



**CÉSAR AUGUSTO NEVES**

**PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E  
CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS  
NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DOS EIXOS DE ASSISTÊNCIA,  
GESTÃO E FINANCIAMENTO**

**LAVRAS-MG  
2017**

**CÉSAR AUGUSTO NEVES**

**PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DOS EIXOS DE ASSISTÊNCIA,  
GESTÃO E FINANCIAMENTO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora:  
Dra. Patrícia Aparecida Ferreira

**LAVRAS-MG  
2017**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA,  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Neves, César Augusto.

Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais  
Filantrópicos no SUS: uma avaliação dos eixos de assistência, gestão  
e financiamento / César Augusto Neves. - 2017.

159 p.

Orientador(a): Patrícia Aparecida Ferreira.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de  
Lavras, 2017.

Bibliografia.

1. Atenção Hospitalar. 2. Contratualização. 3. Hospitais  
Filantrópicos. I. Ferreira, Patrícia Aparecida. . II. Título.

**CÉSAR AUGUSTO NEVES**

**PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS NO SUS: UMA AVALIAÇÃO DOS EIXOS DE ASSISTÊNCIA,  
GESTÃO E FINANCIAMENTO  
THE RESTRUCTURING AND CONTRACTING NON-PROFIT HOSPITALS  
PROGRAMME WITHIN THE SUS: AN ASSESSMENT OF HEALTHCARE,  
MANAGEMENT AND FINANCING DIMENSIONS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 31 de março de 2017  
Dr. Dany Flávio Tonelli – UFLA  
Dr. Luiz Antônio Staub Mafra – UNIFAL

Orientadora:  
Dra. Patrícia Aparecida Ferreira

**LAVRAS-MG  
2017**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, em especial os meus pais, Rosilene e Álvaro, pela base sólida, pelo amor, pelos exemplos e pelo entendimento e atenção nos momentos mais difíceis, e o Thiago, pela compreensão, companheirismo e amor incondicional.

Aos professores e demais profissionais da educação que me acompanharam ao longo desta minha jornada de busca do conhecimento, da infância ao estágio atual, em especial os professores do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal de Lavras – UFLA.

Aos membros da minha banca de defesa, Prof. Dr. Dany Flávio Tonelli e Prof. Dr. Luiz Antônio Staub Mafra, pelas inestimáveis contribuições, e, em especial, minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Aparecida Ferreira, por todo o acompanhamento ao longo dos últimos anos, pelas críticas, sugestões e direcionamentos, por mostrar o meu papel e meus limites enquanto pesquisador e pela compreensão diante de minhas dificuldades e desvios nos planejamentos realizados.

Aos colegas da turma do mestrado e do meu trabalho, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – *Campus* São João del-Rei, pelo companheirismo, pelo apoio, pela solidariedade em momentos de dúvidas e angústias, e pelas contribuições ao meu conhecimento.

Aos participantes desta pesquisa, por serem essenciais no resultado apresentado, pelo tempo e dedicação disponibilizados e pela possibilidade de aprendizado, reflexão e ação que proporcionaram com suas experiências.

## RESUMO

Este trabalho busca analisar a Política Nacional de Atenção Hospitalar, enfocando o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do SUS. Este programa é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, em 2005, visando alterar as regras contratuais entre estes estabelecimentos de saúde e os governos locais. O modelo de financiamento tradicional, de pagamento por procedimento através da tabela do SUS, é transformado em um contrato misto, onde os pagamentos são realizados mediante cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. São objetivos deste programa amenizar os problemas financeiros que estes hospitais enfrentam e melhorar a qualidade da assistência e da gestão. Esta pesquisa, através de estudo de caso em dois estabelecimentos de saúde contratualizados, levanta e analisa dados quantitativos e qualitativos que permitam identificar impactos, avanços, lacunas e problemas deste programa. As principais constatações da avaliação realizada são: descumprimento das regras do programa por parte da Comissão de Acompanhamento do contrato, dificultando que surjam os resultados esperados; melhoria na assistência e na gestão hospitalar desde a adesão ao programa, mas não é possível afirmar que seja consequência direta deste; o novo modelo contratual é mais satisfatório em termos de financiamento, mas ainda não resolve o problema; e falta de comunicação, transparência, controle e participação social no processo.

**Palavras-chave:** SUS, Atenção Hospitalar, Contratualização, Hospitais Filantrópicos, New Public Management.

## ABSTRACT

This paper aims at analysing the National Hospital Care Policy and focuses on the Restructuring and Contracting Non-profit Hospitals Programme within the Brazilian Unified Health System (SUS). The Ministry of Health adopted that strategy in 2005 in order to change contract rules between non-profit healthcare providers and local administrations. The traditional funding model (pay-per-procedure according to a SUS fees framework) was replaced by mixed contracts in which payments are made as quantity and quality targets are met. The programme aims at mitigating financial problems non-profit hospitals face, and at improving healthcare and management quality. Through case studies of two contracted healthcare providers, this research gathered and analysed quantitative and qualitative data that allowed us to identify the impacts, achievements, gaps and problems of the programme. The main findings of the assessment are: non-compliance with programme rules by the Contract Monitoring Committee, making it harder to achieve the expected results; improvement in hospital care and management ever since foundations adhered to the programme, although it is not possible to affirm that one is a direct consequence of the other; the new contract model is more satisfactory in terms of finance, but it still does not solve the problems; and lack of communication, transparency, controlling and social participation in the process.

**Keywords:** SUS, hospital care, contract, non-profit providers, new public management.

## SUMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1	Objetivo Geral .....	12
1.2	Objetivos Específicos .....	12
1.3	Justificativas .....	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1	Políticas Públicas .....	15
2.1.1	Ciclo de Políticas Públicas .....	21
2.1.2	Instrumentos de Implementação de Políticas Públicas .....	26
2.2	A Reforma Gerencial do Estado .....	28
2.3	O SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar .....	34
2.3.1	Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos .....	43
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>56</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
4.1	A Rede de Atenção à Saúde .....	60
4.2	Eixo: Assistência à Saúde .....	65
4.3	Eixo: Gestão .....	84
4.4	Eixo: Financiamento .....	98
4.5	Os implementadores .....	112
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>124</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas</b> .....	<b>133</b>
	<b>ANEXO A – Contrato dos Hospitais</b> .....	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu a saúde pública como direito de todos e dever do Estado. O que antes era uma prestação de serviços fragmentada e excluyente passou a integrar uma estrutura única e descentralizada, de assistência integral e universal.

Em um país extenso e populoso como o Brasil, garantir este direito a todos, gerir e financiar todas estas ações exige grandes esforços e dispêndios. Nestes mais de vinte e cinco anos de existência do SUS – Sistema Único de Saúde – tivemos diversas outras leis e normativas que constantemente vêm aprimorando-o, mas a qualidade do atendimento ainda é questionável e o crônico problema do financiamento está longe de uma solução (QUINTELLA, 2007; SILVA, 1996; BARBOSA e ELIAS, 2010).

A defesa dos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade do serviço de saúde, para a construção de uma cidadania plena e efetiva, contrasta com a problemática do financiamento. O processo de construção e aprimoramento do SUS desenvolve-se sobre esse “cabo de guerra”, opondo a visão sistêmica, integral e integradora com a visão economicista, contábil-financeira, que busca a racionalidade de gastos como forma de equilíbrio. “Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS” (QUINTELLA, 2007, p. 22).

Na busca do fortalecimento da integralidade da assistência e de uma melhor inter-relação entre os diversos segmentos (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária), o Ministério da Saúde lançou, em 2010, a Portaria nº 4.279, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. O governo propôs adotar novas posturas diante de algumas dificuldades enfrentadas, tais como as lacunas assistenciais, o financiamento insuficiente e fragmentado, a baixa eficiência no emprego dos recursos, a configuração inadequada do modelo de atenção (incompatibilidade entre oferta de serviços e a real necessidade da população), a precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política de saúde pública, a pulverização dos serviços nos municípios e a pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde, especialmente, na Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde estava fundamentado em ações curativas, as quais se mostraram insuficientes para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentáveis para os

enfrentamentos futuros. Esta mudança de visão em relação à assistência, da cura à prevenção, não é nova e de alguma forma tem sido abordada desde as primeiras legislações e políticas públicas de saúde. A Portaria 4.279/10 apenas condensa este debate e propõe ações objetivas para concretizar a mudança, fortalecendo a integração e a integralidade da assistência ao agrupar ações a partir da atenção básica, sendo esta o centro e a coordenadora de todo o processo, em contraste com o antigo sistema de saúde que era basicamente centrado nos hospitais (BRASIL, 2010; QUINTELLA, 2007; SILVA, 1996; BARBOSA e ELIAS, 2010).

