



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VALDIRA GONZAGA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO CONTRATO DE GESTÃO EM UM
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

Salvador

2015

VALDIRA GONZAGA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO CONTRATO DE GESTÃO EM UM
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Meira de Melo

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Salvador
2015

Sistema de Bibliotecas - UFBA

Rodrigues, Valdira Gonzaga.

Avaliação dos resultados do contrato de gestão em um complexo hospitalar universitário federal / Valdira Gonzaga Rodrigues. - 2015.

88 f. : il.

Inclui anexos e apêndices.

Orientadora: Profª Drª Cristina Maria Meira de Melo.

Co-orientadora: Profª Drª Heloniza Oliveira Gonçalves Costa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2015.

1. Hospitais universitários - Administração - Estudo de caso. 2. Serviços de saúde - Administração. 3. Instituições de saúde - Avaliação. 4. Administração pública. I. Melo, Cristina Maria Meira de. II. Costa, Heloniza Oliveira Gonçalves. III. Título.

CDD - 362.11
CDU - 364.046

TERMO DE APROVAÇÃO

VALDIRA GONZAGA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO CONTRATO DE GESTÃO EM UM COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para a obtenção do grau de Mestra em Enfermagem na Área de Concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo _____
Doutora em Saúde Pública, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Maria do Carmo Lessa Guimarães _____
Doutora em Administração Pública, Professora da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas _____
Doutora em Saúde Pública, Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Sandra Maria Chaves dos Santos _____
Doutora em Administração Pública Professora da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia(Suplente).

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo em especial a minha equipe de trabalho do Serviço de Auditoria Interna e do faturamento, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, por acreditarem na realização deste sonho e pelo carinho, compreensão e colaboração nesta minha longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por ser o companheiro de todas as horas, que me guia, ilumina e renova minhas forças em todos os momentos da minha vida.

Agradeço, especialmente, a minha família – minha mãe, irmãos e sobrinhos –, que sempre estiveram ao meu lado com paciência e apoio, compreendendo a minha ausência. Em especial, ao meu esposo, Marco Antônio, pelo carinho, apoio e companheirismo em todo o processo.

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Maria Meira de Melo, que me acolheu e possibilitou aprendizagens únicas, ampliando meu conhecimento do mundo político. Agradeço, principalmente, a sua disponibilidade para minha orientação durante essa jornada, e por ter me mostrado os melhores caminhos para realizar este feito, no qual foi construído um elo de amizade.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Heloniza Gonçalves Costa, pela colaboração, compreensão e contribuições enriquecedoras, principalmente, nos últimos momentos.

Às Professoras Doutoras, Norma Fagundes e Maria Enoy Neves Gusmão, pelo apoio nos momentos difíceis com o estímulo e o carinho para continuar o desafio.

À Professora Doutora Enêde Andrade Cruz e à Professora Mestre Celeste Maria Hoecherl Ramos, pelo incentivo e dedicação para que eu iniciasse essa nova jornada.

Sou grata às Professoras Doutoras Maria do Carmo Lessa Guimarães, Silvone Santa Barbara da Silva Santos e Sandra Maria Chaves dos Santos, pelas colaborações e sugestões enriquecedoras, durante a qualificação do meu projeto.

Agradeço imensamente às Professoras Doutoras Maria do Carmo Lessa Guimarães, Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes e Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, pela disponibilidade, boa vontade e colaboração para compor a banca de defesa da dissertação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que contribuiu para meu aprofundamento nas teorias e temas objeto deste trabalho.

Aos colegas do mestrado e do grupo “Gerir”, por todo o aprendizado compartilhado durante o curso. Valeram os momentos de conversas, discussões, distrações e carinho.

À colega Enfermeira Doutora Gilmara Rodrigues, a quem devo, graças à sua cooperação, a coragem de enfrentar o desafio de fazer o mestrado, especialmente pela recomendação dada.

Agradeço às estudantes Valéria Barbosa e Laíse Figueiredo, pela cooperação na coleta dos dados.

Em especial às minhas amigas enfermeiras companheiras Dilcelina Souza, Noelia Assis pelo apoio, dedicação nas horas que passamos estudando inglês.

A amiga irmã Lúcia Santos Passos pelo apoio e cooperação nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Anna Gabriella e Juliana Leite, pela amizade que nasceu no processo de seleção do curso e que se enraizou no decorrer desses anos.

Registro meus agradecimentos a todos os colegas do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, onde trabalho, e demais amigos que compartilharam o trilhar de mais esse meu caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, acreditando no meu potencial.

A todos, muito obrigada!

“Nunca desista de nada só porque é DIFÍCIL.
Afinal, dizem que o que é difícil de conquistar,
também é DIFÍCIL de se PERDER.”

(autor desconhecido)

RESUMO

RODRIGUES, Valdira Gonzaga. Avaliação dos **resultados do contrato de gestão em um complexo hospitalar universitário federal**. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Os contratos de gestão entre órgãos públicos, processo denominado de contratualização, foram instituídos nos Hospitais Universitários Federais por meio de Programa Interministerial para Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Este estudo avalia os resultados dos contratos de gestão de um Complexo Hospitalar Universitário federal efetuado entre 2005 e 2013. É uma pesquisa documental exploratória, estudo de caso único, utilizando-se da avaliação normativa. Os instrumentos para coleta dos dados visaram o levantamento e a seleção dos indicadores, dos dados/resultados por contrato individualizado, e dados agregados dos contratos de gestão. A avaliação foi realizada considerando-se os dados obtidos, as metas definidas e os parâmetros estabelecidos para os indicadores nos contratos de gestão. De um modo geral, as metas estabelecidas, principalmente para a prestação de serviços, não foram atingidas e o processo de regulação com o SUS mantém-se insipiente. Os resultados dos contratos de gestão também indicam que, no período do estudo, não se observou melhoria na eficiência e eficácia assistencial e gerencial do CHU, maior controle e avaliação da assistência à saúde, ou maior articulação com o SUS, como previsto nas justificativas para a adoção do modelo de gestão proposto. Como resultado positivo na gestão, identificou-se a designação de recurso financeiro pré-pago, para o cumprimento dos procedimentos da média complexidade acrescido dos incentivos, e constatou-se que não houve redução do valor em decorrência do não cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Na área do ensino e da formação de profissionais, em razão do número elevado de cursos e de vagas ofertadas para as residências médicas, bem como a implantação da residência multiprofissional, as metas foram ultrapassadas. No entanto, identificou-se fragilidade em relação à Educação Permanente. Concluiu-se que os resultados dos contratos de gestão não indicam mudanças positivas nas dimensões avaliadas. A adoção do contrato de gestão permitiu transparência na prestação de contas, mas indica pouco efeito sobre a responsabilidade pública quanto à natureza e à qualidade dos serviços prestados. A partir do conceito-guia do estudo, afirma-se que a adoção do contrato de gestão não foi um instrumento indutor da capacidade de gestão do Complexo Hospitalar.

Palavras-Chave: Gestão hospitalar. Hospitais universitários. Contratos.

ABSTRACT

RODRIGUES, Valdira Gonzaga. **Evaluation of the Results of the Management Contract of a Federal Hospital Complex**. 2015. 89 f. Dissertativo (Master) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Management contracts among public agencies, a process known as contractualization, were implemented in Federal Hospital Complex by means of an Inter-ministerial Program for Restructuring Teaching Hospitals. The present study analyzes the results of the management contracts of a federal University Hospital Complex (UHC) from 2005 to 2013. A documental exploratory research, single-subject study, through normative appraisal. The data collection instruments aimed towards analyzing and selecting indicators, data/results per individualized contracts, and aggregated data of the management contracts. Evaluation was performed considering the data obtained, the targets defined and the parameters established for the indicators in the management contracts. In general, the targets established, mainly for the rendering of services, were not attained and the SUS regulation process continues to be insipient. The results of the management contracts also indicate that during the period under study, no improvement was observed in the effectiveness and efficiency of the assistance and management of the UHC, greater control and evaluation of health assistance or better articulation with the SUS, as foreseen in the justifications for adopting the proposed management model. A positive outcome of this management process can be identified in the assignment of pre-paid financial resources for the accomplishment of average complexity procedures, supplemented by the incentives, and it was verified that there was no reduction in value due to the non-fulfillment of the quantitative and qualitative targets. In the area of education and formation of professionals, in view of the high number of courses and vacancies available, as well as the implementation of multi-professional residencies, the targets were exceeded. Nevertheless, there are vulnerabilities identified in relation to Permanent Education. It is concluded that the results of the management contracts do not indicate positive changes within the dimensions analyzed. The adoption of the management contract permitted transparency in the rendering of accounts, but indicates little effect on public responsibility in relation to the nature and quality of the services rendered. Based on the guiding framework of the study, it is possible to affirm that the adoption of the management contract was an instrument to foster management capacity in the Hospital Complex.

Key-words: Hospital management. University hospitals. Contracts.

RESUMEN

RODRIGUES, Valdira Gonzaga. **Evaluación de los resultados del contrato de gestión en un complejo hospitalario universitario federal.** 2015. 89 f. Disertación (Máster) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Los contratos de gestión entre órganos públicos, proceso denominado de contractualización, fueron instituidos en los Hospitales Universitarios Federales, por medio del Programa Interministerial para la Reestructuración de los Hospitales de Enseñanza. Este estudio analiza los resultados de los contratos de gestión de un Complejo Hospitalario Universitario (CHU) federal efectuados entre 2005 y 2013. Es una pesquisa documental exploratoria, estudio de caso único, utilizándose de la evaluación normativa. Los instrumentos para la colecta de datos visaron el levantamiento y la selección de los indicadores, los datos/resultados por contrato individualizado y datos agregados de los contratos de gestión. El análisis fue realizado considerándose los datos obtenidos, las metas definidas y los parámetros establecidos para los indicadores en los contratos de gestión. De un modo general, las metas establecidas, principalmente para la prestación de servicios, no fueron alcanzadas y el proceso de regulación con el SUS se mantiene incipiente. Los resultados de los contratos de gestión también indican que, en el periodo del estudio, no se observó mejoría en la eficiencia y eficacia asistencial y gerencial del CHU, mayor control y evaluación de la asistencia a la salud, o mayor articulación con el SUS, como previsto en las justificativas para la adopción del modelo de gestión propuesto. Como resultado positivo en la gestión se identificó la designación de recursos financieros pre-pagados, para el cumplimiento de los procedimientos de mediana complejidad acrecido de los incentivos, y se constató que no hubo reducción del valor en consecuencia del no cumplimiento de metas cuantitativas y cualitativas. En el área de enseñanza y de la formación de profesionales, en razón del número elevado de cursos y de vacancias ofertadas para las residencias médicas, así como la implementación de la residencia multiprofesional, las metas fueron ultrapasadas. Con todo, se identificó fragilidad en relación a la Educación Permanente. Se concluye que los resultados de los contratos de gestión no indican cambios positivos en las dimensiones analizadas. La adopción del contrato de gestión permitió transparencia en la prestación de cuentas, pero indica poco efecto sobre la responsabilidad pública cuanto a la naturaleza y la calidad de los servicios prestados. A partir del concepto-guía del estudio, se afirma que la adopción de contrato de gestión no fue un instrumento inductor de la capacidad de gestión del Complejo Hospitalario.

Palabras Clave: Gestión hospitalaria. Hospitales universitarios. Contratos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Relação das dimensões correlacionadas aos indicadores selecionados do plano operativo anual dos contratos de gestão – 2005-2013	40
Quadro 2 – Especificação dos parâmetros construídos para análise do estudo	42
Gráfico 1 – Quantitativo das metas de consultas médicas especializadas / Consultas médicas realizadas por contrato no CHU – 2005-2013	47
Gráfico 2 – Quantitativo dos internamentos realizados / Meta estabelecida por contrato para o CHU – 2005-2013	48
Quadro 3 – Levantamento das novas habilitações para procedimentos de Alta Complexidade do CHU – 2006-2013	51
Gráfico 3 – Índice de Ocupação geral da UTI tipo I, adulto no CHU por contrato/ano – 2005-2013	52
Gráfico 4 – Índice de ocupação geral da UTI tipo III, adulto no CHU por contrato/ano – 2005-2013	52
Gráfico 5 – Demonstrativo das metas e número dos programas de residência médica /Número de vagas preenchidas no CHU por contrato/ano – 2005-2013	54
Gráfico 6 – Número de projetos de pesquisa apresentados pelo CHU, relacionados ao SUS e à Alta Complexidade, por contrato/ano – 2005-2013	56
Gráfico 7 – Índice de ocupação hospitalar geral do CHU por contrato/ano – 2005-2013	58
Gráfico 8 – Tempo médio de permanência hospitalar geral do CHU por contrato/ano – 2005-2013	59
Gráfico 9 – Tempo médio de permanência dos pacientes da clínica cirúrgica do Complexo hospitalar por contrato/ano – 2005-2013	60
Gráfico 10 – Índice de infecção hospitalar do CHU por contrato/ano – 2005-2013	61
Gráfico 11 – Demonstrativo do valor pactuado x valor produzido dos procedimentos de média complexidade do CHU, por contrato média/mês – 2005-2013	63
Quadro 4 - Demonstrativo financeiro com distribuição dos valores pactuados meta/mês por contrato, para execução dos procedimentos de média	64

complexidade, e valor pago por contrato ao CHU média/mês – 2005-2013

Gráfico 12 – Demonstrativo de recursos financeiros utilizados para pagamento dos profissionais terceirizados do CHU /média /mês – 2008-2013 65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo dos profissionais do CHU por tipo de vínculo empregatício – Estado da Bahia – 2005 /2013	38
Tabela 2 – Quantitativo dos procedimentos ambulatoriais por complexidade realizados pelo CHU por contrato/ média /mês – Estado da Bahia – 2005-2013	49
Tabela 3 – Quantitativo de AIH produzidas por complexidade e por contrato no CHU por média /mês – Estado da Bahia – 2005-2013	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Assistência Integradas de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPO	Comissão de Análise de Prontuários de Óbitos
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
Coreme	Comissão de Residência Médica
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> (Diagnóstico Relacionado por Grupo)
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HUF	Hospital Universitário Federal
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MC	Média Complexidade
MEC	Ministério de Educação
MPF/BA	Ministério Público Federal da Bahia
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NHS	<i>National Health Service</i> (Serviço Nacional de Saúde)
NUTS	Núcleo de Tecnologia em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNEPS	Política Nacional da Educação Permanente em Saúde

POA	Plano Operativo Anual
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
RBHS	Rede Brasileira de Hospitais Sentinela
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	SÍNTESE SOBRE MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	21
2.1	GESTÃO PÚBLICA, REFORMA DO APARELHO DE ESTADO E REPERCUSSÃO NA GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL	22
2.2	GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	28
2.3	CONTRATO DE GESTÃO NA SAÚDE EM OUTROS PAÍSES	32
3	METODOLOGIA	35
3.1	TIPO DE ESTUDO	35
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	36
3.3	ETAPAS DO ESTUDO	38
3.4	COLETA DE DADOS	40
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	41
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1	DIMENSÃO I: INSERÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS COM A REDE DE SERVIÇOS DO SUS	44
4.1.1	Serviços oferecidos para atendimento à demanda do SUS	47
4.2	DIMENSÃO II: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	49
4.2.1	Produção ambulatorial por complexidade	49
4.2.2.	Quantitativo de AIH produzidas por complexidade	50
4.2.3	Índice de ocupação dos leitos de UTI - Adulto	51
4.2.4	Funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos	53
4.3	DIMENSÃO III: FORMAÇÃO EM SAÚDE	53
4.3.1	Formação de Pós-Graduação	54
4.3.2	Atividades de educação permanente	55

4.3.3 Desenvolvimento de atividades por meio de videoconferência e de terapia baseada em evidência	55
4.4 DIMENSÃO IV: PRODUÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA	56
4.5 DIMENSÃO V: CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS	57
4.5.1 Planejamento estratégico e plano de trabalho	57
4.5.2 Índice de ocupação hospitalar geral	58
4.5.3 Tempo médio de permanência hospitalar geral	59
4.5.4 Tempo médio de permanência em clínica cirúrgica	59
4.5.5 Índice de infecção hospitalar	60
4.5.6 Funcionamento da comissão de análise de óbito	61
4.5.7 Valor pactuado pago e valor produzido pelo CHU para os procedimentos da média complexidade	62
4.5.8 Índice de satisfação do usuário hospitalizado	65
4.5.9 Síntese dos resultados	65
5 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO E SELEÇÃO DOS INDICADORES DOS CONTRATOS DE GESTÃO	75
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	77
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DOS DADOS AGREGADOS DOS CONTRATOS	78
APÊNDICE D - PLANILHA DE DADOS DO 1º CONTRATO	79
APÊNDICE E - PLANILHA DE DADOS DO 2º CONTRATO	80
APÊNDICE F - PLANILHA DE DADOS DO 3º CONTRATO	81
APÊNDICE G - PLANILHA DE DADOS DO 3º CONTRATO COM ADITIVO	82
APÊNDICE H - PLANILHA DE DADOS DO 4º CONTRATO	83
APÊNDICE I - PLANILHA DE DADOS DO 5º CONTRATO	84
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	85
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	87

1 INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários Federais (HUFs), implantados a partir da década de 1940, são organizações vinculadas e financiadas pelo Ministério da Educação (MEC) na condição de hospitais-escola e centros de pesquisa científica, orientados operacionalmente para quatro objetivos: ensino, pesquisa, assistência e extensão. Assim, atuam na assistência como hospitais de referência para atenção de alta complexidade, formação de profissionais de saúde e desenvolvimento científico e tecnológico.

Com a intensificação da crise econômica internacional iniciada nos anos de 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura civil-militar no Brasil também entrou em crise, em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro que impulsionava a economia nacional. O país diminuiu o ritmo de crescimento econômico, não mais sustentável, ocasionando graves consequências sociais, como o aumento da marginalidade, as ocupações irregulares na periferia urbana com o crescimento das favelas, e o aumento da mortalidade infantil, entre outros. A saúde entrou em colapso, gerando dificuldades para os HUFs, ditos redutos de excelência da assistência hospitalar (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 2004).

Com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que prevê as fontes de financiamento, os percentuais gastos em saúde, a forma de repasse dos recursos entre as esferas de governo e normatiza a participação da comunidade na gestão do SUS, os HUFs são inseridos no sistema de saúde.

Após a promulgação dessas legislações, o financiamento dos HUFs é alterado. Estes passam a receber o pagamento para manutenção do custeio por meio do Ministério da Saúde (MS), com base na lógica de produção da assistência prestada aos usuários do SUS. O MEC permanece com a atribuição de alocar os recursos para infraestrutura, aquisição de equipamentos e pagamento dos trabalhadores.

Desde a década de 1980, a implementação de reforma do Estado em vários países, inclusive no Brasil, conduziu a um novo modelo de gestão pública. Tais reformas, nesse país, visavam criar alternativas para contornar a crise econômica dos anos 1970 e 1980, em parte como consequência da crise econômica internacional (BRESSER-PEREIRA, 1996).

O cenário mundial indicava avanços na direção dos princípios e interesses defendidos pelo modelo econômico neoliberal. Com a implantação da reforma do Estado no Brasil,

adotou-se políticas de abertura e globalização da economia e das relações de trabalho e implantação do programa de privatização das empresas estatais (RIZOTTO, 2000).

As reformas de Estado mundialmente alteram a gestão na área da saúde com transformações na gestão dos hospitais públicos devido à complexidade burocrática destas organizações, o alto custo que elas impõem aos cofres públicos e as dificuldades percebidas para garantir o funcionamento eficiente e eficaz sob o controle do governo. Assim, essa reforma pretende proporcionar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, de uma forma equitativa (VATANKHAH et al., 2012).

No Brasil surgem estratégias para gerir áreas como saúde e educação fora do poder público, justificadas pelo agravamento da crise econômica. Entretanto, após a Constituição Federal de 1988, a Administração Pública brasileira foi alvo de críticas que afirmavam seu “[...] enrijecimento burocrático extremo” e engessamento do aparelho estatal (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 3).

O estudo de Costa (1999) mostra que, em meados dos anos 1980, o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde. Tal fato foi demonstrado em âmbito internacional no relatório dessa instituição denominado “Investindo em Saúde”, publicado em 1993. Esse documento difundiu e expressou o êxito dos países que realizaram, simultaneamente, ajuste econômico e investimento em saúde (RIZZOTTO, 2000). Nesse Relatório, foram apresentadas propostas de políticas emergenciais para ajustes econômicos e estruturais na área da saúde, apoiadas por financiamento do capital privado. Essas propostas foram utilizadas para movimentar o debate sobre a perspectiva de reformas dos sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a inserção dos HUFs no SUS contribuiu para acentuar a crise financeira dos hospitais, devido, entre outros fatores, ao baixo valor pago pelos serviços prestados e à demora na liberação desses recursos. Em 1997, os HUFs reduziram o número de atendimentos, e o próprio governo induziu à privatização da sua gestão como solução para resolver a crise financeira do setor (POLIGNANO, 2003).

Novas formas de contrato de gestão na saúde apareceram desde 1995, com a implantação da Reforma do Aparelho de Estado pelo governo brasileiro, inicialmente entre o setor público e o setor privado, ampliado progressivamente ao longo dos anos.

