida pelos pesquisadores responsáveis Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto, orientadora; Dr. Thadeu Borges Souza Santos, coorientador; Lilian Barbosa Rosado, mestrandra. Os pesquisadores apresentam o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta secretaria, obtendo autorização no Parecer Nº. 009/2021 e este Termo de Anuência Institucional (TAI), para sua condução, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA.

Atenciosamente,

Melicia Silva Reis Góes
Melicia Silva Reis Góes

Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS. Este TAI não permite acesso aos lócus de pesquisa para coleta de dados, especialmente em tempos de pandemia, esta pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.