Apesar da grande importância destinada à Atenção Primária à Saúde (APS), foi reconhecida também a necessidade de complementaridade: “os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos” (BRASIL, 2010). O atendimento hospitalar passou a ser compreendido, portanto, como um nível secundário e de apoio no atendimento à saúde integral dos cidadãos. Temos assim um rompimento conceitual entre a importância antes destinada a estes estabelecimentos (de centralidade) para uma visão mais restritiva (apoio apenas quando a APS tem suas capacidades esgotadas) (QUINTELLA, 2007; SILVA, 1996; BARBOSA e ELIAS, 2010; COUTTOLENC, 2009). Contudo, “é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de atenção à saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.8).

O Estado é historicamente frágil na prestação de serviços hospitalares e de diagnóstico e nunca conseguiu assumir toda a assistência (QUINTELLA, 2007). Como alternativa a esta deficiência de estrutura, a Constituição Federal permite, em seu art. 199, que a iniciativa privada possa participar desta prestação de serviços de forma complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos.

É neste cenário que se inserem os hospitais filantrópicos. Com origem ainda no período da colonização do país, estas organizações sempre tiveram como objetivo atender às pessoas carentes e necessitadas de serviços básicos de saúde que o Estado não garantia. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os hospitais considerados filantrópicos, correspondem a 1/4 das unidades hospitalares e da disponibilidade de leitos do SUS. Percebe-se também a significativa concentração destas casas de caridade em cidades do interior, sendo, para a maioria desses municípios, a única referência (BARBOSA,

2003; 2004).

O Estado utiliza-se das organizações sem fins lucrativos como saída para as suas responsabilidades sociais nunca antes assumidas, instituindo a subsidiariedade como instrumento para a garantia destes direitos. Como agravo, “(...) o per capita repassado para ‘pagar’ serviços prestados pelas organizações sem fins lucrativos é insignificante, mesmo que a ele se juntem benefícios fiscais e outras formas de redução de gastos para as instituições sociais, cujo montante não completa o valor e nem afiança a qualidade à atenção” (MESTRINER, 2008, p. 18).

As instituições não-governamentais são um conjunto heterogêneo, com motivações, valores, perfil dos integrantes, formas de atuação e de organização diversos. Recebem recursos de variadas fontes e constituem-se em um expressivo mercado de trabalho. Na área de saúde, em específico, o interesse religioso sempre esteve presente. As casas de misericórdia, braços doutrinários da Igreja Católica, foram as precursoras da forma organizada de assistência no Brasil, auxiliando os excluídos da sociedade. Hoje são os hospitais das Santas Casas de Misericórdia, das confrarias e de outras instituições religiosas a maioria dentre os estabelecimentos de saúde filantrópicos (MESTRINER, 2008). “Este campo do terceiro setor é, sem dúvida, o mais carregado de complexidade e contradição, visto a longa história de vinculação ideológica e comprometimento político-religioso acumulados e o marco legal ultrapassado que ainda o rege” (MESTRINER, 2008, p. 39).

Na parceria que se dá entre as duas partes é dever da unidade hospitalar prestar os serviços contratados e administrar as despesas oriundas destes, enquanto cabe ao Estado regular e financiar estas ações. Esta relação contratual normalmente se resumia em transferências financeiras para pagar procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares. Esta lógica de pagamento por produção foi quebrada com a criação, em 2005, do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 1.721/2005), nos moldes do que foi adotado junto aos hospitais de ensino e aos de pequeno porte desde 2003 (COUTTOLENC, 2009; CAVALCANTE, 2012). “O estágio vivido hoje no Sistema Único de Saúde – SUS, no tocante à relação contratual com os diversos tipos de hospitais que compõem a rede de atenção, é sem dúvida alguma decorrente de um processo longo e gradual de debates e avanços no marco legal norteador” (QUINTELLA, 2007, p. 4).

Assim como em todo o sistema de saúde, o financiamento é uma das principais fontes

de problemas desta política pública e acaba influenciando na implementação e nos resultados de todos os demais eixos de ação. Para os hospitais, por exemplo, o subfinanciamento é visível e incessantemente debatido entre as principais instituições representativas das partes. Esta política de subfinanciamento, transferindo aos hospitais valores abaixo dos custos necessários para a prestação dos serviços contratados, geram preocupantes crises financeiras nestes estabelecimentos (COUTTOLENC, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; SPIGOLON, 2013). Além dos problemas relacionados ao subfinanciamento, há outros fatores que ajudam a aprofundar esta crise e prejudicar o funcionamento de todo o sistema de saúde. A crise não é apenas de falta de dinheiro, mas também uma crise do modelo de atenção e de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

O objetivo da iniciativa do Governo Federal, então, conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 1.721/2005, é “(...) buscar alternativas de apoio gerencial que favoreçam o saneamento dessas instituições, dentro das prerrogativas e princípios do Sistema Único de Saúde.” Seria, portanto, uma tentativa de reformulação do setor hospitalar filantrópico, que atravessava uma crise “(...) determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, bem como ao processo de inserção no sistema locorregional de saúde” (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 1.721/05, que criou o programa, foi revogada e aprimorada pela Portaria nº 3.410/13. Esta alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, criada em 2013, que prevê uma melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade desta assistência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar, tendo o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS como um de seus principais instrumentos, estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e gestão da força de trabalho, no financiamento, na contratualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão. Está também interligada às Políticas Nacionais de Regulação, de Atenção Básica, de Atenção à Urgência, de Humanização, dentre outras (BRASIL, 2013a).

Portanto, os problemas financeiros, a busca da qualidade e da eficiência gerencial, as relações intergestores, o sistema de assistência à saúde e as regras do SUS fazem da implementação deste programa um processo complexo e potencialmente conflituoso, com possíveis contradições e desvios ao objetivo inicial. Assim, insere-se o problema que orienta a

realização desta pesquisa: como tem sido implementado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em dois estabelecimentos de saúde?

### **1.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar em dois estabelecimentos de saúde, sob a ótica dos implementadores, tendo como referência o Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS em seus três eixos estruturantes: financiamento, assistência e gestão.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

São objetivos específicos desta pesquisa:

- 1) Contextualizar o programa em análise, identificando suas origens através das transformações que a administração pública tem sofrido nos últimos anos, em particular a Reforma Gerencial do Estado;
- 2) Comparar o processo de implementação do Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS, em seus três eixos estruturantes (financiamento, assistência e gestão), em dois estabelecimentos de saúde, com os objetivos e as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar;
- 3) Avaliar o papel dos implementadores locais do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em dois estabelecimentos de saúde.

### **1.3 JUSTIFICATIVAS**

O setor hospitalar filantrópico possui um papel estratégico para o SUS, sendo, muitas vezes, o único prestador de serviços hospitalares em municípios do interior, e também como prestadores de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (BARBOSA, 2003). “À consideração da importância e da penetração do parque hospitalar filantrópico no país, contrapõe-se a fragilidade econômica e gerencial de parte significativa desse parque, ameaçando a sua sobrevivência” (BARBOSA, 2004, p. 817). É emergente, portanto, a necessidade de mudanças na atenção hospitalar brasileira visando

melhorias na assistência, na gestão e no financiamento.

A iniciativa do Ministério da Saúde, em 2005, de instituir um programa para tentar solucionar ou amenizar as dificuldades enfrentadas por estes estabelecimentos de saúde, bem como melhorar a qualidade de sua assistência aos cidadãos, é considerável e precisa ser melhor estudada. Tanto os hospitais filantrópicos quanto os governos das três esferas carecem de maiores informações sobre o desenvolvimento destas ações implementadas. A ideia inicial do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde é, ao mesmo tempo, resolver o problema financeiro dos hospitais e melhorar a assistência. São pertinentes, portanto, iniciativas que proponham resolver estes dois grandes problemas da saúde pública brasileira. Contudo, precisamos analisar a forma como estes objetivos têm sido concebidos e como as intervenções têm sido planejadas, executadas e controladas.

Segundo dados constantes no sistema online de tabulação do Ministério da Saúde ([tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)) havia 5.104 hospitais gerais cadastrados no CNES em outubro de 2015. Destes, 4.058 (79,51%) prestam serviços ao SUS, 2.073 (40,62%) são públicos, 1.275 (24,98%) são filantrópicos, 1.753 (34,35%) são privados e 3 (0,06%) são administrados por sindicatos. Dos 1.275 hospitais filantrópicos vinculados ao SUS, apenas 714 (56%) eram contratualizados. Observa-se neste período, que quase metade dos hospitais filantrópicos ainda trabalhavam com o antigo modelo contratual, onde ao hospital cabia apenas executar os serviços e ao governo pagá-los individualmente. Desta forma, torna-se necessário realizar pesquisas mais aprofundadas sobre o assunto, avaliando os pontos positivos e negativos do novo modelo proposto. A partir da identificação de possíveis benefícios tanto para os hospitais e para o governo quanto para os cidadãos, pode-se incentivar novas adesões. Caso os resultados sejam mais negativos pode-se incentivar alterações na normatização ou nos procedimentos para posteriormente gerar novas adesões.