Assim, o Estado iniciou o processo de mudança dos diversos modelos de gestão pública da saúde, transferindo a execução das suas atribuições para o setor público chamado de não estatal e para o terceiro setor. Para Di Pietro (1996), os novos modelos de gestão e de

contratação são parte de um processo aberto, assumindo diversos formatos, todos com o objetivo de reduzir o tamanho do Estado e fortalecer a iniciativa privada e os modos privados de gestão nos serviços públicos.

Nessa direção, no setor da saúde, passou-se a utilizar, a partir do final do ano de 2004, contratos de gestão entre órgãos públicos, processo denominado de contratualização. Este é entendido como o meio pelo qual o representante legal do hospital e o gestor local do SUS estabelecem um contrato de gestão com metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão hospitalar, que deverão ser acompanhados e atestados pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2004b).

Os HUFs foram as primeiras organizações públicas de saúde que utilizaram essa nova modalidade de gestão, após a edição da Portaria Interministerial n. 1006 do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino Federal (REHUF) do MEC no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b).

O contrato de gestão é também considerado um parâmetro para o cumprimento de metas, permitindo a verificação do seu alcance e dos resultados pactuados por meio dos indicadores. Afirma-se também que a pactuação de contratos de gestão com metas pré-estabelecidas de desempenho para os programas públicos enseja a possibilidade de avaliar o próprio desempenho do aparelho estatal (LIMA, S., 2009).

Nesse contexto, a experiência de trabalho da autora com essa modalidade de gestão, desde a sua implantação, aguçou o interesse em estudar o tema. Era preciso conhecer o processo de inserção dessa nova forma de gestão, denominada contratualização, sob a chancela do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, em um caso concreto.

Num primeiro momento, ao realizar a busca de dados na Biblioteca Virtual de Saúde sobre a temática nas bases Scielo, Lilacs e Cochrane nos idiomas português e inglês, e em sites de buscas, foram escassas as publicações encontradas sobre a avaliação do contrato de gestão na saúde no âmbito hospitalar federal. A busca abrangendo o período de novembro de 2007 a agosto 2013, utilizando os descritores contrato de metas na saúde em hospital universitário, contratualização em saúde e gestão em saúde, encontrou alguns artigos, três teses e duas dissertações nacionais e uma em Portugal nos quais os autores tratam de contrato de metas ou contratualização no âmbito hospitalar e/ou envolvendo hospital de ensino. Os objetivos desses estudos (artigos, teses e dissertações) foram:

- a) identificar possibilidades e limites da contratualização para a melhoria do desempenho em quatro hospitais de ensino inseridos no SUS, no período de 2004 a 2007 (LIMA, S., 2009).
- b) analisar o impacto da contratualização de resultados sobre o desempenho de hospitais públicos estaduais da administração direta no estado de São Paulo (PERDICARIS, 2012).
- c) analisar as mudanças decorrentes da política governamental da contratualização no cotidiano dos hospitais de ensino, procurando caracterizar o posicionamento dos diferentes atores institucionais, o protagonismo dos gestores e as dificuldades na sua implementação (REIS, 2011).
- d) avaliar o desempenho de um hospital universitário estadual de ensino antes e após a contratualização. O desempenho foi analisado comparativamente nos três anos anteriores (2002-2004) e três anos (2006-2008) seguintes à contratualização (BRIZOLA, 2010).
- e) discutir teoricamente e definir o conceito de capacidade governamental, com o recorte do núcleo estratégico de governo sob a perspectiva das relações contratuais e das variáveis da política de contratualização intragovernamental (CORREIA, 2011).
- f) analisar o processo de implementação da contratualização em Portugal e perspectivas de desenvolvimento desse modelo (ESCOVAL, 2003).
- g) produziram um relatório do projeto investigativo “Inovação de Políticas em Saúde: o Caso da Contratualização em Portugal”. Neste estudo, os autores analisaram o processo da contratualização em diversos países da Europa e fizeram considerações sobre a política de incentivos (ESCOVAL, 2007).

A relevância deste estudo está em possibilitar a reflexão sobre a contratualização em organizações complexas, como os hospitais públicos universitários inseridos no SUS, depois de decorrida quase uma década da utilização de tais contratos. Além disso, de forma mais ampla, esta pesquisa poderá melhor informar aos dirigentes dos hospitais universitários e aos profissionais que trabalham na gestão dos contratos o que pode contribuir para o aprimoramento da sua gestão.

Considerando-se que a sociedade não pode permanecer à parte do processo de mudanças das políticas sociais e que o usuário é parte desse processo, o tema pesquisado

também poderá contribuir para difundir o conhecimento entre aqueles que desejam exercer seus direitos sociais e reivindicar a consolidação dos compromissos entre Estado e cidadãos.

Por fim, é relevante estudar os resultados de contratos de gestão, mesmo que num caso singular, dado que esse modelo de gestão é afirmado pelos diversos governos nacionais como o modo de reorientar e reformular a política dos hospitais de ensino no Brasil, de melhorar o desempenho dos HUFs e, de uma forma mais ampla, melhorar o desempenho na prestação de contas dos serviços do sistema público de saúde (BRASIL, 2004b; BRIZOLA, 2010; LIMA, S., 2009).

Nessa perspectiva, delimitou-se como objeto de estudo os contratos de gestão de um complexo hospitalar universitário federal de 2005 a 2013. Para tanto, questiona-se: Quais os resultados revelados após os contratos de gestão? Para responder a esta pergunta, delimitou-se como objetivo: Avaliar os resultados dos contratos de gestão de um complexo hospitalar universitário federal.

A exposição dos assuntos nesta Dissertação atende à seguinte organização: a próxima seção expõe o marco conceitual. Procurou-se conhecer a evolução e os modelos de administração pública brasileira, bem como as formas de gestão da saúde pública, além de identificar a implantação e resultados do novo modelo de gestão da saúde implantado no Brasil e em outros países após a Reforma do Aparelho do Estado iniciadas na década de 1980, considerando os conflitos, as divergências e os avanços. Foi recuperada a história dos HUFs considerando suas finalidades, desenvolvimento, gestão e também a inserção no SUS, e no novo modelo de gestão pública da saúde a partir de 2004, com o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.

A terceira seção presta informações sobre a metodologia adotada no desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, esclarece quanto ao tipo, à caracterização do campo e às etapas do estudo, explica como foram realizadas a coleta e a análise dos dados e finaliza com as considerações sobre os aspectos éticos da pesquisa.

Na seção 4, os resultados e a discussão são dados a conhecer nas cinco dimensões analíticas previamente definidas – inserção e articulação dos HUFs com a rede de serviços do SUS; produção de serviços de média e alta complexidade; formação em saúde; produção em ciência e tecnologia; capacidade de gestão no SUS – que expõem os resultados da análise dos contratos de gestão entremeados com a discussão apoiada no referencial teórico levantado.

Finaliza-se o texto com a apresentação das conclusões.

2 SÍNTESE SOBRE MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A Saúde Pública no Brasil, até o início do século XX, desenvolvia ações de saneamento e combate às endemias e epidemias. A partir de 1930, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs), impulsionando o crescimento da assistência médica, principalmente das instituições previdenciárias, com a finalidade de reduzir as demandas sociais e assegurar a força de trabalho nas áreas prioritárias da economia nacional.

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1970, concretiza-se o sistema de assistência à saúde individual por meio do seguro social, consolidando-se o modelo assistencial centrado no hospital e o sistema de proteção social assistencial. Contudo, mantêm-se ações limitadas de saúde pública, as únicas que abrangiam toda a população (BRASIL, 2002a).

A inserção de empresas multinacionais no mercado nas décadas de 1970 e 1980 contribuiu para o surgimento da medicina de grupo, com planos de saúde distintos e com a finalidade de atender a diferentes grupos da população, de acordo com a classe socioeconômica em que se inseriam. Essa nova modalidade de assistência proporcionou a supressão de alguns grupos de empregados da medicina previdenciária, reduzindo a arrecadação do sistema previdenciário (PAIM, 2006).

A diminuição da arrecadação previdenciária em 1981, agravada pela recessão econômica e pela má administração dos recursos, foi objeto de questionamentos sobre as formas de controle dos gastos realizados, principalmente com a compra de serviços ao setor privado e a comprovação de fraudes, que geraram uma crise no Sistema Previdenciário. Nessa ocasião, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) como medida emergencial, estabelecendo, em 1982, um novo sistema de contas hospitalares, com a implantação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de parâmetros para coibir as fraudes nos internamentos e procedimentos ambulatoriais (GIOVANELLA; ESCOREL; LOBATO, 2008).

A partir de 1984, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), representado por intelectuais, políticos, entidades de profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, elaborou a proposta de um novo modelo de assistência à saúde com priorização da atenção primária da saúde. Nesse período, o governo estabeleceu uma nova estratégia na saúde: o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). Esta estratégia, financiada pelo INAMPS, repassava recursos para estados e municípios por meio de convênio. Nesse contexto, o governo determinou o atendimento a todo cidadão, independente da sua condição

de contribuinte ou não do sistema previdenciário. Iniciou-se o processo de universalização da assistência médica, exercitando-se o que posteriormente foi assegurado na Constituição de 1988: o direito à saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; LOBATO, 2008; PAIM, 2008).

Com a expansão das Ações Integradas de Saúde (AIS), a cobertura do acesso aos serviços de saúde atingiu cerca de 70% da população brasileira. Para continuar a expansão da assistência à saúde era necessário superar a divisão existente entre a assistência médica e a saúde pública, tornando-se imprescindível fortalecer o Ministério da Saúde. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (PAIM, 2008).

A formulação de um projeto de sistema público de saúde, universal, equânime e democrático no Brasil foi discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Desse movimento surgiu um documento propondo uma Reforma Sanitária no país, encaminhado à Assembleia Nacional Constituinte.

Os debates dessa Conferência foram ampliados e incluídos, no seu relatório final, os múltiplos interesses, muitas vezes contraditórios, diante do objetivo de estabelecer as regras básicas do Estado Democrático. O exercício dos direitos sociais e individuais ficou determinado na Nova Constituição da República de 1988 (BULOS, 1998).

No entanto, a lei que criou o SUS só foi promulgada em 1990. Sua regulamentação deu-se só em 2011, com o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011). Esta demarcação temporal, por si mesma, indica as dificuldades que o SUS tem enfrentado para sua implantação. Ainda que a Lei Orgânica da Saúde date de setembro de 1990, a implementação do SUS tem sido postergada. A lenta implantação do SUS e os resultados insuficientes em sua operacionalização são atribuídos frequentemente a problemas de financiamento e gestão (IBAÑEZ; VENCINA NETO, 2007; PAIM, 2009).

2.1 GESTÃO PÚBLICA, REFORMA DO APARELHO DE ESTADO E REPERCUSSÃO NA GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A década de 1990 foi marcada pela implementação de reformas de Estado e dos sistemas sanitários em vários países, além do Brasil. A implantação das reformas na sociedade brasileira iniciou-se durante os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1995), utilizando-se como parâmetros a globalização econômica e as

condicionalidades provenientes dos empréstimos de ajustes estruturais e setoriais (RIZZOTTO, 2000).

No Brasil, a reforma do aparelho de Estado, consolidada no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, pretendia ser a alternativa para contornar a crise econômica dos anos 1980 e 1990, em parte consequência da crise econômica internacional. Entre as mudanças, o Estado brasileiro deveria assumir o atendimento das necessidades sociais básicas e modificar a administração pública, respaldando-se em documentos emanados de organismos internacionais que criticavam o pouco investimento em promoção e prevenção da saúde, além da redução de gastos com a oferta de serviços hospitalares, procedimentos especializados e procedimentos de alta tecnologia (LIMA, 1995).

As mudanças indicadas pelos órgãos econômicos internacionais divergiam da política do SUS recentemente estabelecida. Tais propostas reforçavam as políticas macroeconômicas, o que se refletia na própria Constituição de 1988, quando foram inseridas 62 emendas que favoreciam o modelo econômico mais próximo do paradigma mundial vigente e desfavoráveis aos mandamentos constitucionais relativos às políticas sociais universais, descentralizadas e com participação social (SOUZA, 2008).

As mudanças aprovadas na Constituição foram consideradas por Alves (2001) como “inconstitucionais”, dentre elas: a instituição dos contratos de gestão; a introdução dos contratos trabalhistas por emprego público; a alteração da estabilidade e da revisão salarial dos servidores públicos; a terceirização dos serviços públicos; a legalização das privatizações.

No campo da saúde, o Banco Mundial estimulou um modelo de reforma administrativa, com estratégias de flexibilização e inovações gerenciais, com repasse de serviços para as organizações sociais, fundações de apoio e cooperativas de profissionais de medicina, além da implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de copagamento. Nesse contexto, as medidas neoliberais estabelecidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) criaram figuras novas de gestão e a propriedade pública não estatal, constituída pelas organizações sociais. Estas foram orientadas para o atendimento do interesse público e indicadas para assumir a gestão de algumas áreas ou setores do Aparelho do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Esse contexto levou a adotar-se como modelo a administração pública gerencial, que foi assumido sob o argumento de que continha os meios capazes de estabilizar o Estado. Com isso, foi introduzido como estratégia para reduzir custos e tornar mais eficiente a administração dos serviços que cabiam ao Estado, estabelecendo instrumentos de proteção ao patrimônio público e a insatisfação contra a administração pública burocrática (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Assim, em 1995, com o presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), foi formulada e implantada a reforma do Estado no Brasil, marcada pelas seguintes diretrizes: abertura da economia; ênfase na estabilização econômica; programa de privatização de empresas estatais; reformulação da administração pública federal, estadual e municipal, com destaque para a reforma administrativa e da previdência social. Vale destacar, nos governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a intensificação das reformas nas áreas econômica, social e política, em especial nas áreas da educação e saúde (BEHRING, 2003; BRESSER-PEREIRA, 1996; PAIM, 2008).

Esse modelo proposto por Bresser-Pereira (1996) foi criticado, por considerar-se que ele foi Ministro no período de 1995 a 1998, quando conduziu e impulsionou a gestão para o terceiro setor, ao invés de fortalecer e inovar a gestão no interior da administração pública com processos modernos (IBAÑEZ; VENCINA NETO, 2007).

Alves (2001) faz críticas contundentes a esse modelo, por considerar que o conteúdo fundamental da gestão gerencial é a alteração da propriedade, na relação entre propriedades privada e estatal, assim como pela ideia de que repassar o patrimônio público acumulado para os setores privados diminui o Estado, o que pode levar a um aumento desregulado da concentração do poder do setor privado, fortalecendo-o como arena central de disputa política.

O autor supracitado assegura que o discurso de Fernando Henrique Cardoso sobre a reforma de governo em relação ao atendimento ao “cliente” ou “cidadão cliente” foi um discurso ideológico para manter o processo hegemônico no subconsciente dos explorados. Na verdade, as alterações propostas no PDRAE justificaram-se como necessárias para aumentar o poder econômico da burguesia, ampliar a margem de lucro e incrementar a ocupação de espaço na propriedade privada do capital, de forma a expandir a participação dos capitalistas nos setores de serviços ou mesmo de produção de matéria-prima.

Segundo Bresser-Pereira (1996), a administração pública gerencial, sem ser um modelo ingênuo, parte do pressuposto de que esta já atingiu um nível cultural e político em que o patrimonialismo e o burocratismo estão condenados, e que é possível desenvolver estratégias administrativas baseadas na ampla delegação de autoridade e na cobrança *a posteriori* de resultados.

De forma mais ampla, a administração pública gerencial assumida pelo governo brasileiro era dita como baseada em uma concepção de Estado e de sociedade democrática e plural e orientada para os resultados, sem adotar procedimentos rígidos, definindo indicadores de desempenho e utilizando-se de contratos de gestão (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Ao contrário daqueles que se colocam favoráveis à administração pública gerencial, Alves (2001) considera que esse modelo se contrapõe aos direitos sociais, principalmente do trabalhador e que o contrato de gestão assume papel-chave na destruição dos serviços públicos e na constituição de uma administração pública.

Conforme Bresser-Pereira (1996), assim foram delineados os contornos da nova administração pública no governo federal:

- a) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para as esferas políticas regionais e locais;
- b) descentralização administrativa, por meio da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes autônomos;
- c) organizações com poucos níveis hierárquicos, ao invés da estrutura piramidal;
- d) organizações flexíveis, ao invés de unitárias e monolíticas, nas quais está implícita a ideia de multiplicidade, de competição administrada e de conflito;
- e) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total;
- f) definição dos objetivos a serem atingidos na forma de indicadores de desempenho, sempre que possível quantitativos, que constituirão o centro do contrato de gestão entre o ministro e o responsável pelo órgão que está sendo transformado em agência;
- g) controle por resultados, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos da administração burocrática.

Foram diversos os modelos de gestão assumidos desde então pelos governos brasileiros. No entanto, antecedendo os novos modelos de gestão, o Brasil já tinha criado as fundações de direito privado, pelo Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967). Estas fundações são conhecidas por sua atuação como organizações filantrópicas, sem fins lucrativos, criadas em virtude de autorização legislativa para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento e custeado por recursos da União e de outras fontes (BRASIL 2002c).

Outro fato relevante é a disseminação das fundações nas áreas de educação e saúde. Em 30 de dezembro de 1994 criou-se a Fundação de Apoio às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), pela Lei n.º 8.958, regulamentada pelo Decreto n.º 7.423, de 31 de dezembro de 2010 (SANTOS, 2013). A finalidade desta Fundação era dar suporte a projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições apoiadas e, primordialmente, ao desenvolvimento da inovação e da pesquisa, criando condições propícias para que as instituições de ensino estabelecessem

relações com o ambiente externo. Isso demonstra que as chamadas novas formas de gestão na administração pública brasileira começaram antes da formulação do PDRAE em 1995 (BRASIL, 2002c).

Com a implantação do PDRAE, expandiu-se a criação de novas formas jurídicas de organizações. A Organização Social (OS) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) foram criadas, respectivamente, pelas Leis nº 9.637/1998 e nº 9.790/1999. Assim, o Estado iniciou o processo de mudança dos modelos de gestão pública, transferindo a execução das suas atribuições para o chamado setor público não estatal, também conhecido como terceiro setor (BRASIL, 2002c).

As organizações sociais não possuem o poder de Estado. Este, contudo, está presente, porque os serviços geridos por tais organizações abrangem direitos humanos basilares como educação, cultura e saúde, e detêm economias externas relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente são difundidas para a sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos de organizações cuja gestão pode ser assumida por OS: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (CORREIA, 2011).

O modelo de gestão por meio da Organização Social caracteriza-se por permitir a transferência de funções ou de equipamentos públicos do Estado para entes privados lucrativos ou não lucrativos, além de romper com algumas características da gestão administrativa estatal direta, tais como: possibilitar mudanças de natureza jurídica (a organização estatal é transformada em não estatal); possibilidade de acesso a diversas fontes de financiamento; maior autonomia para contratações e fixação de salários, compras e investimentos; liberação de normas e de controles do poder público sobre a utilização de recursos procedentes da clientela privada, gerando situação de fluxo diferenciado no atendimento na saúde, denominada como dupla porta (CORREIA, 2011).

Outra forma de gerir a coisa pública, implantada com base na Emenda Constitucional nº 19/1998, de 4 de junho de 1998 (BRASIL, 1998), que trata da reforma administrativa, foi o contrato de gestão. Seu artigo 37, inciso VIII, determina autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta (BULOS, 1998).

O contrato de gestão foi firmado como instrumento legal entre administradores e poder público, com especificação de metas de desempenho. O princípio moderno da função administrativa pública ressalta a eficiência ao lado dos vetores clássicos da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, considerando-se que o aparelho estatal deve estar apto para gerar benefícios, prestar serviços à sociedade e respeitar o cidadão. Dentre os

argumentos para a introdução do contrato de gestão está o reclamo contra a burocracia estatal, sendo considerado como uma tentativa para combater a malversação dos recursos públicos, a falta de planejamento e os erros repetidos mediante práticas gravosas (BULOS, 1998).

Contudo, ainda segundo Bulos (1998), a Emenda Constitucional nº. 19/1998 atingiu vários dispositivos da Constituição, o que alterou não apenas a redação, mas produziu profundas transformações e consequências na organização e execução da administração pública. Isso causou as seguintes repercussões na vida dos agentes públicos: exoneração de funcionários por excesso de quadro; definição clara de teto remuneratório para os servidores; modificação do sistema de aposentadoria, aumentando-se o tempo de serviço e a idade exigida, tornando o valor da aposentadoria proporcional à contribuição e incentivo à exoneração ou desligamento voluntário, como uma forma de ajuste fiscal.

As organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e as fundações de apoio são entes eminentemente privados, criados por particulares; não integram a administração pública, pois é através da assinatura do contrato de gestão ou convênio que podem estabelecer parceria com o Poder Público (BRASIL, 2002c).

O projeto de Lei Complementar nº. 92, de 2007, aprimora tais inovações gerenciais e designa as fundações estatais de direito privado, o que ameaça os direitos sociais, visto que estas não são obrigadas a contribuir com o fundo público responsável pelas diversas políticas sociais. Desta maneira, consolida-se o Estado mínimo, por meio de: privatização, que consiste na venda de ativos de empresas públicas; publicização, com a transformação de órgãos estatais em entidades públicas não estatais; terceirização, conformada por meio da contratação de profissionais, intermediada por fundações de direito privado para prestar serviços nos hospitais e/ou contratação de empresas para prestação de serviços em organizações públicas, estabelecendo flexibilização dos direitos trabalhistas dos profissionais e das formas de gestão das organizações públicas, principalmente as da saúde (CORREIA, 2011; PAIM, 2008).

A terceirização constitui-se em uma forma de privatização admissível na área da saúde apenas para os serviços técnicos de atividades meio, tais como manutenção e lavanderia. Entretanto, é considerada imprópria para as atividades fins, que consistem na prestação direta da assistência à saúde. Contudo, com a Reforma do Aparelho do Estado, o governo estabeleceu que a assistência à saúde não precisaria ser prestada pelo Estado, competindo-lhe o papel de regulador, financiador e controlador da assistência à saúde (BRESSER-PEREIRA, 1996). Desse modo, introduziu-se a terceirização não só de atividades-meio como de contratação da força de trabalho e da gestão de equipamentos públicos e da prestação de serviços antes assumidos pelo Estado.

No entanto, no campo da saúde, mesmo com a Reforma do Aparelho do Estado, registraram-se dificuldades para transformar os hospitais públicos em OS ou OSCIP, porque tal iniciativa contrapunha-se à Constituição Federal e à Lei Orgânica da Saúde, que designam a prestação de serviços privados à saúde de forma complementar ao SUS (CARMO, 2006). Assim, o governo definiu, em 2004, por meio da Portaria Interministerial nº 1.006 (BRASIL, 2004b), uma nova forma de gestão por desempenho, baseada em metas a serem cumpridas, a chamada contratualização. O processo iniciou-se com os hospitais universitários federais, seguidos pelos demais hospitais de ensino e, posteriormente, pelos hospitais filantrópicos.

A chamada contratualização pode ser firmada entre o Poder Executivo e cada entidade governamental a ele subordinada da administração direta e as entidades da administração indireta, desde empresas estatais até órgãos autárquicos e fundacionais. É da natureza desse tipo de gestão a formalização de contrato, que pode diferir de acordo com as características da organização contratada, em contrapartida ao cumprimento dos compromissos da empresa.

O Estado, após a assinatura do contrato de gestão, concede maior autonomia gerencial, liberando a organização contratada de controles burocráticos de meios, com o intuito de viabilizar a elevação de sua eficiência (BRESSER-PEREIRA, 1996; DI PIETRO, 2001). Contudo, requer acompanhamento mensal e anual na renovação do contrato, que pode ser alterado ou interrompido de acordo com as cláusulas contratuais.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a contratualização não tem um fim em si mesma, mas é um processo. Nesse sentido, com ela pretende-se, principalmente, uma mudança de paradigma, deixando de distribuir os recursos em função das necessidades apresentadas pelos serviços, e passar a distribuí-los sobre uma base contratual clara, que traduza a adequação dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma dada população (ESCOVAL, 2007; LIMA, S., 2009).

Destarte, a partir do final de 2004, o processo de contratualização foi estabelecido na relação de gestão entre o Estado brasileiro e os hospitais universitários de ensino, dando prosseguimento à política da Reforma do Estado iniciada em 1995, inserindo-os na administração pública a gestão gerencial e estabelecendo contratos de metas com avaliação do desempenho.

2.2 GESTÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Os hospitais universitários federais de ensino, existentes a partir da década de 1940, são organizações de estrutura complexa e de relevância no âmbito da saúde, vinculadas e

financiadas pelo MEC na condição de hospitais-escola e centros de pesquisa científica, orientados operacionalmente para quatro objetivos básicos: ensino, pesquisa, assistência e extensão (CISLAGHI, 2011).

Uma das principais mudanças na gestão foi a inserção dos HUFs no SUS, pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a). O artigo 4º dessa lei determina que os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constituem o SUS. Nessa configuração, modificou-se a forma de financiamento para o custeio dos HUFs, sendo este tipo de hospital inserido na lógica de produção estabelecida pelo SUS. Os procedimentos executados pelos HUFs passaram a ser pagos pelo MS, via Fundo Nacional de Saúde (FNS), com a apresentação do quantitativo de determinados procedimentos realizados (teto físico), associado ao teto financeiro pré-estabelecido. Contudo, esse recurso é insuficiente, considerando que o hospital de ensino é uma das organizações que apresenta um custo muito elevado para sua manutenção.

O pagamento ao HUF passou a ser pactuado diretamente com as secretarias municipais da saúde para os procedimentos básicos, e com as secretarias estaduais da saúde para os procedimentos de média e alta complexidade. O valor a ser pago pelos procedimentos realizados é explicitado em tabelas. Dentro da lógica de produção, as dificuldades na gestão dos HUFs agravaram-se com a escassez de profissionais, fato que os conduziu a firmarem parcerias com as fundações de apoio às universidades aos quais pertenciam, para a contratação, de forma terceirizada, de trabalhadores cujo pagamento fazia-se com recursos alocados para custeio (SANTOS, 2013).

Gradativamente, a crise dos HUFs ampliou-se, principalmente mediante o processo de reforma nas políticas sociais implementadas na quase totalidade dos países do mundo, sendo o Brasil um deles. Uma das primeiras explicações para essa situação é que esses hospitais custam caro. Responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos na maioria dos países, os hospitais universitários ou de ensino podem ser responsáveis desde 9% até 40% do total de gastos na área da saúde. Além disso, a má gestão dos hospitais, fato respaldado pelo relatório do Banco Mundial, foi atribuída ao modelo de administração pública brasileira (BEHRING, 2003).

Em 1996, o governo normatizou, para o funcionamento dos Hospitais Universitários do MEC, a probabilidade de prestação de serviços à saúde suplementar, com utilização de 30% dos serviços e dos leitos para planos e seguros de saúde e clientela particular. Isso era justificado pela existência de dificuldades de financiamento e por prestarem serviços de excelência que captavam clientela com maior poder aquisitivo. Assim, alguns hospitais universitários federais

criaram duas portas de entrada para os distintos usuários (SUS e Saúde Suplementar), mesmo mantendo como maior fonte de financiamento o recurso público. Esta situação foi severamente combatida, por se contrapor aos princípios do SUS (CARMO, 2006).

Em 12 de maio de 2003, o governo federal constituiu comissões por meio da Portaria Interministerial nº. 562 (BRASIL, 2003), para avaliação dos hospitais universitários e de ensino do país. O relatório produzido constatou a dificuldade de funcionamento dessas organizações e algumas não conformidades dentro do perfil de ensino. Depois disso, criou-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (RHEUF) no SUS pela Portaria Interministerial nº. 1.006/2004 (BRASIL, 2004b), tendo como objetivos a qualificação e o desenvolvimento da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde. Assim, estabeleceu-se uma nova forma de gestão, tendo como exigência a certificação dos hospitais como de ensino.

O programa de certificação para hospital de ensino foi estabelecido com base na Portaria nº. 1.000 do MEC/MS, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a). Esta considerava a necessidade de reorientação e reformulação da política para hospitais de ensino do MEC, tendo em vista que são locais de formação de profissionais da saúde, de produção de pesquisa, de referência para procedimentos de alta complexidade e cenário para a formação e o desenvolvimento tecnológico. Também fixava um prazo de quatro anos para os hospitais disponibilizarem 100% dos leitos para o SUS, estabelecia vários critérios e indicadores para certificação dos hospitais e uma avaliação, a cada dois anos, para manutenção do título de hospital de ensino (BRASIL, 2004a; CARMO, 2006).

O REHUF estabelece ações estratégicas, baseadas nos princípios do SUS, exigindo dos hospitais: definição do perfil assistencial; desenvolvimento de pesquisa com foco na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão; enfoque na educação permanente e formação de profissionais de saúde e qualificação do processo de gestão hospitalar. Para tanto, estabelece um processo de gestão de metas, depois da contratualização, a ser acompanhada e homologada de forma conjunta pelo MEC e pelo MS (BRASIL, 2004b).

A contratualização é formalizada por meio de um instrumento contratual entre o gestor estadual ou municipal e o hospital, com interveniência dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Planejamento, com obrigações de todas as partes para o cumprimento de prerrequisitos referentes à assistência, ensino, pesquisa e integração ao SUS, visando garantir a qualidade dos serviços prestados e a alteração do mecanismo de financiamento dessas unidades, agora baseado em orçamento fixo mediante o cumprimento de metas contratuais.

Na experiência da autora,¹ a contratualização repercutiu de forma positiva para os hospitais universitários, por estabelecer de forma integral o pagamento pré-fixado dos procedimentos de média complexidade e incentivos pactuados, evitando perdas financeiras pelas glosas mensais, fato que era frequente antes da sua adoção, por assegurar o repasse pós-pago para os procedimentos de alta complexidade realizados e por possibilitar ao gestor do hospital elaborar e executar um plano de trabalho de acordo com o recurso financeiro pré-fixado, independente dos recursos pós-pagos. Outro fator importante é que este instrumento de gestão utiliza indicadores de qualidade, possibilitando que este requisito, a qualidade, esteja nos resultados da produção assistencial, contrapondo-se à ideia de produção apenas por quantidade. Há também a possibilidade de alterar o contrato após três meses de vigência, nos casos de superação das metas quantitativas firmadas.

O impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos prestadores, especialmente nos países em desenvolvimento, é abordado por Lima e Rivera (2012), que referem a existência de uma limitada evidência na literatura nacional e internacional sobre a questão. Alcoforado (2005) afirma que, no setor público, essas mudanças não são avaliadas enquanto estão sendo processadas, e não se sabe até que ponto esse setor será capaz de atender às demandas sociais do contexto em que se insere.

Dentre os estudos já realizados, S. Lima (2009) relata, como um dos resultados encontrados, o aumento de produção dos procedimentos da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica nos quatro hospitais de ensino pesquisados entre o período de 2004 e 2007. Contudo, conclui que não é possível afirmar que esse resultado tenha sido devido à contratualização, pois foi encontrado tanto nos processos de contratualização dos hospitais mais estruturados quanto nos menos estruturados.

No entanto, o estudo de Brizola (2010, p. 53) destaca o aumento quantitativo de procedimentos após a adoção do contrato de gestão:

Como os principais resultados atribuíveis à contratualização foram: aumento dos equipamentos cadastráveis no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, aumento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, ampliação da oferta de consultas especializadas na central de regulação e aumento da receita.

Na avaliação de Escoval (2003), os resultados da pesquisa que desenvolveu mostraram algumas mudanças: na dimensão estrutural, registra melhora nas categorias instalações e equipamentos; na receita, assinala piora na categoria recursos humanos. Assinala também

¹ Enfermeira com uma trajetória de gestão em serviços de saúde, com capacitação em administração hospitalar – gestão pública – em saúde e auditoria em saúde, e acompanhando o processo de contrato há mais de 8 anos.

melhora na produção, ensino e pesquisa, e piora nas categorias do custo e qualidade; não registra alteração de desempenho na categoria produtividade.

Para Reis (2011), o resultado mais visível dos avanços proporcionados pela contratualização nos hospitais de ensino pesquisados foi a mudança no perfil de financiamento, resultando em equilíbrio econômico-financeiro. Entretanto, diretrizes para o ensino, educação permanente, pesquisa e incorporação tecnológica, fundamentais para a produção do novo hospital de ensino, foram finalidades claramente “esquecidas” na implementação da contratualização, que também não foi capaz de proporcionar mudanças consideráveis em relação à qualificação da gestão e da assistência.

Escoval (2003) e Reis (2011) concluem que é preciso adotar mecanismos de fortalecimento da proposta de contratualização pelos gestores nas esferas de governo federal, estadual e municipal, visando garantir a continuidade do processo para efetivação da contratualização. Destacam que a pactuação é fundamental para a promoção dos resultados positivos e as correções devem ser imprescindíveis. Tais afirmações, portanto, reforçam a relevância de se produzir estudos sobre os resultados do contrato de gestão nos Hospitais Universitários Federais.

2.3 CONTRATO DE GESTÃO NA SAÚDE EM OUTROS PAÍSES

A gestão por objetivos, também conhecida como contrato de metas, foi criada na França, em finais dos anos 1960, com a finalidade de aumentar a eficiência das empresas nacionais, buscando equilibrar com a economia do Estado. Esta forma de gestão foi difundida e adotada principalmente nos países da América Latina, América do Norte e Europa (LIMA, S., 2009).

Na administração pública gerencial, a estratégia volta-se para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, garantindo autonomia na gestão dos recursos materiais e financeiros e dos trabalhadores, para que possa atingir os objetivos e resultados contratados (BEHRING, 2003; MARINI, 1999).

Na América Latina, as propostas do Banco Mundial foram incorporadas às reformas intensificadas a partir da década de 1990. As reformas de Estado estabelecem ações pontuais na área da saúde, baseadas na avaliação de desempenho, com a criação de um sistema para reforçar a coleta padronizada de dados, com o objetivo de reproduzir a transparência, e constituição de indicadores com cumprimento das metas e das ações apropriadas para alcançá-los (VIANA, 2002).

Nas últimas duas décadas do século XX, vários países americanos e europeus registraram um ciclo contínuo de reformas nas políticas de saúde. As principais reformas adotadas nos modelos de gestão tiveram o objetivo principal de introduzir os serviços públicos de saúde no mercado (ESCOVAL, 2007; VIANA, 2002).

Em diversos países da União Europeia, a contratualização é vista como um instrumento para implementar os objetivos das políticas de saúde. Trata-se de um mecanismo coordenado, que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controle da gestão dos cuidados de saúde. Um elemento essencial da contratualização é a possibilidade de uma ação institucional dos recursos "orientada para o mercado", uma vez que é baseada na separação das funções de comprador e de prestador de serviços. Os mecanismos de contratualização obrigam os terceiros pagadores e os prestadores a se comprometerem e gerarem a motivação econômica para que esses compromissos sejam cumpridos (BARROS; GOMES, 2002).

Em Portugal, o desenvolvimento do processo de contratualização teve como principal impulso o movimento reformista na União Europeia, principalmente da Espanha e Reino Unido. Introduzido entre 1996 e 1997, no decurso dos últimos cinco anos deslocou-se o enfoque da governança do sistema de saúde dos "recursos" para os "resultados"; da "organização de financiamento das ofertas" para "melhoria do desempenho da oferta". Os principais instrumentos dessa transição foram os processos de avaliação de desempenho, o desenvolvimento da qualidade dos cuidados baseados em resultados, as metas de saúde e de gestão da organização em saúde centrada em resultados e a contratualização do desempenho informada por resultados (ESCOVAL, 2007).

No Reino Unido, a implementação da contratualização deu-se desde 1991, com as reformas do mercado interno. Desde então, os hospitais são financiados pelas Autoridades de Saúde, numa base de contrato anual, normalmente com contratos de custo por caso. Em teoria, ambos os tipos de compradores são livres para escolher os prestadores entre os hospitais do *National Health Service* (NHS) – Serviço Nacional de Saúde – e os hospitais do setor privado. Na prática, com algumas exceções, o financiamento dos hospitais por parte da Autoridade de Saúde (que paga pela maior parte do financiamento) é predominantemente baseado na despesa histórica, que é tomada em conta na negociação anual.

Essa transformação na gestão da prestação de serviços de saúde por meio de contrato é extensiva aos hospitais públicos dos países europeus, os quais foram transformados em organizações autônomas com capacidade de competir no mercado. Em 1997, os contratos anuais foram alterados para acordos de serviços financeiros, considerando a longevidade do

processo. Em 2004, o sistema alterou a forma de financiamento, agregando valor para o serviço diretamente relacionado ao grupo de diagnóstico, com a finalidade de proporcionar melhoria na prestação dos serviços com condições de acesso, equidade e equilíbrio. Na Espanha, o processo de contratualização com os hospitais teve início em 1990, adotando-se o pagamento baseado no *Diagnosis Related Group* (DRG) – Diagnóstico Relacionado por Grupo – e o contrato contemplando metas quantitativas e qualitativas (ESCOVAL, 2007).

O modelo mais adotado de organização do financiamento hospitalar na Europa tem sido o pagamento de acordo com o desempenho, responsabilizando a gestão pelos resultados obtidos. O pagamento de acordo com o desempenho obriga ao desenvolvimento de medidas de produção hospitalar, para que o sistema de pagamento possa ter como parâmetro essas medidas e não os recursos utilizados. Essas medidas têm que refletir, idealmente, aspectos quantitativos – como, por exemplo, número de doentes tratados – e qualitativos – como complexidade dos casos (ESCOVAL, 2010).

Segundo Escoval (2007), existe uma avaliação positiva no âmbito financeiro do processo de contratualização no Reino Unido, na Espanha e em outros países da Europa. Todavia, existem situações externas que podem dificultar o alcance de melhores resultados, a exemplo da inexistência de um sistema integrado de informações, o que prejudica o processo de gestão. Em particular nos sistemas de saúde financiados por meio de impostos, a contratualização é um instrumento para a negociação de preços e qualidade, procurando alcançar uma variedade de objetivos e assegurar um pagamento considerado como ótimo.

Ainda de acordo com Escoval (2007), a contratualização, na Europa, apresenta quatro razões principais para sua introdução nos diversos sistemas financiados pelos impostos pagos pelos cidadãos: a viabilização da descentralização gerencial; a melhoria do desempenho dos prestadores; a melhora do planejamento no desenvolvimento dos cuidados de saúde; e a melhoria da gestão dos cuidados de saúde da população.

Assim, a contratualização tem apresentado uma avaliação positiva nos países europeus, principalmente nos resultados das metas qualitativas dos serviços prestados, consequentemente, melhorando os resultados dos demais indicadores, sobretudo nos países que adotaram as políticas de incentivo. Contudo, Escoval (2007) identifica dificuldades e ou fragilidades nos seguintes aspectos: definição de objetivos para todos os grupos profissionais; definição de indicadores mensuráveis e ajustados; inexistência de sistemas de informação integrados; e avaliação sistemática de desempenho por parte da gestão.

3 METODOLOGIA

Esta seção apresenta as informações metodológicas que nortearam o desenvolvimento da pesquisa. Assim, serão abordados os seguintes assuntos: escolha do método, do tipo de estudo mais adequado para possibilitar a resposta aos objetivos propostos, caracterização do campo e etapas do estudo, coleta e análise dos dados, além dos aspectos éticos envolvidos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa documental, estudo exploratório avaliativo de caso único desenvolvido por meio da apreciação normativa, assim definida por Champagne et al. (2013, p. 77):

[...] a atividade mediante a qual se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas. Consiste em emitir um juízo sobre a estrutura (os recursos implementados e sua organização), os processos (os serviços e bens produzidos) e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas.

Avaliar “[...] consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (1997, p. 31) Esse julgamento, entretanto, pode ser resultado da aplicação de critérios e normas, o que configura a avaliação normativa. Vale destacar que, para os autores citados, a intervenção é a reunião dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados num contexto e num dado momento para não apenas produzir bens ou serviços como também para modificar uma situação problemática. Segundo Yin (2010 pg 32/41) o estudo de caso é o método preferido no exame de eventos contemporâneos em que os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas pode ilustrar determinados tópicos em uma avaliação de modo descritivo

Santos (2013) acrescenta que nenhuma avaliação é neutra ou inócua. A análise não é um processo autolimitado e desprovido de intencionalidade; esta carrega em si um componente político muito forte, pois, a depender do que se está analisando e de quem analisa, os resultados podem ser interpretados de diferentes maneiras.

No campo da saúde, a avaliação não deve ter um fim em si mesma e sim, servir de suporte ao processo de tomada de decisão como um meio para se identificar problemas, encontrar e propor soluções com vistas a uma utilização mais racional dos recursos, estando

ela ligada à ideia de eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação normativa, por sua vez, demanda a existência de uma forte relação entre os critérios e as normas escolhidas e os efeitos reais. Exige, antes que se defina aonde se quer chegar, que se estabeleçam os critérios para comparar, conferir, e confrontar com o contexto e a forma em que foram produzidos para, em seguida, se escolher os procedimentos, inclusive àqueles referentes à coleta de dados. Este tipo de avaliação "[...] é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas" (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 34).

Assim, a avaliação ou apreciação em saúde, do tipo normativa, é um instrumento muito útil na gestão em saúde, principalmente na área hospitalar, em face da complexidade das ações e volume de indicadores de produção como dados para análise (SOUZA, 2009).

A avaliação normativa utilizada neste estudo permitiu a análise dos contratos de gestão de um CHU na perspectiva de seus resultados e com base nas determinações da Portaria Interministerial nº 1006 (BRASIL, 2004b), que rege os contratos de gestão dos hospitais universitários federais.

Por se tratar também de estudo de caso único, a pesquisa possibilitou uma imersão nos contratos de gestão, para analisar as interações e/ou intercorrências de fatores. Nesta pesquisa, o estudo de caso permitiu entender um fenômeno organizacional, relacionando-o com os conceitos definidos nos pressupostos construídos (YIN, 2010). Também possibilitou conhecer o contrato de gestão implantado no hospital a partir de 2005, no contexto em que os fatos ocorreram.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O lócus do estudo é um CHU composto por três unidades de saúde: um ambulatório, um centro pediátrico e um hospital geral.