Cabe constar também que a análise dos resultados permitirá a identificação das mudanças implementadas pela inserção do programa na Política Nacional de Atendimento Hospitalar em 2013, absorvendo outros objetivos, como a maior integração na rede de saúde e com as demais políticas prioritárias do SUS, propiciando assim uma avaliação mais ampla do objeto de pesquisa diante das necessidades e dificuldades enfrentadas pela saúde pública brasileira.

Esta pesquisa busca satisfazer a carência de estudos empíricos aprofundados sobre este

programa. Com doze anos de implementação, estamos diante de um objeto de estudo incipiente e em constante alteração normativa, mas que potencialmente e de forma imediata pode alterar as relações entre os atores envolvidos (Estado, Sociedade e hospitais filantrópicos) e a forma de executar o atendimento aos pacientes. Há, portanto, uma demanda prática da própria política pública de saúde como um todo para entender e aprimorar este segmento da rede de atenção à saúde, assim como há uma importância teórica da pesquisa devido à sua potencial contribuição para a construção do conhecimento nas áreas de administração pública, políticas públicas e saúde pública. O estudo de caso em dois estabelecimentos de saúde, apesar de não permitir a generalização dos resultados, indica um norte nos debates e fornece importantes subsídios para posteriores trabalhos complementares ou mais abrangentes.

Além da importância acadêmica e prática da pesquisa, podemos identificar sua pertinência em termos institucionais e sociais. Serão analisados aspectos organizacionais dos hospitais filantrópicos, a gestão e o comprometimento com seus fins estatutários e com a qualidade dos serviços prestados. As discussões sobre assistência à saúde e reformas administrativas podem contribuir para o aprimoramento destes estabelecimentos (instituições que são predominantemente antigas e tradicionalistas). Em termos sociais, são pertinentes pesquisas que contribuam para a melhoria do sistema de saúde pública brasileiro, diante de sua importância e essencialidade para a maioria da população e para o bem-estar geral da sociedade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O embasamento teórico desta pesquisa dar-se-á em três etapas. Primeiramente discutiremos os conceitos e os entendimentos sobre políticas públicas enquanto meio de ação do Estado na busca do interesse público, da resolução dos problemas e da satisfação das demandas sociais. Posteriormente, procuraremos captar o contexto de formulação e implementação do programa em análise, identificando suas origens através das transformações que a administração pública tem sofrido nos últimos anos, em especial a Reforma Gerencial do Estado. É preciso entender a inspiração por trás do novo modelo de contratação de serviços hospitalares e o porquê da nova forma adotada. Por último, apresentaremos sucintamente a história da saúde pública no país, analisando o processo de formação do SUS, da relação público-privada e o financiamento da assistência e, com maior destaque, abordaremos a Política Nacional de Atenção Hospitalar, enfocando o Programa de Reestruturação e Contratualização desenvolvido junto aos hospitais filantrópicos. Abordaremos seus marcos normativos, suas regras, as características gerais dos atores envolvidos, o contexto em que estão inseridos, os primeiros e escassos estudos empíricos realizados, a autoavaliação realizada pelo Ministério da Saúde e os avanços e as limitações já identificadas. O fio condutor deste referencial teórico será o instrumento de implementação da política pública adotado – o contrato de metas –, identificando seu conceito e sua importância nas teorias de políticas públicas (seção 1), seu embasamento ideológico a partir dos valores do Estado (seção 2) e sua aplicação dentro do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (seção 3).

### **2.1 Políticas Públicas**

As políticas públicas são geralmente definidas como a ação concreta do Estado, ou o “Estado em ação”. Entretanto, há ainda muitas discordâncias de conceitos e explicações entre os grandes estudiosos da área e nenhuma definição consensual nos está disponível (SOUZA, 2006). De forma mais abrangente, podemos definir as políticas públicas como “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006). Contudo, para melhor entender a constituição

desta definição, cabe um breve resgate histórico das discussões relativas às políticas públicas.

A análise das ações dos governos surge nos Estados Unidos no final do século XIX com Woodrow Wilson, o qual seria futuro presidente deste país. Política pública e administração pública seriam sinônimos, já que se preocupava apenas com os produtos da ação dos governos. O desenvolvimento americano do campo de estudos diverge da concepção europeia de administração pública, mais voltada ao estudo das relações entre Estado e suas instituições (BARCELOS, 2013).

Uma das preocupações de Wilson era profissionalizar esta administração pública e separar administração e política para reduzir o nepotismo e os favorecimentos. Diversas teorias e modelos da administração privada foram adaptadas ao serviço público. Esta influência imprimiu um forte teor positivista ao estudo de políticas públicas, tendência que permaneceu hegemônica em boa parte do século XX. “Eram comuns, tanto no meio acadêmico quanto na mídia, afirmações de que o tratamento a problemas sociais seria muito mais uma questão de escolher as estratégias corretas de política pública do que uma questão política” (BARCELOS, 2013, p. 147). Pretendia-se, portanto, apresentar modelos racionais, construídos cientificamente, que explicassem melhor os resultados das ações governamentais e possibilitassem aos tomadores de decisões um maior poder de previsão no momento de suas escolhas. É neste contexto que surgem os primeiros pesquisadores e estudiosos, considerados os pais das políticas públicas (BARCELOS, 2013).

O primeiro deles, Lasswell, nos anos 1930, introduz as discussões sobre a ciência das políticas públicas e a análise destas. Este novo campo do conhecimento seria multidisciplinar, ou seja, ferramentas analíticas de diversas áreas contribuiriam para a construção de um modelo que proporcionasse racionalidade e inteligência nas decisões públicas e nas ações governamentais. As contribuições de sociólogos, psicólogos e economistas, dentre outros profissionais e estudiosos, possibilitariam um maior aprofundamento na compreensão dos fenômenos sociais e na resolutividade dos problemas enfrentados pela sociedade. Entretanto, diante da orientação positivista, independente do campo do conhecimento abraçado pela teoria de Lasswell, os métodos quantitativos predominavam. Para que as explicações fossem consideradas científicas, generalizáveis e com poder de previsão de resultados e de consequências das escolhas, adotaram-se métodos estatísticos e matemáticos (BARCELOS, 2013; SOUZA, 2006).

Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos. Esta

limitação, devido às informações incompletas ou imperfeitas, o tempo escasso para a tomada de decisões ou os autointeresses, poderia ser minimizada através do conhecimento racional e a criação de estruturas (regras e incentivos) que modelassem os comportamentos dos decisores em direção aos resultados desejados e ao interesse público. Lindblom questionou esta ênfase no racionalismo e introduziu nas discussões questões como as relações de poder entre as burocracias, os partidos e os grupos de interesse e a integração entre as diferentes fases do processo decisório. Easton definiu “políticas públicas” como um sistema integrado ao ambiente e aprofundou o debate sobre a influência dos *inputs* (dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse) na formulação, nos resultados e nos efeitos das políticas públicas (SOUZA, 2006).

Dos anos 30 até os anos 70 do século passado, predominou-se a noção de que as políticas públicas seriam produzidas pelo Estado a partir das demandas da sociedade. Este é o modelo clássico de *inputs* (demandas sociais) e *outputs* (políticas públicas) sintetizado e aprimorado por Easton. Caberia aos pesquisadores, portanto, aumentar a racionalidade neste fluxo de tomada de decisão (BARCELOS, 2013).

Com o passar do tempo estas propostas positivistas começaram a ser questionadas e suas limitações ficaram cada vez mais claras. A partir dos anos 1970, a ideia da tomada de decisão como um ato racional de escolha da melhor alternativa para a resolução de um problema não é mais bem aceita na academia. Debates sobre o papel das instituições, os conflitos de interesse da ampla diversidade de atores, as disputas de poder e os fatores subjetivos como discursos, símbolos, crenças e valores passam a dominar as novas teorias propostas. Além disso, passou-se a entender que os processos políticos são tão complexos que seus resultados são quase imprevisíveis. Novas ferramentas analíticas precisariam ser desenvolvidas e testadas (BARCELOS, 2013). Até mesmo a noção de problema a ser resolvido passa a ser questionada. “Os problemas não são autoevidentes. Não estão dados, são construídos. É preciso considerar o processo através do qual as pessoas definem algo como um problema” (KINGDON, 2011, p. 90 *apud* BARCELOS, 2013, p. 150).

Para entender as políticas públicas é preciso entender o papel do Estado neste processo. A visão positivista das primeiras teorias, que indicavam o governo como um receptor de *inputs* e gerador de *outputs* através de escolhas racionais das melhores alternativas disponíveis para um bem comum, é substituída por uma perspectiva mais crítica. Os debates vão desde as concepções de que os Estados apenas refletem as pressões dos grupos

de interesses até as que o identificam o Estado como representante das elites políticas e econômicas, subordinando todas as suas ações a seus interesses. Souza (2006) defende que no mundo moderno há certa “autonomia relativa do Estado”, tendo ele um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas.

Apesar do reconhecimento de que outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo, e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada. Visões menos ideologizadas defendem que, apesar da existência de limitações e constrangimentos, estes não inibem a capacidade das instituições governamentais de governar a sociedade, apesar de tornar a atividade de governar e de formular políticas públicas mais complexa (SOUZA, 2006, p. 27).