Classificado como hospital geral de grande porte, inserido no SUS, o CHU produz atendimento ambulatorial e hospitalar, disponibilizando procedimentos assistenciais clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade em diversas especialidades médicas tais como: nefrologia, gastroenterologia, cardiologia, reumatologia, endocrinologia, imunologia, neurologia, pediatria, pneumologia, angiologia, clínica médica geral. Na especialidade cirúrgica, destacam-se oftalmologia, ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, vascular,

cirurgia plástica, cabeça e pescoço, torácica, neurocirurgia e cirurgia geral. É referência em cirurgia bariátrica e cardiovascular, AIDS, infectologia, osteogênese imperfecta, genética, transplante de medula óssea (oncohematologia) e transplante de córnea.

O hospital geral e o centro pediátrico funcionam com 15 unidades para internação, 257 leitos em funcionamento, uma unidade de terapia intensiva geral com capacidade para 16 leitos, dos quais apenas 10 leitos em funcionamento e uma unidade de terapia cardiológica com 05 leitos.

Na área ambulatorial, o CHU conta com 161 consultórios, duas salas de pequena cirurgia, laboratório de patologia clínica geral e laboratórios especializados, como o laboratório de retrovírus, imunogenética, imunologia, genética, além de outros serviços: hemodinâmica, hemodiálise, endoscopia, terapia alternativa, fisioterapia, clínica da dor, bioimagem, odontologia, fonoaudiologia, anatomia patológica, unidade transfusional.

A estrutura de apoio ao CHU é constituída por serviços de lavanderia, arquivo médico, nutrição, farmácia, almoxarifado, serviço de manutenção, tecnologia de informática e necrotério, dentre outros.

Em 2010, o relatório da auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), em atendimento à solicitação do Ministério Público Federal na Bahia (MPF/Ba) durante um inquérito civil, assinalou o baixo faturamento do CHU em função da ociosidade de sua capacidade: vários leitos vazios; unidades de internamento fechadas; ausência de equipamentos; deficiências na manutenção de equipamentos e instalações; falta de leitos para internamentos na UTI, apesar de possuir leitos sem utilização por déficit de profissionais; subutilização do centro cirúrgico, do serviço de nutrição, das unidades de hematologia, de patologia clínica, de anatomia patológica, de oncologia, de bioimagem e de transplante de medula, por falta de equipamentos e profissionais, além de irregularidades na contratação de funcionários por meio da Fundação de Apoio, que comprometia 57% dos recursos de custeio.

Assim, o quadro de trabalhadores, no período da coleta dos dados, estava formado por profissionais técnicos administrativos das diversas áreas da saúde e com diferentes tipos de vínculos. A organização contava também com professores médicos que atuavam nas atividades assistenciais e de ensino.

Tabela 1 – Quantitativo dos profissionais do CHU por tipo de vínculo empregatício – Estado da Bahia – 2005 /2013

Vínculo Empregatício	Quantitativo	
	2005	2013
Ministério da Educação e Cultura (Estatutário)	1075	873
Ministério da Saúde (Estatutário)	265	149
Fundação de Apoio (Vínculo terceirizado)	432	898
Secretaria da Saúde do Estado	-	162
Secretaria Municipal da Saúde	-	08
Outras unidades da Universidade federal	-	03
TOTAL	1772	2093

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelo CHU.²

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

3.3 ETAPAS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas, descritas a seguir.

Etapa 1 – inicialmente, foi realizada uma oficina com a participação de docentes com *expertise* em administração pública na saúde, juntamente com outros profissionais de saúde, com a finalidade de construir um conceito-guia sobre o contrato de gestão, com base nos objetivos da Portaria Interministerial nº 1.006/2004 (BRASIL, 2004b). Este conceito-guia foi utilizado para referenciar a discussão dos dados de acordo com o objetivo da pesquisa.

Definiu-se como conceito guia que o contrato de gestão deve ser instrumento indutor de melhoria da capacidade de gestão do CHU, conduzindo-o na direção de resultados que indiquem sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços do SUS, atuando como referência para a prestação de serviços de média e alta complexidade, bem como para a formação em saúde e para a produção de tecnologia.

Com base neste pressuposto, as dimensões definidas como norteadoras da análise foram: inserção e articulação com a rede de serviços SUS; prestação de serviços de média e alta complexidade; capacidade de gestão; formação em saúde; produção de ciência e tecnologias.

Etapa 2 – foram selecionados os indicadores utilizados na apreciação normativa, com base nos indicadores definidos e acompanhados nos planos operativos anuais. Esta seleção foi necessária considerando-se o grande número de indicadores definidos, no total de 54 (APÊNDICE A). Destes foram selecionados 26 indicadores pela autora

² Plano Operativo de 2005 e Documento do Setor Pessoal de 2013.

(Quadro 1) considerados como os mais relevantes para a produção de informações sobre os resultados do contrato de gestão, com base no perfil dos serviços prestados no CHU. Os critérios utilizados para a seleção dos indicadores foram: disponibilidade de dados nos planos operativos anuais (POA); maior coerência; e pertinência com as designações emanadas da Portaria nº. 1.006/2004, (BRASIL, 2004b) principalmente em relação à coerência com as políticas públicas de saúde e os princípios do SUS, além de poder revelar os seguintes aspectos:

- garantia de acesso integral aos serviços pactuados e contratados;
- oferta e demanda das ações de média complexidade;
- manutenção da totalidade de serviços contratado sob regulação do gestor;
- ações para a democratização da gestão e adoção de ferramentas gerenciais para o desenvolvimento da gestão;
- ações de educação permanente para a formação de profissionais de saúde e dos trabalhadores de saúde;
- papel na pesquisa e desenvolvimento na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão para o SUS;
- alocação de recursos financeiros fixos pactuados e pré-pagos para o cumprimento de procedimentos de média complexidade, bem como de incentivos financeiros visando o cumprimento das metas.

Quadro 1 – Relação das dimensões correlacionadas aos indicadores selecionados do plano operativo anual dos contratos de gestão

(Continua)

Dimensões	Indicadores selecionados
I-Inserção e articulação com a rede de serviços SUS	Quantitativo das consultas especializadas. Quantitativo de internamento hospitalar. Registro da procedência dos pacientes internados. Garantia de acesso à assistência integral e continuada.
II- Prestação de serviços de Média e Alta Complexidade	Quantitativo de procedimentos ambulatoriais por complexidade. Quantitativo das AIHs produzidas de acordo com a complexidade Índice de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tipo II – adulto. Índice de ocupação dos leitos de UTI tipo III – adulto. Funcionamento da comissão intra-hospitalar de captação de órgãos e tecidos. Desenvolvimento de atividade por videoconferência – terapias baseadas em evidências.

Quadro 1 – Relação das dimensões correlacionadas aos indicadores selecionados do plano operativo anual dos contratos de gestão – 2005-2013

(Conclusão)

Dimensões	Indicadores Selecionados
III- Capacidade de Gestão no SUS	Índice de ocupação geral. Tempo médio de permanência geral. Índice de infecção hospitalar geral. Tempo médio de permanência em clínica cirúrgica. Planejamento estratégico e plano de trabalho. Funcionamento da comissão de controle de risco (hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância). Funcionamento da comissão de análise de óbito. Acompanhamento gerencial financeiro mensal. Valor pactuado para produção dos procedimentos da média complexidade X Valor produzido dos procedimentos da média complexidade. Índice de satisfação do usuário hospitalizado.
IV- Formação em saúde	Número de programas de residência médica. Número de vagas de residência médica. Número de programas de pós-graduação para profissionais não médicos. Atividades de educação permanente.
V- Produção de ciência e tecnologias	Apresentação de projetos de pesquisa relacionados à gestão, saúde e melhoria na qualidade de vida da população. Elaboração de diretrizes e protocolos clínicos.

Fonte: Elaboração própria 2014.

Etapa 3 – A seleção prévia dos indicadores relacionados no Quadro 1 a critério desta autora, aliados às dimensões definidas pela Portaria n.º 1.006/2004, (BRASIL, 2004b), possibilitou relacionar-se os resultados da apreciação normativa com tais dimensões.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de setembro a 30 de outubro de 2014, após o Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), liberado em 18 de setembro de 2014. Nesta etapa da pesquisa, recorreu-se a documentos ministeriais e instrumentos legais, além de documentos institucionais, tais como: contratos de gestão firmados entre fevereiro de 2005 e dezembro de 2013; relatórios dos planos operativos anuais; atas de reuniões da comissão de contratualização; acesso aos sistemas de informação do hospital. Outros documentos, tais como relatórios estatísticos anuais e consulta aos sistemas do Departamento de Informática do SUS (Datusus), também foram utilizados para este propósito.

Foram elaborados pela autora dois instrumentos de coleta, utilizando o programa *software Excel* versão 2007. O primeiro (APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados) possibilitou a coleta dos dados/resultados por contrato individualizado, considerando as dimensões, os indicadores (qualitativos e quantitativos) e a meta. O segundo instrumento (APÊNDICE C – Instrumento dos dados agregados dos contratos) permitiu agregar todos os contratos e os resultados obtidos de acordo com as dimensões e respectivos indicadores.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram identificados os instrumentos legais, assinados pela contratada e pelos respectivos contratantes, com os períodos de vigência de cada contrato firmado entre os anos de 2005 e 2013. Em seguida a análise exploratória realizada para caracterização desses instrumentos (APÊNDICES D, E, F, G, H, I) identificou três convênios e dois contratos correlacionados aos planos operativos. No entanto, para efeito deste estudo, utilizar-se-á a expressão única “contrato”, por se considerar que a diferença é apenas de nomenclatura.

Atendendo à lógica do desenho metodológico da apreciação normativa conforme Brousselle et al, (2013, p.77), construiu-se perguntas e parâmetros baseados nas dimensões definidas pela Portaria nº 1.006/2004 (BRASIL, 2004b), (Quadro 2). Para a emissão do juízo de valor ao final da apreciação normativa, as perguntas foram respondidas e analisadas de acordo com os parâmetros definidos nos contratos de gestão, norteadas pelos princípios do SUS e pelos objetivos básicos dos HUFs (ensino, pesquisa, assistência e extensão).

Dimensão	Pergunta	Indicador	Parâmetro
I- Inserção e articulação com a rede de serviços SUS	O hospital está submetido ao sistema de regulação do SUS municipal e estadual? Os serviços oferecidos atendem a demanda do SUS?	1. Registro da procedência dos pacientes internados. 2. Garantia de acesso à assistência integral e continuada. 3. Quantitativo das consultas médica especializada. 4. Quantitativo de internamento hospitalar.	100% dos usuários submetidos à regulação. 100% da demanda dos serviços contratualizados.
II-Produção de serviços de média e alta complexidade	Foram implantados serviços de alta complexidade mediante a adoção do contrato de gestão em 2005? Os resultados dos contratos revelam majoritariamente a produção de serviços de média complexidade? Os resultados indicam a produção dos serviços de média e de alta complexidade pactuados?	1. Quantitativo de procedimento ambulatorial por complexidade. 2. Quantitativo de AIHs produzidas por complexidade. 3. Índice de ocupação dos leitos de UTI tipo II – adulto. 4. Índice de ocupação dos leitos de UTI tipo III – adulto. 5. Funcionamento da comissão intra-hospitalar de captação de órgãos e tecidos. 6. Desenvolvimento de atividades mediante videoconferência – terapias baseadas em evidências	Mínimo de dois novos serviços de alta complexidade implantados conforme plano de gestão do hospital. Predominância em qualquer quantidade da produção de serviços de média complexidade em relação aos demais. Produção de no mínimo 90% da meta pactuada de serviços de média complexidade.
III-Formação em saúde	Existem programas de residência multiprofissional? Quantos programas de residência médica foram descredenciados após a implantação dos contratos de gestão? Existem novos programas de residência médica com foco em áreas de prestação de serviços de alta complexidade?	1. Número de vagas do curso de residência médica. 2. Número de programas de residência médica. 3. Número de programas de pós-graduação para profissionais não médicos. 4. Atividades de educação permanente.	Existência de novo programa de residência multiprofissional. Existência de, pelo menos 10 programas de residência. Existência de, pelo menos dois novos programas de residência médica. Existência de programa de educação permanente para os trabalhadores do hospital.
IV-Produção de ciência e tecnologia	Quantos projetos de pesquisa foram iniciados após a implantação do contrato de gestão? Os projetos de pesquisa são direcionados para as áreas de produção de serviços de alta complexidade?	1. Apresentação de projetos de pesquisa relacionados à gestão, saúde, melhoria na qualidade de vida da população. 2. Elaboração de diretrizes e protocolos clínicos. 3. Funcionamento de comissão de risco.	Pelo menos um novo projeto de pesquisa relacionado com cada uma das áreas de prestação de serviços de alta complexidade em andamento após a implantação do contrato de gestão em 2005.
V-Capacidade de gestão	Existe aumento do número de leito para internamento? Existe ampliação da oferta do atendimento ambulatorial? Existe melhoria nos índices estatísticos hospitalares? A pactuação produtiva e financeira é cumprida? Os recursos financeiros pactuados atendem à necessidade de custeio da organização?	1. Planejamento estratégico e plano de trabalho. 2. Quantitativo de procedimentos ambulatoriais. 3. Funcionamento da comissão de óbito 4. Índice de ocupação geral. 5. Tempo médio de permanência geral. 6. Tempo médio de permanência em clínica cirúrgica. 7. Índice de infecção geral. 8. Valor pactuado x valor produzido. 9. Acompanhamento gerencial financeiro. 10. Índice de satisfação do usuário hospitalizado.	Aumento mínimo de 5% dos leitos por ano. Existência de ofertas de pelo menos cinco novos procedimentos e aumento de 5% no atendimento global. Existência de aumento da taxa de ocupação e redução do tempo de permanência e índice de infecção hospitalar. Cumprimento de pelo menos 90% da pactuação. Atendimento a 100% do custeio.

Fonte: Elaboração própria 2014.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo CEP do CHU estudado, sob o protocolo de número CAAE: 33350614.4.0000.0049. Por se tratar de uma pesquisa documental normativa, e por ter sido assegurado o anonimato, o estudo não oferece risco aos gestores e à organização. Como benefício, a instituição possibilitou o acesso a conteúdos relevantes, que podem contribuir para o aprimoramento da gestão organizacional e subsidiar novos estudos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise dos contratos de gestão, objeto deste estudo, serão apresentados por dimensão analítica, norteados pela técnica da avaliação normativa e analisados à luz dos parâmetros relacionados a cada dimensão previamente definida.

4.1 DIMENSÃO I: INSERÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS HUFs COM A REDE DE SERVIÇOS DO SUS

A inserção e articulação dos HUFs com a rede de serviços do SUS concretizou-se por meio da disponibilidade de serviços no processo de regulação estabelecido e controlado pelos gestores municipal ou estadual de saúde e pelo atendimento às necessidades e demandas do SUS. Os instrumentos legais utilizados na contratualização buscam efetivar esta inserção e articulação dos HUFs com a Rede de Serviços SUS. Por meio da contratualização, os HUFs deveriam submeter 100% da oferta de seus serviços à Regulação estadual ou municipal.

No CHU em estudo, os dados registrados em relatórios anuais dos contratos de gestão analisados revelam que, não obstante atender exclusivamente à população vinculada ao SUS, não mantém 100% dos leitos e dos serviços submetidos a esta regulação. Conforme discute Carmo (2006, p. 57-60), este fato pode ser explicado pelo uso privativo de grupos de profissionais sobre a alocação dos leitos bem como da decisão de quem é internado.

Com o funcionamento da Central de Regulação de Leitos do Estado, inaugurada em 2003, o CHU e a Secretaria da Saúde do Estado firmaram um compromisso, no qual o CHU destinava uma enfermaria piloto de clínica médica com 21 leitos, que corresponde a 7,1% do total de 295 leitos, para receber os pacientes procedentes de outras organizações, principalmente como retaguarda para os hospitais de emergência, independente das especialidades médicas. Os pacientes de pediatria eram regulados para o Centro Pediátrico pertencente ao CHU.

Posteriormente, com a assinatura do contrato de gestão e o estabelecimento de metas no plano operativo, o acesso foi ampliado para 85 leitos, significando 31,2% de internação via Central de Regulação do estado, conforme dados contidos nos relatórios e nas atas das reuniões de acompanhamento.

Vale ressaltar que as diretrizes do processo de contratualização (BRASIL, 2004b) reafirmam que os CHUs devem disponibilizar procedimentos de média e de alta complexidade e deixar de realizar procedimentos de atenção básica. Entretanto, os registros

nos primeiros relatórios evidenciam a prestação de procedimentos da atenção básica validados anteriormente pela comissão de avaliação do contrato, apesar de não existir contrapartida financeira para o CHU estudado, já que não existiam convênios firmados com o município para a realização desses procedimentos. Nos últimos contratos, os POAs não contemplavam mais esse tipo de procedimento, mas constataram-se registros de glosas nos relatórios de sínteses da produção emitida pela Secretaria Municipal e Estadual da Saúde de alguns procedimentos de atenção básica, o que significa que o hospital ainda realizou procedimentos dessa natureza, principalmente em clínica médica e odontológica.

Em relação à regulação dos procedimentos ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos), realizada pelo setor responsável da Secretaria municipal, ainda que nos contratos estivesse definida a disponibilidade de 100% do atendimento para a regulação, constatou-se que uma média de apenas 2% das primeiras consultas foram disponibilizadas. Tal achado contradiz a capacidade instalada no CHU em estudo, que tem uma policlínica com atendimento ambulatorial para mais de 70 especialidades e subespecialidades.

Em ata da reunião da Comissão de acompanhamento do contrato de gestão realizada em 8 de maio de 2008, registra-se que, no CHU, predomina o atendimento do usuário com cadastro e não as demandas reguladas pelo SUS.

Ainda que os contratos exijam disponibilização para regulação do estado ou do município de 100% dos serviços, algumas intercorrências nos processos de contratualização não garantiram o rigor na cobrança do cumprimento das metas, como constatado nas seguintes situações:

- no 1º Contrato, assinado com a Secretaria Estadual da Saúde (SES), (APÊNDICE D), registraram-se algumas dificuldades na elaboração das cláusulas contratuais e na construção do POA. Nessa ocasião, profissionais da Secretaria e do CHU foram ao Ministério da Saúde com o objetivo de conhecer um modelo de POA a ser construído, mas este não existia. Após um estudo mais detalhado da Portaria nº 1.006 (BRASIL, 2004b) e contatos com profissionais de outros hospitais de ensino, algumas sugestões foram agregadas e o POA foi construído em parceria, encaminhado para apreciação jurídica e, posteriormente, assinado e publicado no Diário Oficial do Estado em fevereiro de 2005. Em outubro de 2005, foi assinado um aditivo para incorporar um incentivo do programa de Reforço e Manutenção

dos Hospitais, Portaria nº 775 de 24/05/2005 (BRASIL, 2005a), que designa um aporte financeiro de R\$152.295,83 mensal a partir de setembro de 2005;

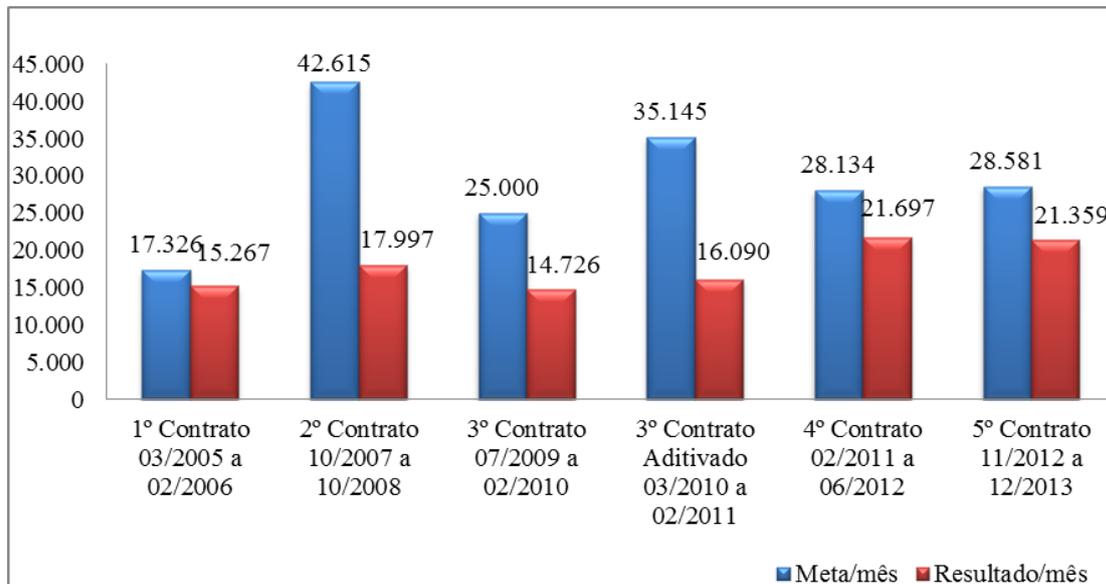
- entre o 1º e o 2º Contrato (APÊNDICE E), houve um intervalo de 20 meses (março de 2006 a setembro 2007) sem assinatura do novo contrato, mas mantendo o repasse de recursos, como acordado no primeiro. Neste período, a Secretaria Municipal da Saúde teve dificuldades estruturais para acompanhar o contrato, devido ao processo de transição política na modalidade de gestão do município, que assumia a gestão plena do sistema municipal. Em outubro de 2007, formalizou-se a contratualização entre o CHU e o município por meio de convênio, com validade de 12 meses, renovável por mais quatro anos;
- no 3º Contrato (APÊNDICE F), o recurso financeiro pré-fixado foi mantido dentro dos parâmetros do 2º Contrato, com aumento de 6,6%, decorrente da alteração do valor de alguns procedimentos de média complexidade da tabela do SUS. Após oito meses da vigência do 3º Contrato foi assinado um termo aditivo (APÊNDICE G) alterando o valor prefixado a ser recebido mensalmente, com acréscimo de 34% (R\$ 700.000,00), ao mesmo tempo em que as metas foram alteradas, o que exigiu a elaboração de outro POA;
- o não cumprimento das metas, entretanto, acarretou a subtração do valor do 4º Contrato (APÊNDICE H) firmado com a Secretaria Municipal de Saúde. Também neste contrato, a Secretaria Municipal exigia ser informada da procedência do usuário, visto que a área de abrangência do CHU ultrapassava os limites do município. Este impasse foi resolvido no 4º Contrato, gerando a exigência de registro de procedência de pacientes atendidos pelo CHU, pois, nesse período, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) já estava em gestão plena e amparada na Política Nacional de Regulação do SUS estabelecida na Portaria MS/GM nº 1.559, de 01/08/2008 (BRASIL, 2008). No plano operativo desse período, incluiu-se o registro de procedência dos usuários como meta para acompanhamento, o que levou o CHU a implementar mudanças no protocolo de acesso. Nessa ocasião foi realizada alteração no sistema de informação interna do CHU com a obrigatoriedade do registro do usuário com os dados completos, como endereço, incluindo o número do CEP, para realização do atendimento ambulatorial e internamento, objetivando fomentar uma planilha a ser apresentada à comissão de acompanhamento e anexada ao relatório mensal da contratualização.