Fonseca (2013) critica a visão tradicional de políticas públicas como um *output* neutro e consensual, que não considera seus conflitos, sua abrangência e seus limites. O autor expõe algumas grandes limitações que o Estado brasileiro enfrenta para formular e implementar políticas públicas transformadoras: o modelo de acumulação capitalista, os constrangimentos advindos do sistema político vigente, os vetos impostos pela grande mídia enquanto ator político e ideológico (e representante das elites econômicas) e outras questões conjunturais.

Claus Offe (1984) também identifica esta limitação diante das condicionantes estabelecidas pelo modelo de acumulação capitalista à atuação do Estado:

a) A privatização da produção: o poder público está estruturalmente impedido de organizar a produção material segundo seus próprios critérios ‘políticos’. [...] b) Dependência dos impostos: o poder público depende, indiretamente, através de mecanismos do sistema tributário, do volume da acumulação privada. [...] c) A acumulação como ponto de referência: como o poder estatal depende do processo de acumulação capitalista, sem ser ele mesmo capaz de organizar este processo, o interesse supremo e mais geral dos detentores do poder do Estado consiste em manter as condições de exteriorização de seu poder através da constituição de condições políticas que favoreçam o processo privado de acumulação. [...] d) A legitimação democrática: [...] O exercício do poder através dos mecanismos democrático-representativos da formação das vontades e da regulamentação dos conflitos tem o sentido, no contexto do Estado constitucional burguês, de assegurar de forma politicamente duradoura – e não somente através de preceitos constitucionais – a delimitação da esfera privada e da esfera de liberdade econômica, de forma a defender essa esfera de liberdade de possíveis intrusões por parte do Estado (OFFE, 1984, p. 124-125).

Vivemos, portanto, em uma realidade complexa e cujos relacionamentos entre os

diferentes atores e grupos de interesses afetam as decisões e as ações governamentais. Apesar das limitações impostas, há no Estado algum espaço de manobra e de oportunidade para a defesa do interesse público e o atendimento às demandas sociais. Diante de tantas restrições, inclusive orçamentárias, cabem aos estudiosos desenvolverem novas estratégias e teorias para explicar e induzir a transformação social a partir das políticas públicas. “[...] Vontade política, mobilização social, investimento público (orçamentário, de pessoal, legal e logístico) e regulação estatal – elementos constitutivos das ‘políticas públicas’ – são fundamentais à reversão de situações de desigualdade” (FONSECA, 2013, p. 406).

Diante do exposto, consideramos neste trabalho a definição de políticas públicas proposta por Fonseca (2013), que as entende como um processo de decisão política que:

[...] se materializa em objetivos com resultados esperáveis, normalmente vinculados à transformação de uma dada realidade, com vetores distintos, e que envolvem: a) técnicos estatais e não governamentais, burocratas e políticos (tomadores de decisão); b) atores distintos (com “recursos de poder” assimétricos), cenários e conjunturas (por vezes voláteis); c) capacidade e viabilidade de o Estado disponibilizar recursos orçamentários, humanos, legais e logísticos; d) mecanismos de mensuração dos resultados. (FONSECA, 2013)

### **2.1.1 Ciclo de Políticas Públicas**

Um dos principais e mais populares modelos de explicação e análise de políticas públicas difundidos é o denominado de “Ciclo de Políticas Públicas”, de Laswell e Jones (1936), que entende a ação governamental como processual. Há um início e um fim bem delimitados e cada fase pode ser estudada e avaliada separadamente (DEUBEL, 2008; SOUZA, 2006). “Cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como um ponto de veto” (SOUZA, 2006, p. 30).

Ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o policy cycle acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública. As várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase (FREY, 2000, p. 226)

A visão fragmentada do ciclo de política pública tem sido objeto de muitas críticas. A teoria do ciclo de políticas públicas “pode ser invocada para fins mais pedagógicos do que propriamente reais, uma vez que a realidade não apenas é mais complexa do que faz supor

estas etapas, como também mais ‘confusa’ – à luz da perspectiva de C. Lindblom” (FONSECA, 2013, p. 406). Lindblom entendia que as políticas públicas não surgem ou se desenvolvem de forma bem delimitada. As políticas não são revolucionárias e sim aprimoramentos de ações já em implementação. Não há um ponto zero de partida e nem um fim bem definido. Normalmente as etapas ocorrem ao mesmo tempo ou em ordem diferente e, especializar a análise em apenas uma das etapas acaba limitando a visão da política em seu conjunto. Muitos analistas consideram que o marco sequencial já cumpriu seu ciclo de vida e que deveria ser substituído por melhores teorias (DEUBEL, 2008).

Entretanto, não podemos desconsiderar a importância do ciclo para o desenvolvimento dos estudos posteriores e a clareza e facilidade que proporciona aos estudiosos e analistas de políticas públicas na formulação de suas teorias e avaliações (FREY, 2000).

A tabela abaixo apresenta as etapas do ciclo e suas particularidades.

Tabela 1 – Ciclo de políticas públicas: atividades e atores principais.

FASE	FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV	FASE V
	Identificação e institucionalização de um problema	Formulação de soluções e ações	Tomada de decisões	Implementação	Avaliação
ATIVIDADES	Valores, acontecimentos, interesses, demandas e agenda pública.	Elaboração e valoração de respostas, seleção de critérios.	Encontrar uma coalizão majoritária, legitimação.	Execução, gestão, efeitos concretos.	Reações, juízo sobre os efeitos, medição, valoração, propostas de reajustes. Mídia, acadêmicos, administração pública, responsáveis políticos, organizações políticas e sociais, grêmios, afetados, ONGs, etc.
ATORES	Partidos, movimentos sociais, grêmios, mídia, políticos, administração pública, ONGs, etc.	Congresso e câmaras legislativas, grêmios, administração pública, organizações políticas e sociais, ONGs, etc.	Congresso e câmaras legislativas, presidente, ministros, governadores, prefeitos, prefeitos.	Administração pública, ONGs, empresas privadas, etc.	

Fonte: adaptado de Deubel (2008).

Ao partirmos do pressuposto de que as políticas públicas seguem um ciclo com etapas identificáveis e que se organizam como um fluxo contínuo, devemos entender a formação da

agenda como o primeiro passo deste processo. Trata-se de identificar os problemas que a sociedade enfrenta e que merecem atenção do Estado enquanto mantenedor da ordem e da justiça social e promotor do desenvolvimento humano e social. As correntes de pensamento mais ortodoxas e positivistas acreditam que este processo de identificação de demandas e de soluções para os problemas acontecem de forma racional, onde os políticos eleitos ouvem a sociedade e os grupos de interesse e, diante de todas as informações necessárias e de todas as possibilidades existentes, decidem pela alternativa mais eficiente, eficaz e efetiva, a partir das projeções e de um planejamento minucioso de todos os insumos, processos, produtos e resultados desta política. Entende-se que, se este planejamento for seguido à risca pelos burocratas de nível de rua, o problema identificado será solucionado e a demanda atendida. Ignora-se a discricionariedade dos níveis subnacionais e dos implementadores destas políticas, ao mesmo tempo que se creem serem infalíveis os métodos e as projeções estatísticas adotadas. Quem segue esta linha de raciocínio acaba importando experiências exitosas de outros lugares, ignorando as particularidades e a cultura local. O contexto não seria um fator de grande influência para a execução da política. Do mesmo modo, vale ressaltar que esta abordagem sofre diversas críticas diante de outras perspectivas que identificam uma realidade mais complexa e onde jogos de interesses, o poder e o acúmulo de capital geram desigualdades e injustiças sociais (MATTOS e BAPTISTA, 2015; CALMON e COSTA, 2007; COSTA, 2008).

O pluralismo, teoria americana utilizada para explicar como a agenda é formada, acredita que os grupos de interesses da sociedade possuem forças equivalentes e que todas possuem oportunidades de exercer influência nas decisões governamentais. Assim como há o grupo empresarial que pode tentar, junto ao congresso nacional, “flexibilizar” os direitos trabalhistas, há também fortes sindicatos que podem barrar esta tentativa e apresentar outras demandas contrárias aos interesses empresariais. Entretanto, sob uma ótica crítica a esta ideia tradicional, podemos perceber que alguns grupos possuem mais força e influência que outros, justamente por possuírem mais acesso e recursos para chegar aos governantes e legisladores. É preciso destacar também o poder da mídia neste processo. É através deste meio que boa parte dos problemas sociais são identificados pela classe governante. Ou então alguns problemas tornam-se mais latentes do que outros. A sociedade acaba encarando aquela situação apresentada como prioridade e pode pressionar os governantes para que alguma providência seja tomada. A violência, por exemplo, é um dos temas mais abordados pela

mídia, indicando que a sociedade precisa de mais vigilância policial, julgamentos mais céleres e justos e mais prisões para os infratores. Esta é a prioridade levantada pela mídia e legitimada pela população. Os políticos ficam mais sensíveis em construir políticas públicas nesse sentido do que seguir caminhos alternativos, como ampliar as oportunidades de educação, cultura, esporte e trabalho para os jovens da periferia, ampliar e melhorar as políticas sociais e de transferência de renda, construir um modelo prisional mais humanizado e com maiores possibilidades de reintegração social após o cumprimento da pena pelo condenado, dentre outros (MATTOS e BAPTISTA, 2015; CALMON e COSTA, 2007; COSTA, 2008).