4.1.1 Serviços oferecidos para atendimento à demanda do SUS

Em relação às consultas médicas especializadas, constatou-se, durante a vigência dos contratos, que o 1º Contrato obteve o maior percentual de alcance da meta estabelecida (88%). No segundo ano de contratualização, apesar do aumento no número de consultas realizadas, registrou-se 42,2% de alcance da meta definida. No entanto, este foi um ano atípico, pois foi estabelecida no POA uma meta 279%, maior em relação à meta estabelecida no 1º Contrato.

No 3º Contrato, o alcance da meta foi de 58,9% e, mesmo assim, foi posteriormente aditivado com aumento de recurso financeiro em 45,8%, apesar de as metas estarem significativamente reduzidas em relação ao 2º Contrato. Posteriormente, no 4º e no 5º Contrato, obteve-se um percentual de 77,1% e 75%, respectivamente, das metas estabelecidas para consultas (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Quantitativo das metas de consultas médicas especializadas / Consultas médicas realizadas por contrato no CHU – 2005-2013

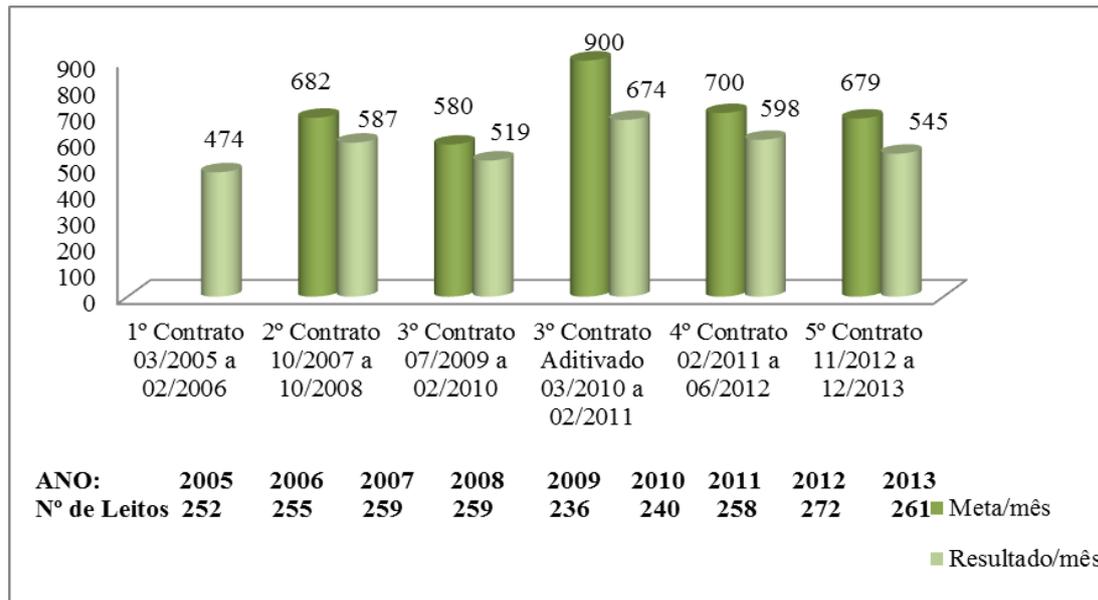


Fonte: Elaboração própria 2014.

Essas consultas, embora contratualizadas, não eram reguladas. Desse modo, atendia-se aos usuários do SUS, mas isto não significava que as necessidades do SUS eram contempladas, na medida em que as consultas ambulatoriais não estavam submetidas à regulação do gestor municipal.

Em relação às internações, houve uma pequena variação dos leitos ativos no período estudado, com um acréscimo de nove leitos (3,5%) no final do período. Constatou-se, no entanto, como mostra o Gráfico 2, que a oscilação das metas contratualizadas não estava diretamente relacionada à variação do número de leitos.

Gráfico 2 – Quantitativo dos internamentos realizados / Meta estabelecida por contrato para o CHU – 2005-2013.



Fonte: Elaboração própria.

No 1º Contrato, o indicador quantitativo de internamento hospitalar não foi especificado no plano operativo e, assim, não foi monitorado. Entretanto, o relatório estatístico anual do CHU revelou 5.689 internamentos no período (março de 2005 a fevereiro de 2006), indicando uma média de 474 internamentos/mês. Neste período, o CHU funcionava com 210 leitos para a média complexidade (MC) e 42 para a alta complexidade (AC). Essa distribuição, no entanto, era meramente formal, pois o diagnóstico era o que determinava o tipo de internação, se de média ou alta complexidade. Além disso, existiam mais oito leitos de UTI, totalizando 262 leitos para internamento disponíveis para o SUS.

Verificou-se que o 3º Contrato apresentou o melhor resultado em relação à meta estabelecida para internamentos, alcançando 89,5%, seguido do 2º Contrato, que obteve 86,0%, e o 4º Contrato, com 85,4%. Assim, o 3º Contrato aditivado obteve o melhor resultado, com 674 internamentos, mas, em relação à meta estabelecida, não acompanhou a série histórica e obteve 74,9%.

A partir do 3º Contrato firmado com o município, o indicador quantitativo de internamentos foi estabelecido no POA e em contrato. Nessa ocasião, a organização criou um

programa para monitorar essa informação, por meio de uma planilha mensal incluída no relatório elaborado para a comissão de acompanhamento do contrato.

4.2 DIMENSÃO II: PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Quanto à prestação de procedimentos de média e alta complexidade, o CHU manteve a produção, porém as metas estabelecidas para os procedimentos não foram alcançadas (Tabela 2). Entretanto, produzir uma análise, correlacionando a produção e a capacidade da organização estudada, não foi possível para o 1º e 2º Contratos, em razão da indefinição de metas nesses contratos em relação à prestação de serviços de média e alta complexidade.

Tabela 2 – Quantitativo dos procedimentos ambulatoriais por complexidade realizados pelo CHU por contrato/ média /mês – Estado da Bahia – 2005-2013

	Meta MC	Resultado MC	%	Meta AC	Resultado AC	%
1º Contrato	...	53.643	...	...	...	...
2º Contrato	...	...	...	...	...	...
3º Contrato	106.376	52.926	49,75	5.024	2.636	52,47
3º Contrato Aditivado	158.420	77.641	49,00	10.577	2.435	23,02
4º Contrato	118.180	65.937	55,79	5.024	3.061	60,93
5º Contrato	118.253	66.130	55,92	6.300	3.569	56,65

Fonte: Elaboração própria 2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados:- dados numéricos não disponíveis.

Este achado, no entanto, não era esperado, dado que o CHU estudado preenche os critérios para ser classificado como de nível terciário, por conter um hospital geral de grande porte, realizar procedimentos assistenciais complexos de alto custo e alta tecnologia, contar com 10 leitos de UTI do tipo III e 5 leitos de UTI tipo II, além de diversos serviços especializados disponibilizados para assistência ambulatorial.

4.2.1 Produção ambulatorial por complexidade

A meta global estabelecida para a produção ambulatorial no 2º Contrato foi 142.412/mês, sem especificar o quantitativo dos procedimentos de MC e de AC. Nos demais

contratos, os resultados dos procedimentos de MC variaram de 49% a 55,9% em relação à meta estabelecida, e da AC, de 23% a 60,9%.

4.2.2 Quantitativo de AIH produzidas por complexidade

Em relação às internações, no 1º Contrato, não houve definição do quantitativo de AIH. Já no 2º Contrato, a meta de AIH foi especificada de forma global, totalizando, entre internações de MC e de AC, o quantitativo de 788 internações/mês. Na análise dos relatórios, detectou-se uma produção de 70 AIH para procedimentos de AC e 686 AIH para procedimentos de MC. A média alcançada de 756 internamentos/mês, significou o alcance de 95% em relação à meta global.

No 3º Contrato, observou-se que houve uma redução de 20% de internações em relação à meta especificada no 2º Contrato. Esta redução foi subdimensionada em relação ao resultado do 2º Contrato, que teve uma perda de 5%. Desse modo no 3º Contrato houve um superávit de 5,5%.

Verifica-se (Tabela 3) que as AIH de MC nos demais contratos tiveram um alcance acima de 86,0%. Com relação às AIH de AC, o alcance da meta do 3º Contrato, o aditivado com maior valor financeiro pré-pago para o HUF, obteve desempenho de 41,0% e no 4º Contrato, quando houve uma redução financeira, o HUF estudado apresentou um desempenho melhor, de 57%. Os resultados apresentados na Tabela 2, acima, e na Tabela 3, a seguir, confirmam a predominância dos procedimentos de MC.

Tabela 3 – Quantitativo de AIH produzidas por complexidade e por contrato no CHU por média /mês – Estado da Bahia – 2005-2013

Complexidade	Meta	Resultado	%	Meta	Resultado	%
	MC	MC		AC	AC	
1º Contrato	...	433		...	76	...
2º Contrato	...	686		...	70	...
3º Contrato	528	559	105,80%	100	105	105%
3º Contrato aditivado	650	582	89,50%	250	103	41,20%
4º Contrato	600	518	86,30%	150	86	57,30%
5º Contrato	671	551	82,10%	120	73	60,80%

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Nota: Sinais convencionais utilizados: ... dados numéricos não disponíveis.

Na Tabela 3, analisando a relação da produção da AC em relação às AIHs de média complexidade nos contratos observa-se que, no 1º e no 2º Contratos, não houve definição da meta. Após o 3º Contrato, a relação percentual dos internamentos de MC em relação aos de AC foi 105/559 (18,7%); no 3º Contrato Aditivado, a relação percentual ficou em torno de 103/582 (17,6%); no 4º Contrato, esses dados corresponderam a 86/518 (16,6%); no 5º Contrato, encontrou-se 73/481 (15%). Apesar do resultado absoluto não ser significativo, quando correlacionado com as metas estabelecidas, os dados obtidos ratificam o Relatório de Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos do SUS de 2010, de autoria da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, que estima uma produção esperada de 14% para os procedimentos de internamentos da alta complexidade para os hospitais de ensino (BRASIL, 2010).

Os dados do Quadro 3, elaborado com base nas informações disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), evidenciam que o CHU obteve habilitações em diversas especialidades para AC, desde o início da contratualização.

Quadro 3 – Levantamento das novas habilitações para procedimentos de Alta Complexidade do CHU – 2006-2013

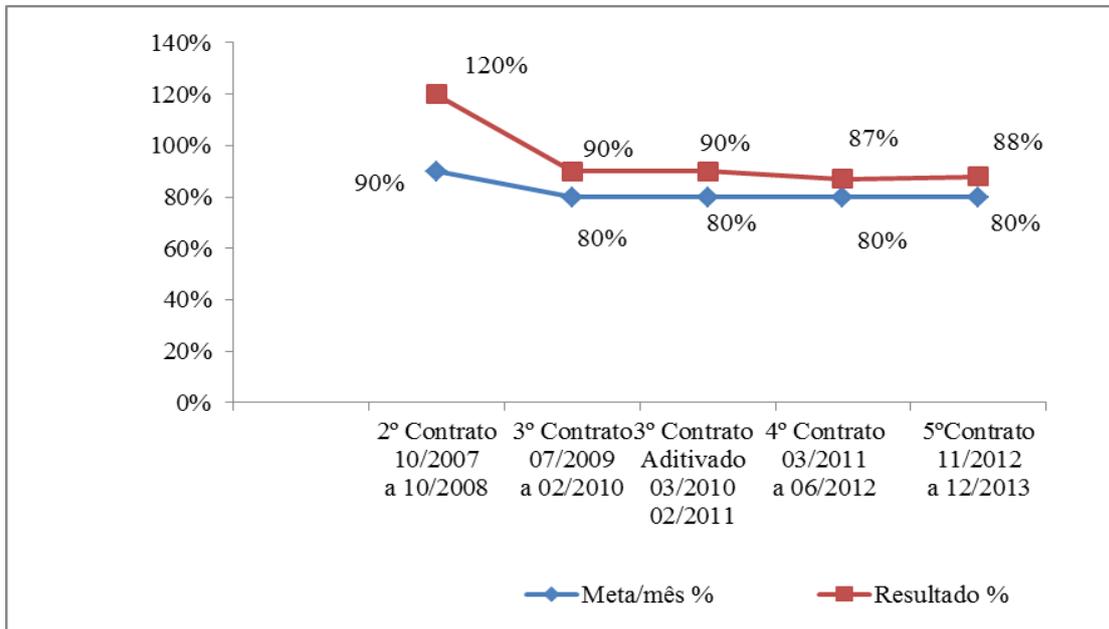
Descrição	Portaria Nº	Data
1 - Unidade de Assistência ao Paciente Portador de Obesidade Grave	SAS 425	10/2008
2 - Oftalmologia: Procedimento Relacionado ao Glaucoma	CGMAC/DAE 090	03/2013
3 - Unidade de Assistência em Neurologia e Neurocirurgia	SAS 646	11/2008
4 - UNACON com Serviço em Hematologia	SAS 140	09/2007
5 - Centro de Referência de Tratamento em Osteogenesis Imperfecta	SAS 204	03/2007
6 - Transplante de Medula Óssea -Autogênico	SAS 465	09/2010
7 - Transplante de Medula Óssea –Alogênico Aparentado	SAS 1445	08/2010
8 - Transplante de Córnea	SAS 181	03/2006
9 - Retirada de Órgãos e Tecidos	SAS 511	09/2010
10 - Unidade de AC em Terapia Nutricional	SAS 120	01/2008

Fonte: Elaboração própria, 2014.

4.2.3 Índice de ocupação dos leitos de UTI Tipo II - Adulto

Quanto aos índices de ocupação dos leitos em UTI Adulto, os Gráficos 3 e 4 revelam a grande procura e traduz uma taxa de ocupação superior à meta estabelecida.

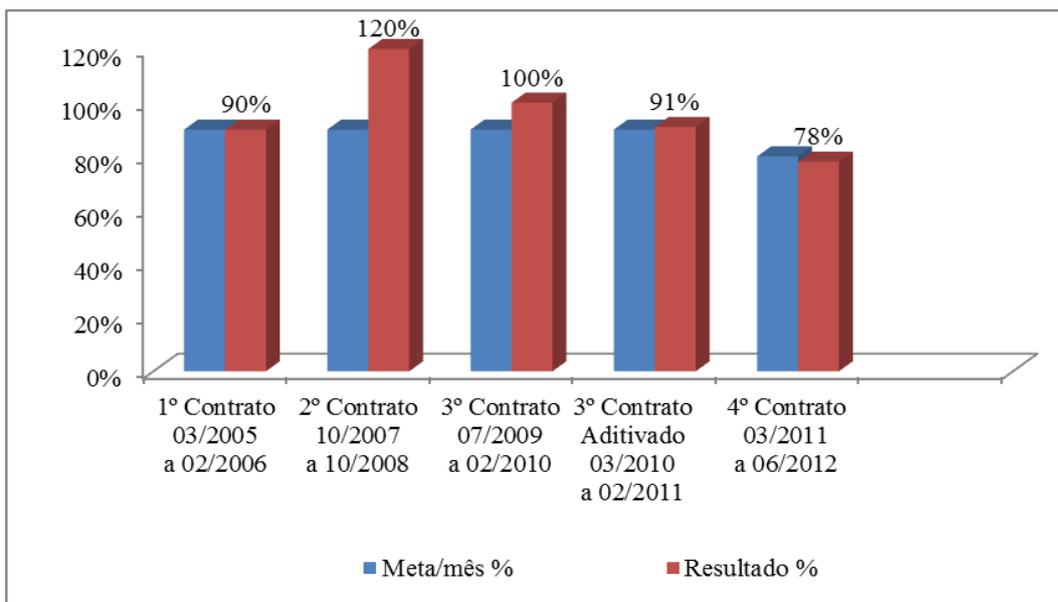
Gráfico 3 – Índice de Ocupação geral da UTI tipo II adulto no CHU por contrato/ ano – 2005-2013



Fonte: Elaboração própria 2014.

No 1º contrato não tinha sido estabelecido indicador para monitoramento da UTI tipo II. Observou-se, nos Gráficos 3 e 4, o registro de 120% de ocupação dos leitos de UTI no 2º Contrato.

Gráfico 4 - Índice de ocupação geral da UTI tipo III, Adulto no CHU por contrato/ano – 2005-2013.



Fonte: Elaboração própria.

Tal registro configura-se como uma falha quando do lançamento dos dados no sistema de informação. Alguns pacientes tiveram registrada sua entrada na UTI, sem, contudo, constar o registro de sua saída. Este fato interfere no cálculo estatístico, conforme registro verificado na ata da reunião de setembro de 2008 da Comissão de Acompanhamento do Contrato.

4.2.4 Funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos

Atendendo a determinação do artigo 1º da Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005b), no CHU estudado, existe a Comissão Intra- -Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), com o objetivo de detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital e viabilizar o diagnóstico e sua provável doação. No entanto, o fato de o hospital não ter uma unidade de emergência e ser um hospital de assistência terciária dificulta a captação de pacientes com um diagnóstico de morte encefálica, restringindo o número de possíveis doadores. Não foram identificadas notificações de prováveis doadores de tecidos nem de doações efetivadas, mesmo de córneas. Deste modo, o CHU não responde ao que é estabelecido na política de transplante do SUS.

4.3 DIMENSÃO III: FORMAÇÃO EM SAÚDE

Os HUFs foram criados, na década de 1940, com a missão basilar de promover o ensino e a pesquisas em saúde. Esta condição foi ampliada com a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) que, no Título IV – Dos Recursos Humanos, artigo 27, determina:

[...] a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde.

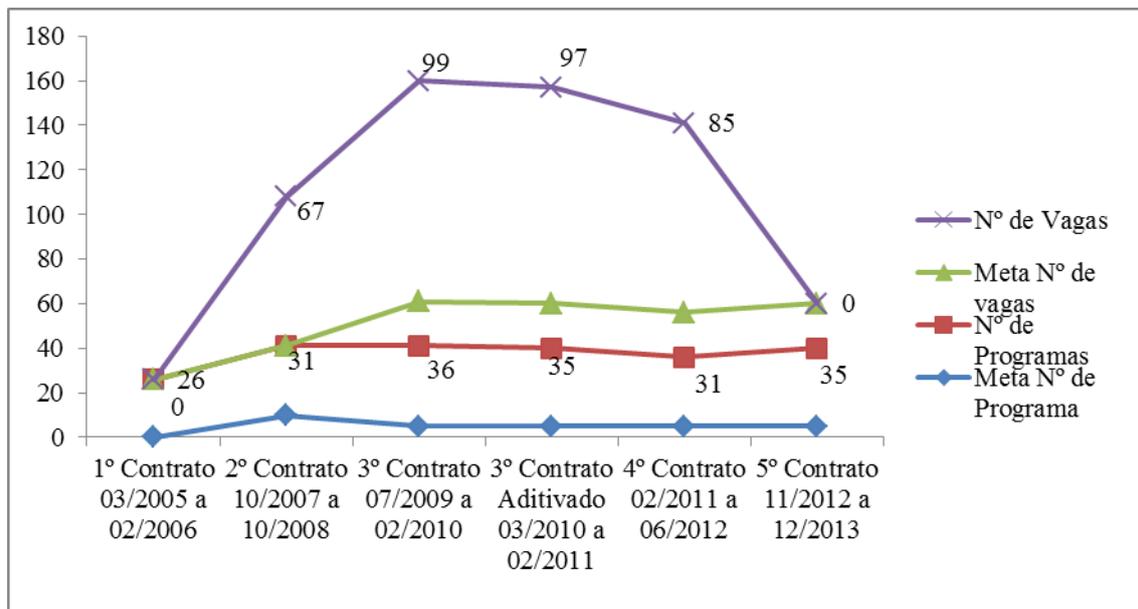
Atualmente, e nesta perspectiva, a responsabilidade dos HUFs com a formação de profissionais e a produção de conhecimento deve estar voltada para o atendimento das necessidades do SUS. O CHU estudado constitui-se em campo de prática para diversos cursos

de formação de profissionais de saúde, destacando-se os cursos de Residência para a formação de especialistas.