Na segunda etapa temos o planejamento da ação. Sabe-se qual é o problema e agora é necessário encontrar uma solução e prever como ela será atingida, com quais recursos financeiros, humanos e materiais, em quanto tempo, onde, para quem, etc. Esta etapa normalmente acontece no topo do governo, pensada pelos políticos e ocupantes de cargos de alta hierarquia. Há, muitas vezes, o problema do conhecimento limitado destas pessoas em relação às realidades locais, às demandas sociais e às instituições e esferas de poder que estarão envolvidas no processo durante a implementação.

A formulação é considerada uma etapa do ciclo de políticas públicas que exige um esforço de planejamento mais sofisticado e detalhado. O sucesso de uma ação governamental muitas vezes está diretamente relacionada ao desenho que foi feito dos insumos, dos processos, dos objetivos e dos resultados esperados. Visualizar a política pública em seu conjunto, entendendo o problema em sua plenitude e prevendo situações que podem ocorrer ao longo da implementação deste planejamento, é um dos principais desafios dos gestores públicos. A próxima etapa, tomada de decisões e legitimação, envolve negociações e procedimentos. O governante precisa apresentar sua proposta aos representantes do povo (e à própria sociedade) e estes devem avaliá-la, contribuir para sua melhoria, aceitá-la ou não (MATTOS e BAPTISTA, 2015; CAPELLA, 2006).

A quarta etapa consiste na prática do que foi planejado e aprovado em lei. Implementar é utilizar os recursos humanos, materiais e financeiros disponibilizados pelo poder público para, através de procedimentos, fluxos e ações diversas tentar atingir determinado objetivo. Normalmente, diante da realidade brasileira, temos os burocratas de nível de rua e os governos subnacionais como os principais implementadores destas políticas públicas. Este processo de implementação pode ocorrer de duas formas: *top-down* (quando as decisões são tomadas no nível hierárquico mais elevado e cabe aos demais apenas seguir os

procedimentos recomendados, sem qualquer tipo de autonomia) e o *bottom-up* (quando as decisões durante a implementação acontecem a partir de todos os níveis hierárquicos, de forma democrática, participativa e transparente). Sabe-se que os implementadores, mesmo diante de regras rígidas e com pouca liberdade de intervenção, ainda assim conseguem utilizar de seu poder discricionário, tanto para desviar o objetivo da política para interesses particulares (clientelismo) quanto para adaptar a proposta ao contexto e às necessidades locais. Nas áreas de saúde e educação diversas são as políticas públicas que destinam recursos aos governos estaduais e municipais com um objetivo pré-definido, mas que também dão a oportunidade destes gestores definirem as prioridades de forma discricionária. A campanha nacional de cirurgias eletivas, por exemplo, destina um montante de recursos para cada município, de acordo com suas características demográficas e indica quais tipos de cirurgias podem ser contemplados com o recurso. Cabem às prefeituras determinarem o número de cirurgias de cada tipo e quem serão os pacientes prioritários, de acordo com as demandas identificadas. Além desta linha de abordagem, que preocupa-se com a direção das decisões na implementação (*top-down* e *bottom-up*), há também outras duas linhas de pesquisa e produção teórica: a investigação quanto à conformidade entre o que foi planejado (formulação) e o que foi efetivamente executado (implementação); e a investigação quanto aos instrumentos políticos e as ferramentas a serem utilizadas no processo de implementação (MATTOS e BAPTISTA, 2015; SUBIRATS, 1992; D'ASCENZI e LIMA, 2013).

Por último temos a avaliação. Trata-se de uma etapa pouco discutida e menos ainda utilizada no processo de política pública. O governo normalmente evita despesas com monitoramento dos resultados e com a avaliação destes, ou então parte de um entendimento limitado para dizer que a política foi satisfatória ou não. Em vez de haver um esforço de identificar as lacunas e possibilidades de melhoria, utiliza-se a avaliação com base para *marketing*. Há, entretanto, outros atores que tentam cumprir este papel: a academia (com o interesse de construir uma teoria sobre o Estado e as políticas públicas), as consultorias especializadas (com o interesse financeiro) e, principalmente, a mídia (com interesses políticos e econômicos implícitos e que podem manipular a opinião pública através de informações recortadas, deslocadas e com falsa imparcialidade) (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

Dentre as etapas do ciclo de políticas públicas a menos desenvolvida teoricamente ou desenvolvida mais recentemente é a da avaliação. Trata-se de um processo complicado e que

encontra diversas resistências para sua efetiva execução. Após a execução da política pública, ou durante, pesquisadores internos ou externos podem verificar se os objetivos iniciais foram atingidos, como o processo foi executado e se os insumos foram suficientes e devidamente utilizados. Mais importante ainda é avaliar o impacto que esta ação governamental específica causou nos beneficiários e para a melhoria da sociedade como um todo (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

A priori devemos considerar, dentre as dificuldades para o processo de avaliação, a obtenção dos dados e das informações. Em políticas públicas pouco transparentes, com poucos recursos humanos disponíveis ou onde os servidores envolvidos não entendem a importância da avaliação, pode ser um entrave a obtenção de dados. Em muitos casos não há sequer um monitoramento das ações para que tenhamos uma base de dados que possam ser analisados. O processo de monitoramento pode ser algo custoso ao órgão e, em tempos de gasto mínimo e restrições drásticas de orçamento, pode acabar sendo desprezado. Informações de órgãos oficiais podem auxiliar neste processo, mas também podem não trazer as informações exatamente ou na delimitação como são necessitadas (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

Outro considerável entrave é a resistência tanto dos servidores públicos quanto dos agentes políticos. Há o comum entendimento de que avaliação é punitiva e que os erros encontrados recairão sobre alguém específico do órgão, quando na verdade é um processo mais de aprimoramento das ações e definição se o caminho seguido é o melhor e o mais adequado aos objetivos propostos. Pode-se também avaliar se estes objetivos são pertinentes, indo além de uma avaliação de processos para uma avaliação das necessidades sociais, se as demandas da sociedade estão sendo corretamente identificadas e se os objetivos propostos condizem com o problema encontrado. Pelo lado dos agentes políticos, há que se considerar o efeito do *marketing* neste processo. Enquanto políticas públicas com bons resultados podem ser bem-vindas e divulgadas pelos próprios órgãos, experiências insatisfatórias podem trazer grandes prejuízos para a imagem do poder público e, principalmente, para a imagem do próprio político responsável. Há, portanto, uma resistência a fornecer informações e colaborar com o processo de avaliação. Muitos órgãos, também, não possuem estrutura para fazer este tipo de avaliação e quando o possuem, tentam manipular os resultados. A avaliação externa acaba sendo mais imparcial e confiável, mas acaba enfrentando problemas de viabilidade (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

Podemos classificar a avaliação como voltada à eficiência, à eficácia ou à efetividade (impacto) da política pública. A avaliação de eficiência verifica o custo/benefício do projeto, o uso dos insumos e a execução dos processos. Trata-se de uma tentativa de utilizar da melhor forma o mínimo de recursos humanos, materiais e financeiros possíveis para atingir os objetivos definidos. A eficácia é o cumprimento dos objetivos e das metas em si. Verifica-se se o que foi planejado realmente se concretizou e se os resultados esperados estão perceptíveis e com o acesso do público-alvo. Ao longo prazo, temos a avaliação de efetividade, que envolve impactos duradouros da política pública. Enquanto para a eficácia consideramos os produtos gerados a partir da política pública, na efetividade verificamos o que estes produtos fizeram para mudar a realidade social onde o problema foi identificado. No caso de um curso de capacitação, por exemplo, cujo objetivo final é inserir uma determinada população no mercado de trabalho formal, podemos considerar que o mesmo é eficiente ao utilizar a melhor relação professor/aluno e custo total/aluno, eficaz se formar profissionais com as qualificações propostas na ementa do curso e efetivo se estes profissionais forem inseridos no mercado de trabalho formal. Outros efeitos podem ser atingidos, como a melhoria de renda destas pessoas, o incentivo à continuação dos estudos formais, dentre outros (MATTOS e BAPTISTA, 2015; COSTA e CASTANHAR, 2003).

Dentre as possibilidades de avaliação difundidas na literatura sobre políticas públicas, uma das mais utilizadas é a “avaliação de processo”, que visa investigar como o programa funciona (etapas, mecanismos, processos e conexões), detectar defeitos na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades. Essa avaliação se realiza concomitantemente ao desenvolvimento do programa, portanto, o uso adequado das informações produzidas permite incorporar mudanças ao seu conteúdo (COSTA e CASTANHAR, 2003). Esta pesquisa utilizará da avaliação de processo para analisar o Programa de Restruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Como exposto acima, será investigado seu processo de implementação, tentando identificar os pontos positivos e negativos, bem como os conflitos, as dificuldades e as possíveis soluções adotadas.