4.3.1 Formação de Pós-Graduação

Sobre a formação em pós-graduação, o Gráfico 5 mostra que o CHU manteve um número elevado de cursos de residência médica, bem como do número de vagas ofertadas. A oferta de cursos de residência, depois do 2º Contrato, passou a ser uma das metas do POA; após o 3º contrato, o número de vagas também se constituiu em meta.

Gráfico 5 – Demonstrativo das metas e número dos programas de residência médica/Número de vagas preenchidas no CHU por contrato/ ano – 2005-2013.



Fonte: Elaboração própria 2014.

Outros cursos de pós-graduação para não médicos foram realizados até o ano de 2010, dentre eles, cursos de especialização em enfermagem em centro cirúrgico e em UTI, nutrição clínica e outro de terapia e nutrição. Esses cursos também tinham metas e pontuação contempladas no POA. A partir de 2010 foi implantado o curso de residência multiprofissional, com vagas para enfermeira, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

As residências médicas, contudo, são predominantes. O documento da Comissão de Residência Médica (Coreme) registra a existência de 26 programas. No ano de 2012, período de vigência do 4º Contrato, houve uma redução do número de cursos de residência médica,

em decorrência da exclusão das residências de colproctologia, medicina intensiva e medicina preventiva social e reumatologia.

O número elevado de residências médicas contribuiu decisivamente para o CHU superar, no período do estudo, todas as metas pactuadas (Gráfico 5), tanto no que se refere ao número de cursos quanto ao número de vagas. Tal fato é explicado mesmo considerando a exclusão de quatro cursos à época do 4º Contrato, dado que esta exclusão foi compensada no ano seguinte, 2013, com a inserção de novos programas de residência, tais como: Medicina da Família e Comunidade; Genética; Hepatologia; Neonatologia; Ultrassonografia Ginecológica e Obstétrica. Assim, no final do período estudado houve acréscimo de 25,8% de novos programas.

4.3.2 Atividades de educação permanente

Com relação à educação permanente, o hospital apresentou regularmente relatórios com planilhas contendo os temas das palestras e dos treinamentos realizados para os funcionários, incluindo, em algumas situações, alunos da universidade e profissionais de outras organizações de saúde. Esta meta sempre conseguiu a validação pela Comissão de Acompanhamento nos Contratos.

Não foi identificado projeto ou plano de trabalho norteado pela Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com base na Portaria GM/MS nº 198, de 2004 (BRASIL, 2004c), que institui a política para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde como estratégia para o SUS, bem como do que reza a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007 (BRASIL, 2007a), que dispõe sobre as novas diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Com base no exposto, pode-se afirmar que o CHU não vem atendendo completamente a sua missão como organização pública de ensino.

4.3.3 Desenvolvimento de atividades por meio de videoconferência e de terapia baseada em evidência

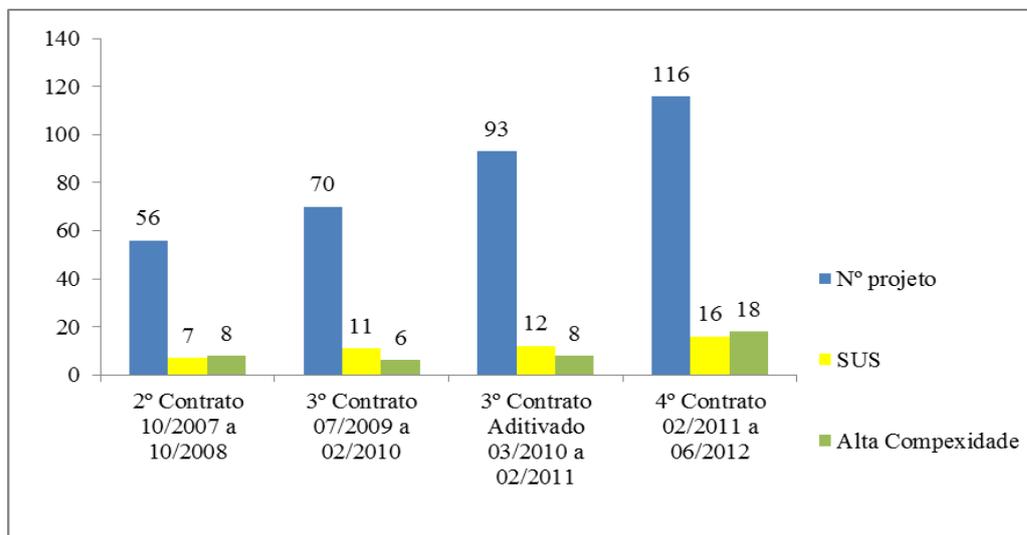
A implantação do Núcleo de Tecnologia em Saúde (NUTS) no CHU foi um dos avanços decorrente das exigências dos contratos de gestão. Analisando os relatórios dos POAs identificou-se um número superior a cinco videoconferências realizadas por mês, atingindo uma média de 150% acima da meta. Os temas abordados foram diversos, entre as especialidades

médicas, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição. Também foram desenvolvidas discussões sobre temas da gestão hospitalar em diversas áreas, bem como sobre contrato de gestão, gerenciamento e dimensionamento de pessoal de enfermagem, entre outros.

4.4 DIMENSÃO IV: PRODUÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA

O CHU em estudo está inserido, desde 2011, no Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) em hospitais de ensino da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), que sempre agregou um número representativo de pesquisas em desenvolvimento. As pesquisas, de uma forma geral, têm como objeto patologias não necessariamente relacionadas com prioridades do SUS e nem de alta complexidade, como mostra o Gráfico 6. Foi possível identificar as pesquisas voltadas para alta complexidade nas áreas de imunologia, gastroenterologia, cardiologia, genética, ortopedia, farmacologia com manipulação de drogas especiais, dentre outras. Verifica-se, entretanto, um incremento de 8,6% para 14,6% do 3º Contrato Aditivado para o 4º Contrato, cumprindo as metas pactuadas.

Gráfico 6 – Número de projetos de pesquisa apresentados pelo CHU, relacionados ao SUS e à Alta Complexidade, por contrato/ano – 2005-2013



Fonte: Elaboração própria 2014.

No âmbito da produção de conhecimento, a contratualização parece não ter alterado a sua dinâmica, a exemplo do funcionamento da Comissão de Controle de Risco (hemovigilância, tecnovigilância, e farmacovigilância), a qual já integrava, desde 2001, a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela (RBHS), um projeto da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa), que tem como objetivo estimular as notificações de eventos adversos ocorridos no hospital, relacionados a produtos para a saúde e fomentar a autoidentificação do risco; analisar e tomar providências para correção e prevenção, ampliando e sistematizando a vigilância sobre produtos de saúde e, assim, promover melhores serviços e condições de trabalho. Esta comissão manteve-se atuante, conforme registro em todos os relatórios dos POAs de cada contrato analisado.

4.5 DIMENSÃO V: CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

A dimensão da capacidade de gestão dos contratos no SUS é avaliada com base em indicadores gerais que revelam planejamento das atividades desenvolvidas e índice de ocupação e de permanência, valor pactuado e valor recebido, índice de infecção, dentre outros. Tais indicadores demonstram que não há, nos contratos, a explicitação de uma concepção de gestão e, por consequência, de indicadores que revelem a capacidade de gestão do CHU estudado.

Para Guimarães et al. (2004, p. 1645), a capacidade de gestão de uma organização pode ser analisada com base na

[...] capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas.

Nota-se, no caso em estudo, que não existem indicadores capazes de revelar aspectos políticos e de sustentabilidade da capacidade de gestão, como proposto por Guimarães et al. (2004).

4.5.1 Planejamento estratégico e plano de trabalho

O planejamento é um dos instrumentos norteadores para a gestão. Assim como a ausência de definição do que se considera como gestão, não há indicação nos contratos do que se compreende como planejamento estratégico. Além disso, a experiência da autora permite afirmar que tanto o contratante quanto o contratado não discutem e pactuam previamente tais concepções. Após a leitura dos contratos, entende-se que planejar é elaborar um plano de trabalho, para além das metas estabelecidas no contrato. No entanto, considerando que a

gestão é parte integrante da política de reforma dos HUFs a ausência de documentos comprobatórios do processo de gestão nos relatórios permite interpretar que o processo de gestão do CHU é frágil.

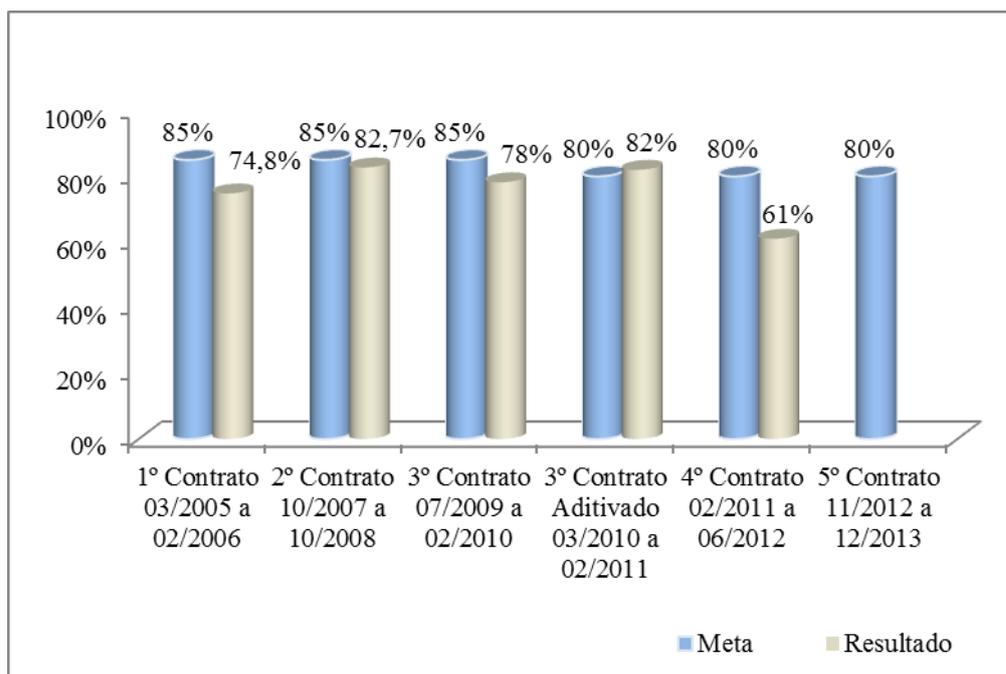
Identifica-se que somente após o 3º Contrato o instrumento plano de trabalho, considerado como planejamento estratégico, foi apensado ao contrato. Entretanto, este foi elaborado sem um plano detalhado das ações definidas e sem indicadores de monitoramento dos resultados. Não se registrou pontuação desse indicador no período avaliado de vigência dos contratos de gestão.

4.5.2 Índice de ocupação hospitalar geral

O índice de ocupação geral é uma relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Considera-se número de leitos-dia os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo-se os leitos extras (BRASIL, 2002a).

Verifica-se, dentre os cinco contratos, que o CHU atingiu a meta estimada para a taxa de ocupação apenas no 3º Contrato Aditivado (Gráfico7).

Gráfico 7 – Índice de ocupação hospitalar geral do CHU por contrato/ano – 2005-2013.



Fonte: Elaboração própria 2014.

Os dados obtidos quanto ao índice de ocupação do CHU indicam um alcance inferior aos dados obtidos no estudo de Marinho e Façanha (2001), no qual o escore de hospitais universitários foi de 85,73% no período de 1981 a 2001.

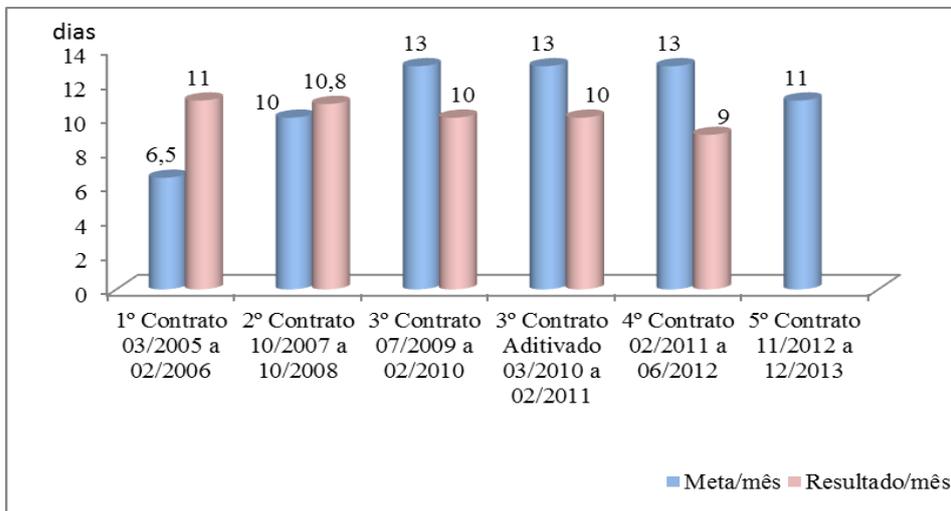
4.5.3 Tempo médio de permanência hospitalar geral

Este indicador representa o tempo médio, em dias, que os pacientes ficaram internados no hospital, incluindo os óbitos (BRASIL, 2002a).

Verifica-se, no Gráfico 8, que a média de permanência se manteve entre 9 a 11 dias, sendo alcançada mediante ampliação da meta para 13 dias de internamento pela própria gestão do CHU. Tal decisão pode ser contestada, dado que o Ministério da Saúde estabelece a média de permanência de 5,5 dias para hospitais gerais (BRASIL, 2002b).

Quando da análise de relatórios estatísticos, observou-se que a média de permanência dos usuários da clínica médica foi o diferencial que elevou o percentual global da média de permanência do hospital.

Gráfico 8 – Tempo médio de permanência hospitalar geral do CHU por contrato/ano – 2005-2013.



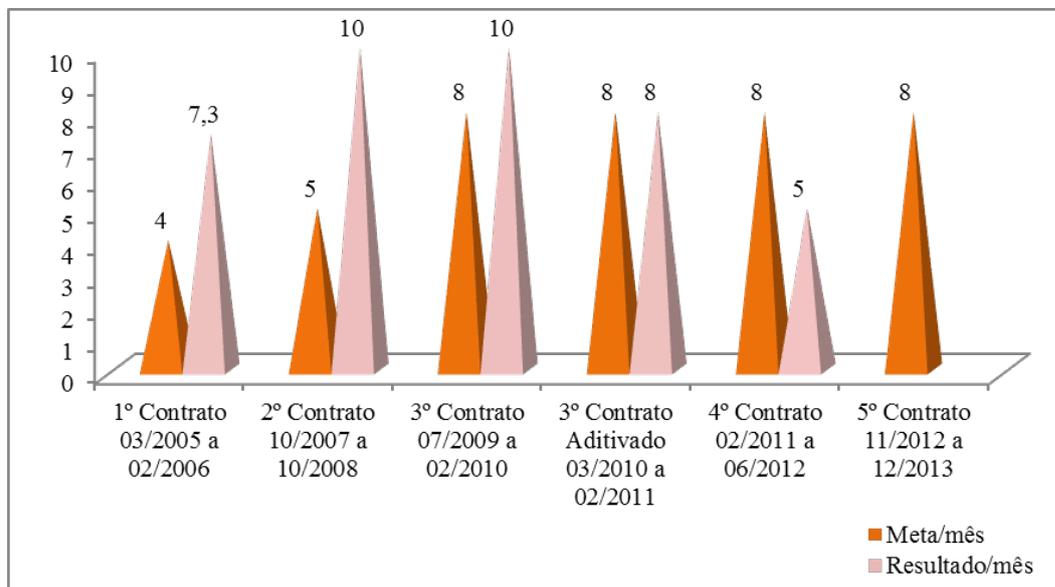
Fonte: Elaboração própria 2014.

4.5.4 Tempo médio de permanência em clínica cirúrgica

O Ministério da Saúde estabelece como parâmetro 4,8 dias para média de permanência em cirurgia. Entretanto, observa-se, no caso em estudo, uma permanência que se elevou a

partir do 1º Contrato. Segundo relato em ata da Comissão de Acompanhamento do Contrato, foi criado um ambulatório para consulta pré-anestésica com o objetivo de melhorar o preparo do paciente antes de ser internado e reduzir o seu tempo de internamento no CHU. No entanto, esta medida, aparentemente adotada isoladamente, não se reflete em resultados positivos. No Gráfico 9, observam-se os resultados do 3º Contrato Aditivado e do 5º Contrato, os quais apresentaram um desvio de 0,2 para mais.

Gráfico 9 – Tempo médio de permanência dos pacientes da clínica cirúrgica do Complexo hospitalar por contrato/ano – 2005-2013

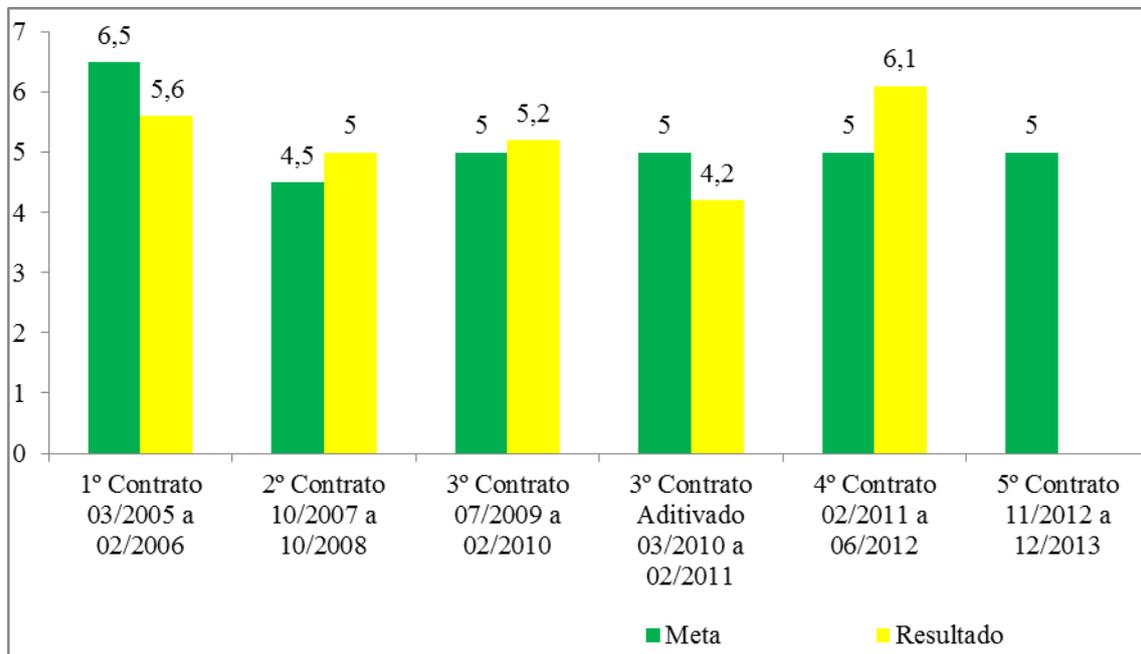


Fonte: Elaboração própria 2014.

4.5.5 Índice de infecção hospitalar

O MS define como infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após o internamento do usuário, que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, e possa ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. O CHU tem, como normatizado pelo Ministério da Saúde, o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), (BRASIL, 1992).

O acompanhamento deste indicador, no caso em estudo, revelou um bom resultado no 3º Contrato Aditivado. Entretanto, no 4º Contrato, registrou o maior percentual total anual de 6,1%. Segundo os registros em relatórios, este dado justifica-se devido ao quadro clínico agravado dos usuários internados, que, frequentemente, procedem dos hospitais de emergência via serviço de regulação do estado. Não houve registro de acompanhamento deste indicador no 5º Contrato.

Gráfico 10 – Índice de infecção hospitalar do CHU por contrato/ano – 2005-2013

Fonte: Elaboração própria.

4.5.6 Funcionamento da comissão de análise de óbito

Alguns estudos demonstram que a taxa bruta de mortalidade em hospitais públicos é maior que nos hospitais privados. Martins, Blais e Leite (2004) encontraram um índice de mortalidade geral de 14,7% em hospitais públicos, e de 9,3% nos hospitais privados. Entretanto, considera-se que os hospitais públicos tratam de pacientes em condição clínica mais grave que os hospitais privados, considerando os achados relacionados ao número de comorbidades (hospitais públicos: 1,54 e hospitais privados: 0,51) e ao escore do índice de comorbidade (hospitais públicos: 1,08 e hospitais privados: 0,52). Contudo, no mesmo estudo, foi encontrada uma variância de 7,4% de hospital geral em relação à variância total.