### 2.1.2 Instrumentos de Implementação de Políticas Públicas

Durante o processo de implementação utiliza-se de determinado instrumento para a efetivação das ações governamentais estabelecidas durante a formulação da política pública. Define-se instrumento governamental um método identificável de estruturar uma ação coletiva para a solução de um problema público. São definidos a quem cabe a operação do programa governamental, quais os papéis de cada um, como se dá a relação entre eles e quais recursos serão usados. Trata-se de um conjunto de regras e procedimentos mais ou menos coordenados que instituem as interações e os comportamentos dos atores e das organizações (OLLAIK e MEDEIROS, 2011).

Ao contrário do que se possa deduzir, a escolha do instrumento não é puramente técnica (racionalidade nas decisões). É um processo político e social (a discricionariedade dos atores dá a eles o poder de definir como a política será implementada e quais os resultados pretendem alcançar), determinado pelo “contexto institucional, a capacidade governamental, os recursos fiscais, o apoio político, a informação disponível e as escolhas passadas” (OLLAIK e MEDEIROS, 2011, p. 1953). A escolha também sofre influência das normas culturais e ideológicas dominantes e é possível que um mesmo instrumento apresente características e resultados diferentes quando empregados em programas governamentais e em contextos distintos. Quando temos um Estado forte, a legislação é um importante instrumento, enquanto no caso de termos um Estado com papel limitado, os incentivos econômicos e as delegações são mais comuns (OLLAIK e MEDEIROS, 2011).

Há atualmente, no caso brasileiro, a coexistência de instrumentos tradicionais (gestão direta, incentivos econômicos, convênios e contratos, concessões de uso, etc) e mais recentes (transferências fundo a fundo, por exemplo), sendo tendência o declínio do governo central e a emergência de estilos de governar que integram o público, o privado e o terceiro setor. Entretanto, poucos estudos analisam as características de cada instrumento, os comparam e os contrastam, identificando a influência da escolha no processo de implementação, nos custos, na qualidade, nas relações de trabalho e, principalmente, nos resultados das políticas públicas (OLLAIK e MEDEIROS, 2011).

Há diversas formas de classificar os instrumentos governamentais de implementação de políticas públicas, sendo que a maior parte delas os distingue a partir das seguintes quatro características: direção (gestão direta ou indireta), coerção (grau de obrigatoriedade da adoção

de determinado comportamento), visibilidade (grau de percepção da sociedade) e automaticidade (se depende ou não da criação de estruturas próprias de implementação) (OLLAIK e MEDEIROS, 2011). A partir destas particularidades, Salamon (2002) identifica 14 instrumentos, a saber:

- a) **Gestão direta:** forma mais tradicional, onde os bens e serviços são fornecidos/prestados pelo Estado diretamente aos cidadãos, através da burocracia e de seus recursos humanos e materiais.
- b) **Corporações governamentais:** são as empresas estatais que desenvolvem atividades produtivas ou comerciais de natureza privada, normalmente autônomas e autossustentáveis financeiramente.
- c) **Regulação econômica:** legislações e decisões judiciais que pretendem controlar preços e níveis de produção, além de estabelecer barreiras comerciais (protecionismo) e prevenir comportamentos indesejáveis no mercado (monopólio, por exemplo).
- d) **Regulação social:** definição de atividades permitidas e proibidas, através de incentivos ou sanções (regulação ambiental, por exemplo).
- e) **Seguros governamentais:** indenizações pagas pelo Estado a empresas ou indivíduos por perdas provocadas por determinados eventos, como desastres naturais ou quebra de instituições financeiras.
- f) **Publicidade de utilidade pública:** campanhas que visam alertar sobre determinado risco ou alterar algum tipo de comportamento (consumo de cigarros, por exemplo).
- g) **Impostos, corretivos e taxas:** instrumento tributário utilizado para influenciar indivíduos a alterar suas preferências para reduzir danos sociais, como reduzir o consumo de bebidas alcoólicas através de impostos elevados.
- h) **Contratação:** acordo entre um órgão da administração pública e uma entidade privada com ou sem fins lucrativos, com contrapartida financeira, para que determinado bem ou serviço seja produzido ou ofertado para o próprio Estado.
- i) **Aquisição de serviço contratado:** semelhante à contratação, mas os bens e serviços são direcionados a terceiros, como a contratação de escola de ensino profissionalizante para ofertar cursos para desempregados, por exemplo.
- j) **Assistência financeira:** transferência de recursos públicos para estimular ou apoiar determinadas atividades ou serviços de responsabilidade de quem recebe. Pode ser

com fim específico ou não, de execução livre ou definida.

- k) **Empréstimos e garantia de empréstimos:** repasse de recursos públicos para pagamento de dívidas de terceiros com a finalidade de incentivar alguma atividade de interesse público e econômico, sendo mais comum em áreas como educação, habitação e agricultura.
- l) **Renúncia fiscal:** semelhante aos impostos, mas adotada de forma inversa, deixando de arrecadar recursos para incentivar determinado comportamento ou ação.
- m) **Vales:** subsídios que possibilitam ao beneficiário a aquisição de determinado bem ou serviço ofertado pelo setor privado.
- n) **Legislação de perdas e danos:** estabelecimento de direito de buscar no sistema judiciário a compensação por danos sofridos por outras entidades (código de defesa do consumidor, por exemplo).

Antes de apresentarmos a política pública objeto desta pesquisa e suas particularidades, é preciso contextualizá-la, identificando suas origens e seu processo de desenvolvimento na administração pública. O foco no instrumento utilizado para a implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS é essencial a este trabalho, considerando que é esta inovação na relação entre o SUS e seus prestadores de serviços privados que distingue a política pública em questão do modelo anteriormente adotado.

## 2.2 A Reforma Gerencial do Estado

Ao longo da história da administração pública constatamos diversas reformas, ou tentativas de reformas, que buscam aprimorar a gestão governamental, em especial a implementação das políticas públicas. Cabe, neste momento, apresentar sucintamente as últimas transformações que influenciaram na construção e operação da política pública de atendimento hospitalar no SUS, e, principalmente, na escolha do instrumento adotado.

Após a segunda guerra mundial, os Estados ocidentais enfrentaram crescentes demandas sociais impostas através da democracia e dos conflitos de classe. A política intervencionista keynesiana, adotada com sucesso na crise de 1929 nos Estados Unidos, contribuiu para mudar este papel do Estado, de liberal para social, de mantenedor da ordem e

da justiça para o principal e mais poderoso ator da sociedade. Este Estado, preocupado com a igualdade do acesso aos serviços básicos e ao consumo, denominado de bem estar social, predominou nos países mais desenvolvidos, enquanto a política desenvolvimentista crescia nas regiões menos prósperas, como no Brasil (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010; GREY, 1996; VACS, 1994).

Ofertar serviços sociais como saúde e educação para todos, bem como promover o crescimento econômico e manter uma economia estável e de pleno emprego, exigiu do Estado um esforço técnico, político e administrativo incompatível com sua estrutura rígida e burocratizada. De certa forma foi possível manter a assistência governamental em bons níveis (nos países desenvolvidos) até o final da década de 1970. Contudo, a crise do petróleo, a crise de governabilidade e de credibilidade dos Estados, o endividamento crescente e a incapacidade de atender às ilimitadas necessidades dos cidadãos com qualidade, colocou a administração pública em crise (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010; GREY, 1996; VACS, 1994; PAULA, 2005).

Um novo modelo seria necessário para conciliar os consideráveis aumentos de despesas públicas, o crescimento exponencial da máquina administrativa, a resistência à expansão da alta carga tributária e a qualidade dos serviços a serem prestados. Neste cenário de busca de novos caminhos duas alternativas emergiram-se: o neoliberalismo, que defendia o Estado mínimo, sem intervenção na economia e com os serviços públicos sendo ofertados de forma mais eficiente e de melhor qualidade pelo mercado; e a reforma gerencial do Estado (*New Public Management*) ou gerencialismo, que defendia a adoção de estratégias bem sucedidas das empresas privadas e a especialização do Estado no que realmente lhe competiria. A comparação entre os resultados dos órgãos e empresas estatais com os das empresas privadas evidenciava a superioridade da eficiência do mercado. Portanto, ambas as possibilidades partiam desta constatação para reformar o Estado e a administração pública (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010; GREY, 1996; VACS, 1994).