A Comissão de Análise de Prontuários de Óbitos (CAPO) do CHU foi atuante durante todo o período do estudo, tendo como meta manter uma taxa de óbito menor que 5% e realizar análise de 80 a 100% dos prontuários de óbito. Em número absoluto isto representa um quantitativo médio de 15 a 22 casos de óbitos/mês e os prontuários foram 100% analisados, segundo registro nas atas de reuniões anexadas aos relatórios do POA. No CHU as taxas variavam de 3,5% a 5,0%, ficando geralmente abaixo do parâmetro definido.

4.5.7 Valor pactuado pago e valor produzido pelo CHU para os procedimentos de média complexidade

Na Portaria de nº 1.006/2004 (BRASIL, 2004b), o item V define os recursos financeiros para o contrato de gestão, propondo orçamentação mista para o custeio do hospital de ensino composta por:

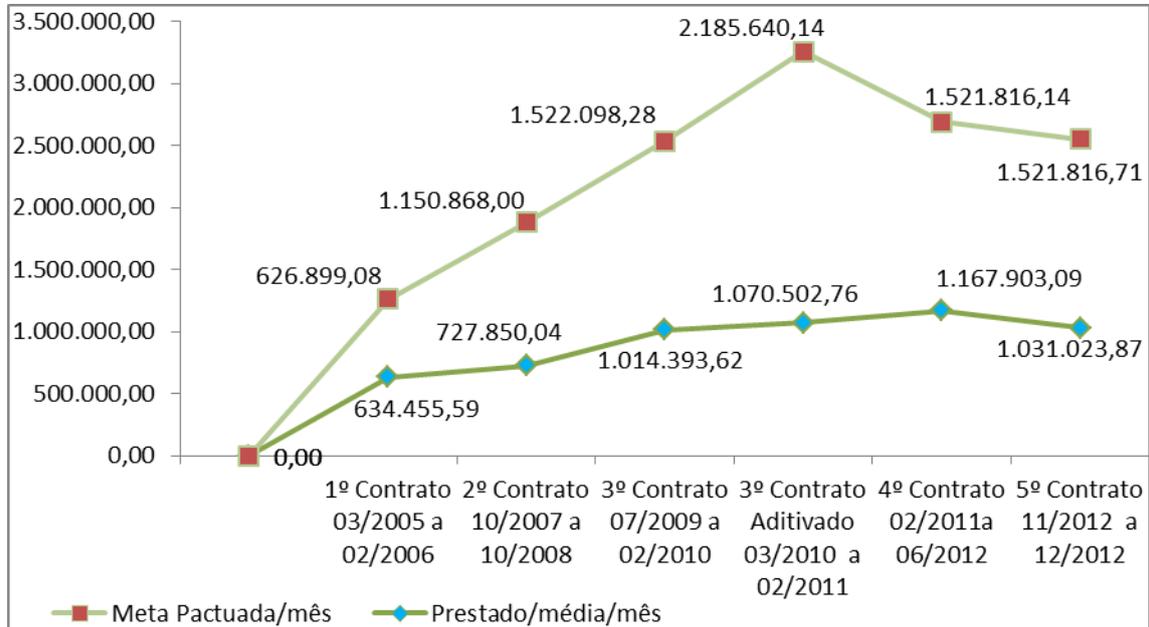
- a) componente com valor fixo mensal orçado da produção histórica (físico-financeiro) dos últimos 12 meses dos procedimentos de média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor;
- b) inclusão dos recursos do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (Fideps).
- c) recursos do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao MS, no que diz respeito aos hospitais de ensino do MEC, a partir de 2005. Incentivos de custeio.
- d) recursos adicionais, que podem ser acrescidos desde que justificados pelo gestor e aprovados pelo MS.

Todos esses tipos de recursos financeiros têm definição pré-fixada para pagamento de procedimentos de média complexidade e das metas pré-estabelecidas de qualidade da assistência. No CHU os contratos tiveram como base, para a definição dos recursos financeiros, o cumprimento de 89,99% a 100% do quantitativo dos procedimentos de média complexidade, de acordo com as Tabelas 2 e 3, não estando inseridos os incentivos.

No Gráfico 11, observa-se, no 1º Contrato, que o valor produzido foi superior a 1,2% do valor pactuado. Nos demais contratos, o valor produzido está abaixo do valor pactuado. Em particular, no 3º Contrato Aditivado, o valor pré-fixado é 50% superior ao valor produzido.

Mesmo considerando-se que hospitais universitários são organizações que apresentam alto custo por desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, além da assistência que envolve alta tecnologia, associadas àquelas referentes à hierarquização do atendimento mais complexo do SUS, que interferem diretamente no equilíbrio econômico-financeiro dessas organizações, pode-se afirmar que, no caso em estudo, existe uma baixa prestação de serviços e procedimentos em relação aos valores financeiros recebidos.

Gráfico 11 – Demonstrativo do valor pactuado x valor produzido dos procedimentos de média complexidade do CHU, por contrato média/mês – 2005-2013.



Fonte: Elaboração própria 2014.

O acompanhamento gerencial financeiro foi um dos indicadores não obteve pontuação condizente com a meta em diversos relatórios mensais e, conseqüentemente, nos anuais. A ausência da apresentação dos relatórios financeiros contribuiu para reduzir o alcance das metas qualitativas na dimensão da gestão. Entretanto, ao serem analisados os dados da distribuição dos valores pactuados, produzidos e pagos em cada contrato referente a procedimentos de média complexidade (MC) (Tabela 4), observou-se que, durante o período estudado, o CHU apresentou seu melhor resultado no 1º Contrato, ultrapassando 100% da meta de prestação de serviços em relação à meta pactuada. Registra-se também a seguinte inversão nos resultados: quando a prestação de serviços tem menor resultado, o valor pré-pago é maior.

A designação de recurso financeiro contratualizado para o cumprimento dos procedimentos da média complexidade, juntamente com os incentivos (valor pré-fixado) assegurados com o pagamento integral antecipado mensal, sem descontos dos procedimentos que não foram realizados e ou metas qualitativas que não foram atingidas, possibilitou ao gestor manter o CHU em funcionamento.

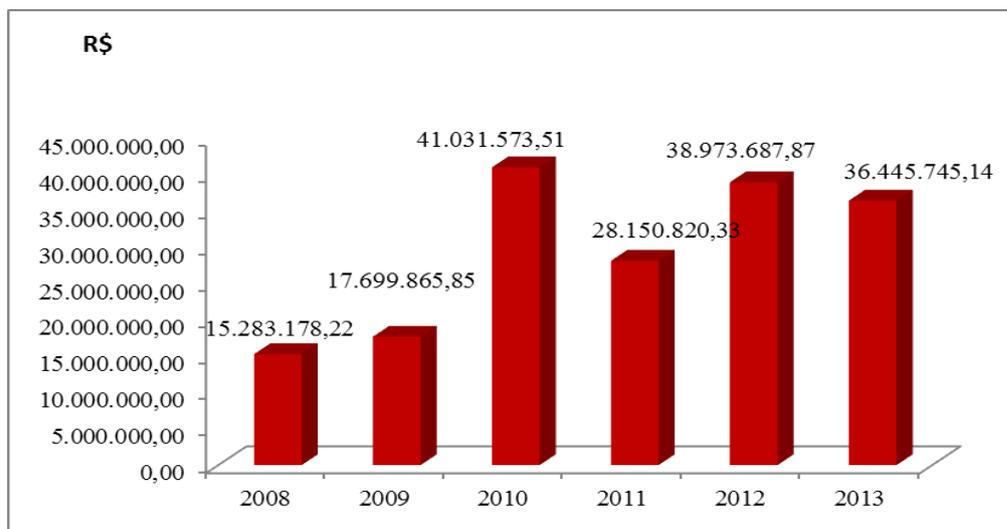
Quadro 4 – Demonstrativo financeiro com distribuição dos valores pactuados meta/mês por contrato, para execução dos procedimentos de média complexidade, e valor pago por contrato ao CHU média/mês – 2005-2013

Contrato	Meta/Pactuada /mês	Produzido Média/mês	Percentual de alcance da meta %	Valor pré-pago com incentivos	Valor do Incentivo
1º Contrato	626.899,08	634.455,59	101,2	1.150.867,90	523.968,82
2º Contrato	1.150.868,00	727.850,04	63,2	1.922.169,82	771.130,18
3º Contrato	1.522.098,28	1.014.393,62	66,7	2.057.754,00	535.655,82
3º Contrato Aditivo	2.185.640,14	1.070.502,76	49,0	2.726.698,64	541.058,54
4º Contrato	1.521.816,14	1.167.903,09	76,8	2.062.874,37	541.058,20
5º Contrato	1.521.816,71	1.031.023,87	67,8	2.905.134,78	1.383.318,07

Fonte: Elaboração própria.

Identificou-se também gastos com trabalhadores contratados por terceiro (Gráfico 12), no caso, Fundação de Apoio, o que pode explicar, ainda que em parte, a inversão observada entre a queda dos resultados dos procedimentos prestados e maiores valores financeiros pagos. Tal fato é agravado dado que esse recurso recebido deveria ser utilizado para custeio e, assim, aumentar a prestação de serviços na organização. Entretanto observa-se que no primeiro contrato no de 2005 o resultado do contrato foi superado (tabela 4) , neste período o CHU trabalhava com um quadro de profissionais 16,4% menor em relação ao quadro de profissionais do ano de 2013.

Gráfico 12 – Demonstrativo de recursos financeiros utilizados para pagamento dos profissionais terceirizados do CHU /média /mês – 2008-2013



Fonte: Elaboração própria 2014.

Desse modo, pode-se confirmar para o caso em estudo que procede o que afirma Vatankhah et al. (2012), ao indicar que o contrato de gestão fez com que o processo de prestação de contas se tornasse mais transparente na maioria dos países, mas teve pouco efeito sobre a responsabilidade pública para a natureza e a qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

4.5.8 Índice de satisfação do usuário hospitalizado

Em geral, os relatórios com resultados da avaliação da satisfação dos usuários, parte integrante do relatório mensal da Comissão de acompanhamento dos contratos de gestão, revela a obtenção de índice bom. Há alguns registros de insatisfação em relação à demora para o internamento, remarcação de cirurgias e tipo de alimento oferecido durante a internação.

4.5.9 Síntese dos resultados

Os resultados encontrados nos contratos, nas dimensões estudadas, revelam, na dimensão I, que o complexo apresentou melhor resultado no acesso aos internamentos, por meio da regulação; para o atendimento ambulatorial, este acesso ainda é muito restrito. Na dimensão II, demonstra a predominância dos procedimentos da média complexidade, embora não tenha alcançado as metas estabelecidas em contrato nem o parâmetro proposto. A dimensão III destaca-se com o aumento dos programas dos cursos de residência médica seguido do aumento do número de vagas, além da criação da residência multiprofissional, e a implementação do NUTs com grande índice de vídeoconferências com temas diversos, ampliando a qualificação dos profissionais. A IV dimensão apresenta um significativo aumento de projetos de pesquisa acima da meta estabelecida e do parâmetro estabelecido no período estudado. Por fim, a dimensão V retrata os dados financeiros pactuados e recebidos, bem como a resposta relacionada à satisfação da assistência dos usuários na organização. Destaca-se aqui que quanto mais recursos financeiros aportados pelo contrato de gestão, em especial o 3º Contrato, que foi aditivado, registra-se queda no quantitativo dos procedimentos prestados.

5 CONCLUSÃO

A contratualização em saúde é o meio pelo qual o representante legal de um hospital e o gestor local do SUS estabelecem um contrato de gestão com metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão hospitalar.

A pesquisa realizada definiu como objetivo avaliar os resultados dos contratos de gestão de um complexo hospitalar universitário federal.

Salienta-se também que as conclusões são relativizadas por algumas das limitações do estudo e no seu desenvolvimento: o fato de consistir em uma pesquisa documental e, portanto, não permitir captar a percepção dos gestores; a ausência de registros no sistema de informação do SUS, principalmente em relação à produção de dados relacionados aos procedimentos de média e alta complexidade no período de 2005 a 2008; a inexistência de dados para compor os indicadores mais sensíveis e específicos para mensurar os resultados dos contratos de gestão em relação a prestação de serviços de saúde e capacidade gerencial do Complexo Hospitalar avaliado acrescido da falta de literatura para discorrer com criticidade sobre os achados.

A análise dos dados coletados evidenciou o baixo desempenho do CHU, demonstrado nos relatórios dos contratos, apesar do aumento na prestação de serviços da média complexidade, principalmente dos internamentos.

Como exemplo, destaca-se que, durante o período estudado, o CHU apresentou seu melhor resultado no 1º Contrato, ultrapassando 100% da meta de prestação de serviços em relação à meta pactuada. Registra-se também a seguinte inversão nos resultados: quando a prestação de serviços tem menor resultado, o valor pré-pago é maior.

Tais resultados também são consequências da crise permanente no CHU ao longo de anos, antecedendo a adoção dos contratos de gestão. Mesmo com a adoção dos contratos, processo dito inovador na gestão da saúde brasileira, os sinais da crise, tanto na gestão como nos resultados da prestação de serviços, são persistentes. Pode-se relacionar tal fato com a política restritiva de recursos humano estabelecida pelo governo desde a Reforma do Estado.

O governo estabeleceu uma Reforma de Estado com ampla reforma administrativa na gestão para a área da saúde, principalmente para os hospitais universitários. Entretanto, a restrição de profissionais torna-se nitidamente desfavorável ao tipo de planejamento da gestão gerencial que visa alcançar resultados de eficiência.

De um modo geral, as metas estabelecidas, principalmente para a prestação de serviços, não foram atingidas. Mesmo assim, os resultados analisados não indicam mudanças significativamente positivas nas dimensões analisadas.

Os resultados positivos em relação à taxa de permanência geral são contraditórios em relação ao índice de ocupação geral, que apresenta resultados inferiores às metas, confirmando uma subutilização dos leitos.

Na dimensão da capacidade de gestão o índice de ocupação também revela uma subutilização dos leitos que relacionada aos altos índices de permanência geral indicam baixa resolutividade e rotatividade dos leitos, inviabilizando o alcance das metas pactuadas.

Na dimensão da atenção à saúde, os resultados da prestação de serviços da média complexidade, que segundo a meta pactuada deveria alcançar 100%, não conseguiu atingir sequer o parâmetro norteador de 90% durante o período analisado. Mesmo mantendo um patamar de alcance de metas para a produção de AIH de alta complexidade bem abaixo do pactuado, o Complexo Hospitalar continuou recebendo incentivos, como a autorização de 10 novas habilitações de diversas especialidades de alta complexidade.

Por se tratar de um Complexo Hospitalar Universitário, esperava-se maior abrangência na formação de profissionais de saúde, mas encontrou-se uma acentuada concentração na formação de médicos especialistas, mesmo com a abertura da Residência Multiprofissional. Outro aspecto que chama a atenção é a insipiência de processos de Educação Permanente para o conjunto dos trabalhadores.

Os dados demonstraram também a ausência de instrumentos indispensáveis para a gestão, tais como orçamentos, relatórios financeiros e planos de trabalho, o que permite inferir o pouco envolvimento dos gestores do complexo hospitalar com o cumprimento de metas de gestão.

Os resultados também indicam que o Complexo Hospitalar mantém-se em crise, e um dos fatores nessa crise destaca-se a política de terceirização dos trabalhadores que, no caso estudado, induziu ao desvio de recursos de custeio para o pagamento de salários via fundação de apoio. Tal fato pode ter contribuído para o baixo desempenho do Complexo Hospitalar, demonstrado nos relatórios dos contratos de gestão. Pode-se afirmar também que a adoção da terceirização do contrato de pessoas para organizações de saúde complexas é nitidamente desfavorável ao tipo de planejamento da gestão gerencial que visa alcançar resultados que demonstrem eficiência na gestão.

Os resultados dos contratos de gestão também indicam que, no período do estudo, não se observou melhoria na eficiência e eficácia assistencial e gerencial do CHU, maior controle

e avaliação da assistência à saúde, ou maior articulação com o SUS, como previsto nas justificativas para a adoção do modelo de gestão proposto.

Uma das melhorias identificadas foi a designação, nos contratos de gestão, do recurso financeiro pré-pago para cumprimento dos procedimentos da média complexidade acrescido de incentivos financeiros. Constatou-se que não houve redução do valor repassado em decorrência do não cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, e ausência do planejamento e do plano de trabalho o que pode ter contribuído para a manutenção do funcionamento, mesmo que precário, do Complexo Hospitalar.

Vale ressaltar também alguns pontos de fragilidade na condução do processo de contratualização no Complexo Hospitalar: descontinuidade na manutenção dos contratos de gestão com longo período sem documentação legalizada e publicada; metas definidas sem critérios; grande número de indicadores quantitativos e qualitativos, dificultando o monitoramento dos contratos; ausência de parâmetros para análise de desempenho do Complexo Hospitalar; descontinuidade no funcionamento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos relatórios.

Para finalizar as reflexões produzidas, torna-se importante destacar duas conclusões:

- a) pôde-se confirmar, para o caso em estudo, o achado de Vatankhah et al. (2012), ao indicar que o contrato de gestão fez com que o processo de prestação de contas se tornasse mais transparente na maioria dos países, mas teve pouco efeito sobre a responsabilidade pública para a natureza e a qualidade dos serviços prestados;
- b) os resultados sustentam que a gestão pública não implanta e não implementa cultura de avaliação;
- c) com base no conceito-guia assumido neste estudo, afirma-se que a adoção do contrato de gestão, no caso estudado, não foi um instrumento indutor de melhoria na capacidade de gestão do Complexo Hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Fernando Carneiro Guedes. **Contratualização e eficiência no setor público**: as organizações sociais. Trabalho apresentado no Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago Chile, 18 a 21 de outubro de 2005.

ALVES, Eduardo. Uma análise crítica do plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. **Revista Acadêmica Multidisciplinar Urutágua**, Maringá, ano I, n. 3, dez. 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. **Hospitais universitários e de ensino no Brasil**: desafios e soluções. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <www.abrahue.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BARROS, Pedro Pitar; GOMES, Jean Pierre. **Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia**: principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa, 2002. Disponível em: <www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao.../BARROS-2002.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti. **As novas configurações do Estado e da sociedade civil no contexto da crise do capital**. Brasília: CFESS/BEPSS, 2003. Disponível em: <www.prof.joaoantanas.nom.br/>. Acesso em: 7 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Ministério de Ciência e Tecnologia. **Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003**. Constitui Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/7461-562.html>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Análise do processo de contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS**. Dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312/SAS, de 2 de maio de 2002**. Estabelece a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 775/GM, de 24 de maio de 2005**. Define a forma de distribuição dos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde referentes ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários. Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-775.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559/GM, de 1.º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005**. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=855>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004**. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde**. Módulo I: os sistemas de saúde e as organizações assistenciais. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde**. Módulo II: Gestão Contemporânea nas Organizações de Saúde. Brasília, 2002c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 nov. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 18 fev. 2014. (fonte citada na introdução. Incluí estes dados)

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. (Texto promulgado em 5 de outubro de 1988).

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos Pereira. Reforma do Estado na América Latina. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 269-294, maio de 1996.

_____. **Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil: A reforma de 1995**. Brasília: EdUNB, 1999. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=491>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal na reforma do Estado. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999. p. 15-48.

BRIZOLA, Jeremias Bequer. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

BULOS, Uadi Lammêgo. Aspectos da reforma administrativa. **Revista Centro de Estudos Jurídicos**, Brasília, v. 2, n. 6, set./dez. 1998. Disponível em: <www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp>. Acesso em: 5 maio 2013.

CARMO, Maria do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde: estudo de caso**. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CHAMPAGNE, Françoise et al. Apreciação normativa. In: BROUSSELLE, Astrid et al. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 77-94.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Hospitais universitários**: presente caótico e futuro incerto. [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://cidadelivre.files.wordpress.com/2011/03/artigo-julia-fiuza.pdf/>>. Acesso em: 6 abr. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo [Org.]. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 1997. p. 29-47.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Por que ser contra aos novos Modelos de Gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENESES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ; Redes Sirius, 2011. p. 43-49.

COSTA, Nilson do Rosario. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 907-912, out./dez. 1999. Disponível em: <www.bases.bireme.br>. Acesso em: 16 maio 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **As novas regras para os servidores públicos**. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://publicações.fundap.sp.gov.br/cadernos/cad22/dados/projeto.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. **Controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais**. São Paulo, 1996. Disponível em: <[http://www.pge.sp.gov.br/centro de estudos](http://www.pge.sp.gov.br/centro%20de%20estudos)>. Acesso em: 1 ago. 2012.

ESCOVAL, Ana Maria. **Evolução da administração**: o modelo de análise do processo de mudança da administração pública da saúde. 2003. 389 f. Tese (Doutorado em Organização e Gestão de Empresas) – Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa, nov. 2003.

_____. (Coord.). **Inovação de políticas em saúde**: o caso da contratualização em Portugal. Relatório de Projecto. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 31 dez. 2007.

_____. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. temático, n. 9, p. 7-24, 2010.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Política e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

IBAÑEZ Nelson; VENCINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, suppl. 0, p. 1831-1840, 2007.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. **Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos Hospitais de Ensino

no Sistema Único de Saúde. 2009. 316 f. Tese (Doutorado em Ciências em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.