Pode-se argumentar que estas duas possibilidades na verdade são um mesmo caminho: o de enfraquecimento e de redução do tamanho do Estado em benefício da iniciativa privada e do mercado capitalista global, limitado e ameaçado pelo excesso e/ou pela ineficiência da ação governamental. Para Bresser-Pereira (1997, 2010), esta crítica à reforma gerencial não é bem fundamentada já que o objetivo das mudanças é justamente fortalecer o Estado social ao ofertar aos cidadãos o mesmo nível de serviços com melhor qualidade ao menor custo. Não se

pregavam reduções de direitos ou de assistência, como defendiam os neoliberais. Além disso, segundo ele, “(...) o caminho para resolver a crise não é provocar o definhamento do Estado, enfraquecê-lo ainda mais do que já está enfraquecido, mas reconstruí-lo, reformá-lo” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 26). Os dois caminhos são diversos, mas surgiram ao mesmo tempo, induzindo à associação entre eles. Bresser-Pereira indica similaridades e as razões para a frequente identificação entre as ideias neoliberais e a Administração Pública Gerencial: o corte de despesas e a redução do tamanho do Estado. “As técnicas de gerenciamento são quase sempre introduzidas ao mesmo tempo em que se implantam programas de ajuste estrutural que visam enfrentar a crise fiscal do Estado” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 32).

No contexto internacional, o paradigma da *New Public Management* apresenta em comum, de forma sucinta, as seguintes características: 1) a gestão governamental se dá menos pelo controle direto e mais por contratos; 2) introdução de processos e técnicas utilizadas no mercado; 3) privatização; 4) descentralização; 5) autonomia da gestão; 6) controle e avaliação baseados menos nos processos e mais nos resultados, através de metas e indicadores de desempenho; e 7) difusão da ideia de que o setor público é inferior ao mercado na capacidade de produzir serviços de qualidade, de forma eficiente e de baixo custo (ALONSO, 2015; CHINITZ, 2009; DEBESAY, 2014; DOESSEL, 2009; FERLIE, 2012; GROSSO e VAN RYZIN, 2012; GUERRERO, 2009; HAKULINEN, 2011; JAKOBSEN, 2010; MALMMOSE, 2015; MATTEI, 2006; RAMESH, 2008; SIMONET, 2014; STOLT, 2011; TAYLOR-GOOPY, 2008)

No Brasil, a reforma foi implementada no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, em 1995, sob responsabilidade de Luiz Carlos Bresser-Pereira. Dentre as principais ações concretizadas estão as Emendas Constitucionais nº 19 e 20 que, dentre outras alterações, estabelece restrições orçamentárias e inclui a eficiência como um dos princípios da administração pública e um dos pilares do direito administrativo (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010).

Dentre as características da Reforma Gerencial do Estado temos:

- (1) torna os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, ao invés de obrigados a seguir regulamentos rígidos;
- (2) premia os servidores por bons resultados e os pune pelos maus;
- (3) realiza serviços que envolvem poder de Estado através de agências executivas e reguladoras; e – o que é mais importante –
- (4) mantém o consumo coletivo e gratuito, mas transfere a oferta dos serviços sociais e científicos para organizações sociais, ou seja, para provedores públicos não estatais que recebem recursos do Estado e são

controlados através de contrato de gestão. (BRESSER-PEREIRA, 2010, p. 115)

Estes contratos de gestão são o principal instrumento de regulação do Estado e de planejamento, controle e avaliação de resultados, além de possibilitar a autonomia e a responsabilização dos agentes executores e a transparência das informações (BRESSER-PEREIRA, 2010).

As atividades estatais foram divididas em dois tipos:

a) as “atividades exclusivas” do Estado: a legislação, a regulação, a fiscalização, o fomento e a formulação de políticas públicas, que são atividades que pertencem ao domínio do núcleo estratégico do Estado, composto pela Presidência da República e os Ministérios (Poder Executivo), e que seriam realizadas pelas secretarias formuladoras de políticas públicas, pelas agências executivas e pelas agências reguladoras; b) as “atividades não-exclusivas” do Estado: os serviços de caráter competitivo e as atividades auxiliares ou de apoio. No âmbito das atividades de caráter competitivo estão os serviços sociais (e.g. saúde, educação, assistência social) e científicos, que seriam prestados tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor público não-estatal. Já as atividades auxiliares ou de apoio, como limpeza, vigilância, transporte, serviços técnicos e manutenção, seriam submetidas à licitação pública e contratadas com terceiros. (PAULA, 2005, p. 38)

Este modelo defendido e parcialmente implementado pelo ex-ministro Bresser-Pereira foi duramente criticado e associado aos ideais neoliberais pelos partidos da oposição e por diversos acadêmicos (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010). Abrúcio (2007) entendia a reforma como necessária, mas indicou algumas deficiências, como os erros de diagnóstico, a visão erroneamente procedimental da reforma (o gerencialismo como substituto da burocracia) e a importação integral de modelos internacionais, sem conseguir traduzir politicamente estas transformações para as peculiaridades brasileiras. Paes de Paula (2005) indica como limitações do gerencialismo a centralização do processo decisório, a não estimulação da elaboração de instituições políticas mais abertas à participação social, a ênfase maior das dimensões estruturais do que as dimensões sociais e políticas da gestão, a implementação de um modelo de reforma e gestão pública que se inspirou nas recomendações e no *design* sugeridos pelo movimento internacional de reforma e a falta de uma proposta nova para a organização do aparelho do Estado. Denhardt (2013) critica a reforma por introduzir na esfera pública valores do setor privado, transformando-a em um negócio, um prestador de serviços a determinados clientes. Empreendedorismo, competitividade e individualismo são alguns dos conceitos importados e difundidos. Além

disso, o modelo representa uma “preferência por um governo que, em última análise, responde aos autointeresses de curto prazo de indivíduos isolados (consumidores), em vez de um governo que apoia a busca de interesses públicos definidos publicamente por meio de um processo deliberativo (por cidadãos)” (DENHARDT, 2013, p. 205). Para Ferlie e Trenholm (2013), o modelo valoriza mais o controle e a mensuração do que a inovação e a flexibilidade. Mestriner (2008) indica uma flagrante transferência de responsabilidade para a sociedade civil (sociedade providência em oposição ao Estado providência), um descaso com o aprofundamento da pobreza e exclusão social e um foco maior na redução da quantidade (tamanho do Estado) do que na qualidade e seu fortalecimento. O Estado passa a ser “incapaz de produzir bens públicos, conservando os anacronismos tradicionais, como centralização, tecnocratismo, fisiologismo e clientelismo” (MESTRINER, 2008, p. 26).

A proclamação da centralidade do mercado como instância de mediação societária provoca o descarte do Estado estruturado como Estado social de provisão coletiva, perdendo este poder, recursos e funções. O planejamento e o incremento da economia, do desenvolvimento humano, do crescimento, da proteção social e da garantia de bem-estar são reduzidos. Propondo a modernização do Estado, diante da suposta impossibilidade de manutenção dos direitos sociais dos cidadãos, estes se transformam em mercadorias ofertadas pelo mercado ou extintas, no caso da incapacidade de consumo. “Neste final de século XX, travestido de Estado mínimo pelo neoliberalismo, reforça sua posição de recuo, desobrigando-se do seu ‘dever social de Estado’, estendendo tal dever mais que nunca como obrigação do cidadão, da família, da comunidade e da sociedade” (MESTRINER, 2008, p. 21). Diante da lógica privada de interesses, os cidadãos se postam diante do Estado como solicitantes (MESTRINER, 2008).

Com tantas limitações políticas, culturais e econômicas, esta reforma não conseguiu se sustentar de forma contínua no Brasil. Entretanto, seus efeitos foram disseminados e adotados nas mais diversas esferas e relações governamentais (ABRÚCIO, 2007). “Os conceitos subjacentes foram espalhados por todo o país e, observando as ações de vários governos subnacionais, percebe-se facilmente a influência destas ideias na atuação de gestores públicos e numa série de inovações governamentais nos últimos anos” (ABRÚCIO, 2007, p. 72). Até mesmo o Partido dos Trabalhadores, originalmente contra tal reforma, passou a adotar alguns de seus princípios com a chegada de Luiz Inácio Lula da Silva no poder executivo federal, em 2003. A criação da Controladoria Geral da União, por exemplo, é um

singular exemplo da difusão do valor da eficiência na administração pública (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010).

Outras inovações trazidas pela reforma gerencial do Estado, como a terceirização de atividades-meio, as concessões, as parcerias público-privadas, as agências reguladoras e os contratos de gestão foram amplamente utilizados e aprimorados (ABRÚCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 2010).

O instrumento que o núcleo estratégico usará para controlar as atividades exclusivas e as não-exclusivas será o contrato de gestão. (...). Os contratos de gestão deverão prover os recursos de pessoal, materiais e financeiros com os quais poderão contar as agências ou as organizações sociais, e definirão claramente – quantitativa e qualitativamente – as metas e respectivos indicadores de desempenho: os resultados a serem alcançados, acordados pelas partes. (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 36)

No estado de São Paulo, de forma mais singular, os contratos de gestão foram escolhidos como instrumento governamental de implementação da política de atendimento hospitalar, transferindo a gestão de hospitais públicos (delegação) para as OS – Organizações Sociais, instituídas pela Lei nº 9.637/1998. A estrutura física do estabelecimento de saúde continuava pública (o imóvel, os móveis e os equipamentos pertencem ao governo), mas os administradores e os demais trabalhadores não são servidores públicos. Uma instituição sem fins lucrativos, com experiência anterior em prestação de serviços de saúde, é contratada para gerir o hospital, adotando as técnicas e os recursos que puderem e desejarem (autonomia de gestão), mas apresentando os resultados previamente estipulados junto ao governo (metas). Os contratos são estipulados a partir de planos operativos apresentados pela própria instituição filantrópica e, periodicamente, há a avaliação de desempenho. A prestação de contas é flexível e permite que resultados ruins sejam justificados (DONADONE, 2014).