LIMA, Clovis Ricardo Montenegro de. Reforma do estado e política de saúde: discussão da agenda do banco mundial e da crítica de Laurell. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, v. 49, n. 50, p. 34-43, dez.1995.

MARINHO, Alexandre; FAÇANHA, Luís Otávio. **Programas sociais**: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Texto de discussão n° 0805).

MARINI, Caio. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. In: PETRUCCI, Vera; SCHWARZ, Leticia. **Administração pública gerencial**: a reforma gerencial de 1995 – Ensaio sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI. Brasília: UnB, 1999. p. 1-25.

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Íuri da Costa. **Mortalidade hospitalar e tempo de permanência**: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Ribeirão Preto, SP, v. 20, suppl. 2, p. S268-S282, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador. EdUFBA, 2006.

_____. **O que è o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público**: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no estado de São Paulo. 2012. 133 f. Tese (Doutorado em Transformação do Estado e Políticas Públicas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

REIS, Chioro Ademar Arthur. **Entre a intenção e o ato**: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010). 2011. 445 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abril. 2009.

SOUZA, Celina. Regras e contexto: as reformas da Constituição de 1988. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 791-823, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582008000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SOUZA, Paulo Cesar; SCATENA, João Henrique G. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 43, p. 63-74, abr./jun. 2009.

VATANKHAH, S. et al. Driving to Contract Management in Health Care Institutes of Developing Countries. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 14, n. 4, p. 235-239, 2012.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **A América Latina no contexto de reformas**. 2002. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0282.pdf> Acesso em: 10 maio 2013.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO E SELEÇÃO DOS INDICADORES DOS CONTRATOS DE GESTÃO

INSTRUÇÃO: Com base no pressuposto que o contrato pode ser um instrumento de gestão com o propósito de conduzir a organização hospitalar universitária na direção de resultados e na inserção articulada e integrada com a rede de serviços do SUS como referência para alta complexidade, formação em saúde e produção de tecnologia. Trata-se de um instrumento para pesquisa com objetivo de identificar os indicadores do processo de contratualização e selecionar com um X os indicadores considerando o grau de importância.

INDICADORES DE GESTÃO		
METAS QUANTITATIVAS		
ITEM	ATENÇÃO Á SAÚDE	
1	Quantitativo das consultas especializadas.	
2	Quantitativo de procedimentos ambulatorial por complexidade.	
3	Quantitativo de internamento hospitalar.	
4	Quantitativo das AIHs produzidas de acordo com a complexidade.	
5	Quantitativo de cirurgias realizadas de média e alta complexidade.	
GESTÃO		
6	Planilha de orçamento anual.	
7	Acompanhamento gerencial financeiro mensal.	
8	Valor pactuado X Valor produzido.	
METAS QUANTITATIVAS E QUANTITATIVAS		
9	Índice de ocupação geral.	
10	Índice de ocupação dos leitos de clínica médica.	
11	Índice de ocupação dos leitos de clínica cirúrgica.	
12	Índice de ocupação dos leitos de clínica pediátrica.	
13	Índice de ocupação dos leitos de UTI tipo II – adulto.	
14	Índice de ocupação dos leitos de UTI tipo III – adulto.	
15	Tempo média permanência geral.	
16	Tempo da média de permanência dos pacientes internados em clínica médica.	
17	Tempo da média de permanência dos pacientes internados em clínica cirúrgica	
18	Tempo de permanência dos pacientes internados em clínica pediátrica.	
19	Tempo de permanência dos pacientes internados em UTI tipo II adulto.	
20	Tempo de permanência dos pacientes internados em UTI tipo III adulto.	
21	Índice de infecção hospitalar geral.	
22	Taxa de mortalidade geral.	
METAS QUALITATIVAS		
ATENÇÃO A SAÚDE		
23	Notificar as doenças e ocorrências compulsórias/ agravos.	
24	Garantir assistência em nutrição ao paciente internados em uso de dietas especiais (enteral e parenteral).	
25	Registros de diagnósticos secundários em clínica médica e em clínica cirúrgica.	

APÊNDICE A: CONTINUAÇÃO		
INDICADORES DE GESTÃO		
METAS QUANTITATIVAS		
26	Registro da procedência dos pacientes internados,	
27	Registro da procedência dos pacientes com atendimento ambulatorial,	
27	Funcionamento da comissão de revisão de prontuário,	
29	Funcionamento da comissão de controle de infecção hospitalar,	
30	Funcionamento da comissão de ética médica.	
31	Funcionamento da comissão de análise de óbito.	
32	Funcionamento da comissão intra-hospitalar de captação de órgãos e tecidos.	
33	Funcionamento da comissão de controle de risco (hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância).	
34	Funcionamento da comissão de ética em pesquisa.	
35	Funcionamento da comissão interna de prevenção de acidentes.	
36	Índice de Satisfação do usuário hospitalizado.	
37	Garantia de acesso à assistência integral e continuada.	
38	Índice de satisfação do usuário atendido no ambulatório.	
39	Garantir a sistematização da assistência de enfermagem.	
40	Ampliar horário de visita para os usuários internados.	
41	Identificação das doenças relacionadas à saúde do trabalhador.	
42	Funcionamento do serviço de ouvidoria.	
GESTÃO		
43	Planejamento estratégico e plano de trabalho.	
44	Assegurar assistência com recursos humanos qualificados.	
45	Plano de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos tecnológicos.	
46	Otimizar o sistema de informação do Ministério da Saúde.	
FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO		
47	Número de programas de residência médica.	
48	Número de vagas de residência médica.	
49	Número de cursos de graduação nas áreas de saúde.	
50	Número de programas de pós-graduação para profissionais não médicos.	
51	Atividades de educação permanente.	
PESQUISA E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE		
52	Elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências.	
53	Apresentação de projetos de pesquisa relacionados à gestão, saúde, melhoria na qual. de vida da população.	
54	Desenvolver atividades através de vídeo conferência – terapias baseadas em evidências.	

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DOS DADOS AGREGADOS DOS CONTRATOS

DIMENSÃO I = _____

INDICADOR: _____

Contratos	Meta	Resultados	Perguntas	Parâmetros
1º CONTRATO				
2º CONTRATO				
3º CONTRATO				
3º CONTRATO aditivado				
4º CONTRATO				
5º CONTRATO				

APÊNDICE D – PLANILHA DE DADOS DO 1º CONTRATO

Número:

Vigência	Março de 2005 a fevereiro de 2006 (12 meses)
Contratante	Gestor Estadual – Secretaria Estadual da Saúde
Objeto	Execução de Serviços assistenciais, de ensino, pesquisa e desenvolvimento de tecnologia no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela integração do hospital à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema, na forma do Plano Operativo Anual.
Obrigações da Contratada	Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste contrato.
Obrigações da Contratante	<p>I - Disponibilizar por meio de acordos entre entes públicos MS/FNS, os recursos mensais;</p> <p>II - Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços ajustados;</p> <p>III - Estabelecer mecanismo de oferta e demanda de ações e serviços de saúde;</p> <p>IV - Analisar os relatórios elaborados pelo Hospital, comparando-se as metas do Plano operativo, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.</p>

APÊNDICE E – PLANILHA DE DADOS DO 2º CONTRATO

Número: Convênioº 011/2007 - Processo nº 2441/2007.

Vigência	Início do acompanhamento em outubro de 2007, vigorando por um ano.
Convenente	Gestor Municipal – Secretaria Municipal da Saúde.
Objeto	Idem ao 1º Contrato.
Obrigações da Conveniada	Idem ao 1º Contrato.
Obrigações da Convenente	<p>I- Transferir mensalmente à conveniada os recursos previstos neste convênio.</p> <p>II- Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços ajustados.</p> <p>III- Estabelecer mecanismo de oferta e demanda de ações e serviços de saúde.</p> <p>IV- Analisar os relatórios elaborados pelo Hospital, comparando-se as metas do Plano operativo, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.</p>
Condições Gerais	<p>I- O acesso preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas situações de urgência e emergência.</p> <p>I- Encaminhamento e atendimento a clientela de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência.</p> <p>III- gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste contrato.</p> <p>IV- Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização.</p> <p>V- Observância integral as normas e aos protocolos técnicos de atendimentos e regulamentos estabelecidos pelos gestores do SUS.</p> <p>VI- A conveniada deve colocar à disposição do SUS 100% da sua capacidade.</p>
Remuneração	<p>R\$ 1.398.201,00 mensais para cumprimento de procedimentos de Média Complexidade SI A = R\$ 832.307,00 + SIH = R\$ 565.894,00</p> <p>FIDEPS = R\$ 254.804,00 IAC = R\$ 116.868,99</p> <p>Portaria Nº 775 de Reforço e Manutenção dos Hospitais Portaria nº 775 de 05/2005 = R\$ 152.295,83</p> <p>Total de Incentivo = R\$ 523.968,82</p> <p>Total Pré-fixado e Pago mensal R\$ de 1.922.169,82</p>

APÊNDICE F – PLANILHA DE DADOS DO 3º CONTRATO

Número: Convênio - N°003/2009 - Processo n° 4566/09

Vigência	Início do acompanhamento em: a partir de julho 2009, vigência de um ano.
Conveniente	Gestor Municipal – Secretária Municipal de Saúde.
Objeto	Idem ao 1º Contrato.
Obrigações da Conveniada	Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste Convênio.
Obrigações da Conveniente	Idem ao 1º Contrato.
Condições Gerais	Condições Gerais.
Remuneração	<p>SIA = R\$ 832.306,24 + SIH = R\$ 689.794,04 = R\$ 1.522.098,28 mensais remuneração procedimentos de Média Complexidade</p> <p>FIDEPS= R\$ 254.804,00 + IAC = R\$ 116.868,99</p> <p>Reforço e Manutenção dos Hospitais Portaria N° 775 e 05/2005 = R\$ 152.295,83</p> <p>Total de Incentivos R\$ 523.968,82</p> <p>Total Pré-fixado. Pago mensal R\$ de 2.057.754,00</p>
Alterações	<p>I - Mediante celebração de termo aditivo, ressalvado o seu objeto que não pode ser modificado.</p> <p>II - Os valores previstos poderão ser alterados e acordo com modificações do POA.</p> <p>III - O POA, nos primeiros noventa dias de vigência, não poderá ter alteração.</p> <p>IV - O POA terá validade de 12 meses, sendo vedada sua prorrogação.</p>

APÊNDICE G – PLANILHA DE DADOS DO 3º CONTRATO COM ADITIVO

Número: Convênio com aditivo - Nº 003/2009 - Processo nº 4566/09

Vigência	Aditivado em março 2010/ com alteração de recurso e de metas quantitativas e vigência inalterada às condições do convênio ora aditado.
Convenente	Gestor Municipal – Secretaria Municipal da Saúde.
Objeto	Idem contrato anterior.
Obrigações da Conveniada	Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste Convênio.
Obrigações da Convenente	I - Transferir mensalmente à conveniada os recursos previstos neste convênio. II - Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços ajustados. III - Estabelecer mecanismo de oferta e demanda de ações e serviços de saúde. IV - Analisar os relatórios elaborados pelo Hospital, comparando-se as metas do Plano operativo, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.
Condições Gerais	I - O acesso ao preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas situações de urgência e emergência. I - Encaminhamento e atendimento a clientela de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência. III - Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito do contrato. IV - Observância integral as normas e aos protocolos técnicos de atendimentos e regulamentos estabelecidos pelos gestores do SUS. V- Conveniada deve colocar à disposição do SUS 100% da sua capacidade.
Remuneração	R\$ 2.185.640,41 mensal de Média Complexidade SI A = R\$1.154.700,00 + SIH = R\$ 1.033.200,00 FIDEPS = R\$ 254.804,00 IAC = R\$ 116.868,99 Reforço e Manutenção dos Hospitais Portaria Nº 775 de 05/2005 = R\$ 152.295,83. Total de Incentivos R\$ 523.968,82. Portaria Nº 2.647 de 28/10/2009 Resolução da CIB nº212/2009 R\$ 5.402, 51 Total Pré-fixado Pago mensal R\$ de 2.726.698,64.
Alterações	I - Mediante celebração de termo aditivo, ressalvado o seu objeto que não pode se modificar. II - Os valores previstos poderão ser alterados de acordo com modificações do POA. III - O POA, nos primeiros noventa dias de vigência, não poderá ter alteração. IV - O POA terá validade de 12 meses, sendo vedada sua prorrogação.

APÊNDICE H – PLANILHA DE DADOS DO 4º CONTRATO

Número: Convênio - Nº 02/2011 - Processo nº 8676/10

Vigência	Publicação no D.O. do Município em fevereiro de 2011 Início do acompanhamento em fevereiro 2011, vigorando por um ano. Aditivado na vigência por 120 dias - vigência até junho de 2012.
Convenente	Gestor Municipal – Secretaria Municipal da Saúde.
Objeto	Integrar a CONVENIADA no Sistema Único de Saúde e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a CONVENIADA está inserida.
Obrigações da Conveniada	Cumprir todas as metas e condições especificadas no Plano Operativo, parte integrante deste convênio.
Obrigações da Convenente	I - Transferir mensalmente à conveniada os recursos previstos neste convênio. II - Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços ajustados. III- Estabelecer mecanismo de oferta e demanda de ações e serviços de saúde. IV - Analisar os relatórios elaborados pelo Hospital, comparando-se as metas do Plano operativo, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.
Condições Gerais	I- Acesso ao preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas situações de urgência e emergência. I- Encaminhamento e atendimento a clientela de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência. III- Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste contrato. IV- Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização. V- Observância integral as normas e aos protocolos técnicos de atendimentos e regulamentos estabelecidos pelos gestores do SUS. VI - Conveniada deve colocar à disposição do SUS 100% da sua capacidade. VII - Elaboração do Plano Operativo Anual.
Remuneração	R\$1.521.816,14 mensais de Média Complexidade SI A = R\$ 743.381,76 + SIH = R\$ 778.434, 95 FIDEPS = R\$ 254.804,00 + IAC =R\$ 128.555,89 Reforço e Manutenção dos Hospitais Portaria Nº 775 de 05/2005 = R\$ 152.295,83 Portaria Nº 2.647 de 28/10/2009 Resolução da CIB nº 212/2009 R\$ 5.402,51 + Portaria do REHUF nº 1929 /2010 R\$ 142.259, 84 Total de Incentivos R\$ 677.915,56 Total Pré fixado e Pago mensal R\$ 2.062.874, 14

APÊNDICE I – PLANILHA DE DADOS DO 5º CONTRATO

Número: Contrato de Nº 423/2012

Vigência	12 meses contados a partir da data da publicação/ publicado em novembro de 2012.
Contratante	Gestor Estadual – Secretaria Estadual da Saúde.
Objeto	Estabelecer relações entre as partes para prestação de serviços assistenciais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, pela integração da contratada à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema, na forma do Plano Operativo Anual (POA), Anexo I, que nesta se integra como se transcrito fosse, bem como a cooperação mútua entre a SESAB e a UFBA definindo os compromissos recíprocos de apoio à gestão compartilhada do HUPES/SESAB.
Obrigações da Contratada	Além das obrigações legais do instrumento obrigar- se a: Executar os serviços deste contrato com as especificações ou norma exigidas.
Obrigações da Contratante	I- Disponibilizar por meio de acordos entre entes públicos MS/FNS, os recursos mensais. II- Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços ajustados. III- Estabelecer mecanismo de oferta e demanda de ações e serviços de saúde. IV- Analisar os relatórios elaborados pelo Hospital, comparando-se as metas do Plano operativo, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.
Remuneração	R\$ 1.521.816,71 mensais para cumprimento de procedimentos de Média Complexidade que somado a: SI A = R\$ 743.381,76 + SIH = R\$ 778.434,95 = R\$ 1.521.816,71 FIDEPS = R\$ 254.804,00 + IAC = R\$ 128.555,89 + Incentivo Portaria n. 2366/12 R\$ 700.000,00 + Reforço de manutenção R\$ 152.295,83 + Incentivo Port. 1929/2010 = R\$ 142.259,84 + Incentivo a Port. 2.647/09 = R\$ 5.402,51 TOTAL de incentivo = R\$ 1.383.318,07 Pré pago totalizado = R\$ 2.905.134,21

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Salvador, 20 de março de 2014

Ilmo Prof. Dr. Moyses Sadigursky
Diretor Geral "Pro-tempore" do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos

Senhor Diretor,

Venho à presença de V.Sa. solicitar autorização para a coleta de dados referentes ao contrato de gestão – contratualização, inserido no hospital desde 2005.

Esta etapa faz parte da pesquisa que estou desenvolvendo, sob orientação da Prof. Dra. Cristina Maria de Meira Melo, o projeto de dissertação intitulado: *ANÁLISE DOS RESULTADOS DO CONTRATO DE GESTÃO – ESTUDO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL*. Trata-se de uma pesquisa documental, utilizando a apreciação normativa com o objetivo geral de analisar os resultados dos contratos de gestão no hospital universitário federal.

Um dos critérios de elegibilidade para o tema é a minha aproximação com essa modalidade de gestão desde a implantação, e à escassez de publicação sobre o tema, o que aguçou o interesse em aprofundar o estudo visando conhecer o processo de inserção desta nova forma de gestão, denominada contratualização, sob a chancela do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, nos hospitais universitários federais, e buscar conhecer mesmo que num caso singular, os resultados do contrato deste novo modelo de gestão, assegurado pelos diversos governos brasileiros como o modo de reorientar e reformular a política dos hospitais de ensino do MEC, de melhorar o desempenho dos hospitais universitários federais.

Optei por desenvolver o estudo no Hospital Complexo HUPES, considerando que este foi o primeiro hospital universitário do Brasil, o primeiro a ser contratualizado na Bahia, sobretudo a reconhecida eficácia desta organização no ensino, na pesquisa, seus processos gerenciais, e a contribuição das ações desta organização para comunidade.

featuring
em 21/4/14

A estratégia para coleta de dados será mediante levantamento dos dados nos contratos, planos operatórios, relatórios, portarias interministeriais e demais documentos oficiais.

Estarei inserindo o projeto na Plataforma Brasil e submetendo-o ao Comitê de Ética do Complexo-HUPES, apesar de não ser uma pesquisa que envolva dados com manipulação ou informação diretamente relacionada com seres humanos.

Certa de contar com a colaboração de V.Sa. agradeço e me coloco a disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,



Enfa. Valdira Gonzaga Rodrigues

Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - UFBA

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA - HUPES</p>	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS RESULTADOS DO CONTRATO DE GESTÃO: ESTUDO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Pesquisador: Valdira Gonzaga Rodrigues

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33350614.4.0000.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 796.157

Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa documental, utilizando a apreciação normativa. Será um estudo de caso único. A coleta de dados para a análise será realizada com base nos documentos ministeriais e instrumentos legais tais como: os contratos de gestão firmados entre fevereiro de 2005 e dezembro de 2013; planos operativos anuais (POA); relatórios anuais da contratualização; atas de reuniões da comissão de contratualização; relatórios de auditorias dos órgãos controladores; relatórios de gestão e outros identificados como de interesse durante coleta. A interpretação desses dados será mediante à luz do conceito elaborado em oficina para a construção do contexto. E categorização através dos indicadores selecionados, correlacionando-os às respectivas dimensões e submetidos à comparação junto às normas estabelecidas, associado às informações encontradas nos demais documentos. O estudo será elaborado em 07 etapas, listadas a seguir:

Etapa 1: construção do contexto: documentos oficiais e mídia impressa (sobre a crise dos HUF e as medidas políticas e institucionais na implantação do contrato de gestão);

Etapa 2: seleção pela autora de indicadores existentes no POA e contrato mais sensíveis, para produzir informações sobre os resultados do contrato de gestão, devido ao grande número, a partir do perfil do hospital e das designações emanadas da Portaria nº 1006/2004;

Etapa 3: elaborar perguntas correlacionadas com as dimensões estabelecidas na Portaria

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar		CEP: 40.110-060
Bairro: Canela		
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140	E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 PROF. EDGARD SANTOS-
 UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 796.157

nº1006/2004;

Etapa 4: definir normas e correlacionar às perguntas para amparar a análise dos dados;

Etapa 5: tabulação dos dados em uma planilha no programa excel para interpretação dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os resultados do contrato de gestão do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos- Universidade Federal da Bahia/UFBA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não se aplica

Benefícios:

- Possibilitar a reflexão sobre a contratualização dos hospitais públicos universitários inseridos no SUS, depois de decorrida quase uma década da utilização de contrato de metas, e em face da complexidade dessas organizações.

- Poderá fornecer informações os dirigentes dos hospitais universitários e os profissionais que trabalham na gestão dos contratos, contribuindo para o aprimoramento da gestão.

- Considerando-se que a sociedade não pode permanecer à parte do processo de mudanças das políticas sociais, e que o usuário é parte desse processo, o tema pesquisado também poderá contribuir para difundir o conhecimento àqueles que desejam exercer seus direitos e consolidar compromissos entre Estado e cidadão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos considerados obrigatórios para desenvolvimento do estudo.

Recomendações:

Vide conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores realizaram as adequações apontadas pelo CEP, visando atender às determinações da RDC/CNS nº 486/12.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 796.157

SALVADOR, 18 de Setembro de 2014

Assinado por:

NEY CRISTIAN AMARAL BOA SORTE
 (Coordenador)