Os contratos de gestão são o principal instrumento utilizado neste processo. Nele constam as diretrizes, os tipos e números de atendimentos, valores, indicadores de qualidade, entre outros. Esta modalidade de gestão de hospitais públicos busca a eficiência e garante maior flexibilidade aos seus administradores, não estando eles sujeitos às tradicionais burocracias estatais, como licitação, orçamento estabelecido em lei, concursos públicos e estabilidade de servidores, etc (DONADONE, 2014).

Há críticas, contudo, à qualidade dos serviços prestados e à ideia de economia de recursos públicos com a medida. Enquanto argumenta-se que há menor utilização de recursos públicos (maior eficiência), temos, em contrapartida, “precarização, focalização e localização

destes serviços, com a perda das suas dimensões de universalidade, de não-contratualidade e de direito do cidadão, retirando a responsabilidade do capital” (DONADONE, 2014, p. 59).

Diante dos conceitos apresentados e das características do modelo gerencialista, podemos considerar o objeto de estudos desta pesquisa, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do SUS como fruto deste processo, ao transformar as antigas relações burocráticas/contratuais em um novo modelo de gestão mais focado nos resultados (com metas e indicadores previamente estabelecidos), na responsabilização, na transparência e na busca da qualidade e da eficiência na alocação de recursos (melhor custo/benefício). Os valores gerencialistas do setor privado, após serem introduzidos no setor público, são então estendidos ao terceiro setor através das relações contratuais e da regulação. Para Abrúcio (2007), a regulação é o elo entre o interesse público e os cada vez mais comuns prestadores não estatais de serviços públicos. “Regular bem, é bom ressaltar, significa não só garantir o caráter público dos serviços, mas também a sua qualidade – e nenhum ente privado ou ONG fará melhor que o Estado caso não seja regulado” (ABRÚCIO, 2007, p. 83).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do SUS busca, portanto, através de um novo tipo de relação contratual, regular um serviço público (saúde) que está sendo prestado por organizações não governamentais, tentando assim garantir sua efetividade, sua eficiência e sua qualidade.

### **2.3 O SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar**

Torna-se pertinente, neste momento, apresentar, de forma sucinta, o processo de construção da política pública de saúde no Brasil, desde os tempos coloniais até os avanços recentes do SUS. Partimos de um estágio incipiente, durante a administração portuguesa, quando a presença de médicos era rara e as doenças não conseguiam ser diagnosticadas. Cabia aos profissionais apenas evitar a morte de quem tinha o privilégio de ter este tipo de atendimento (BRASIL, 2011).

No século XIX, algumas mudanças puderam ser percebidas, como a maior presença da medicina na sociedade, a preocupação com o meio urbano e o início de uma relação entre a medicina e o Estado. O conceito de Medicina Social surge neste período (MACHADO, 1978).

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 foi um marco na história do país

em diversas dimensões, dentre elas a da saúde. A cidade do Rio de Janeiro passa a ter ações sanitárias e algumas escolas de medicina são criadas na colônia para suprir a falta de médicos. De modo geral, pouco avanço houve neste período na resolução dos problemas de saúde pública, mas algumas iniciativas foram fundamentais, como a criação da Junta de Higiene Pública, com médicos controlando medidas coletivas de higiene (BRASIL, 2011).

A Proclamação da República em 1889, o fim da escravidão e a ascensão do capitalismo no país direcionam o objetivo da saúde pública para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores, além do controle de doenças transmissíveis (BRASIL, 2011). O Estado começa a responsabilizar-se por este atendimento, assim como por políticas de educação e saneamento. Em 1920, a partir das lutas de médicos sanitaristas, temos a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e em 1923, com a Lei Elói Mendes, a implementação da primeira política de saúde pública com reconhecimento legal e com medidas definidas de assistência médica (BRASIL, 2011).

A saúde pública brasileira, desde sua gênese, é excludente e restritiva. As primeiras instituições atendiam apenas servidores e operários urbanos, mediante pagamento de contribuição. A atenção também era restrita a algumas grandes empresas, sendo ampliada para todas as categorias profissionais apenas na década de 1940. Os trabalhadores rurais foram excluídos até a década de 1960, quando foi criado um Fundo de apoio ao trabalhador rural (FUNRURAL) (BRASIL, 2011).

O governo Vargas (a partir de 1930) institui e estrutura as leis trabalhistas e as políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais implementadas moldaram a política pública brasileira. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), propondo políticas de alcance nacional, enfrentou conflitos com as tradições tenentistas e oligárquicas do país. Ainda assim temos uma segregação da atenção à saúde. Enquanto os trabalhadores recebiam assistência a partir da medicina previdenciária, cabia ao MESP a prestação de serviços aos excluídos (pobres, desempregados e os que exerciam atividades informais) (BRASIL, 2011). É deste período também a gênese da aliança formal entre o Estado e a filantropia, por meio da instituição do Conselho Nacional de Serviço Social (MESTRINER, 2008).

A partir da década de 1950, com os “desenvolvimentistas”, a saúde ganha ainda mais destaque, sendo considerada uma questão de superestrutura, a consequência do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2011). O atendimento paliativo realizado

pelas instituições filantrópicas começam a ser questionados e há uma pressão social acirrada para a responsabilização do Estado pela questão social e por novas alternativas de incentivos a estas organizações (imunidades, doações, eliminação de taxas, isenções de tributos, etc) (MESTRINER, 2008). O período militar (1964-1984) fortalece as instituições previdenciárias, a hegemonia da burocracia técnica e a mercantilização da saúde. Em 1966, as diversas instituições previdenciárias existentes são unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. Mantiveram-se ainda excluídos nesse processo, os trabalhadores rurais e informais (BRASIL, 2011). Durante o período da ditadura, a sociedade civil, por meio do Conselho Nacional de Serviço Social, deixa de arbitrar a filantropia, cabendo então aos parlamentares a definição da destinação das verbas (filantropia de clientela, do favor, apadrinhamento) (MESTRINER, 2008).

Na década de 1970 temos uma crescente oferta de leitos e serviços de saúde, além do crescimento no orçamento do setor. Contudo, expressivo também foi o grau de corrupção do período a partir dos instrumentos adotados de implementação das políticas e seu financiamento. Com a crise do modelo previdenciário e do modelo econômico implantado pela ditadura militar, surgem diversos movimentos sociais com o objetivo de lutar pelos direitos civis e sociais. O Movimento Sanitário começa a se organizar, buscando conciliar a produção do conhecimento com a prática política e ideológica, confrontando com o movimento preventivista liberal de matriz americana. A base conceitual partia de correntes marxistas e estruturalistas (SANTOS; MERHY, 2006).

A saúde pública passa a ser defendida como direito do cidadão e dever do Estado. Todos deveriam ter acesso a um atendimento integral, descentralizado e democrático, com a participação popular. Em 1985, após a queda do regime militar (Nova República), lideranças do movimento sanitário assumem importantes postos nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, lançaram os princípios da Reforma Sanitária e aprovaram a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), separando, em definitivo, a saúde da previdência. A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) é inserida na Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, organizado de maneira descentralizada e hierarquizada e baseado em princípios fundamentais: universalidade, equidade, integralidade, controle e participação social (BRASIL, 2011).

A história da relação público-privada através das instituições filantrópicas é longa, mas as principais características tendem a permanecerem intactas. Os tradicionais instrumentos, tais como subvenção, isenção, utilidade pública, certificado de filantropia, contribuições, taxas e impostos são ainda hoje amplamente utilizados. Temos, contudo, maior formalidade e transparência nestas parcerias, mas sem avançar na consagração dos direitos sociais e da universalização da cidadania. O que se observa é a visão do atendimento prestado como uma caridade, uma esmola, um favor, uma sobra de recursos, sendo ofertado de forma temporária, imediatista, fragmentada e seletiva, intermediada por relações de apadrinhamento e clientelismo, em detrimento de uma ação governamental que visaria suprir, sanar ou prevenir, de forma ampla e indiscriminada, as mazelas da sociedade, permitindo a sobrevivência, a convivência e a autonomia social. Tal configuração apenas reproduz ainda mais a pobreza e a desigualdade social na sociedade brasileira, além de reiterar a dependência de ajuda e de neutralizar demandas e reivindicações (MESTRINER, 2008).

O Estado reconhece estes direitos e assume a responsabilidade apenas com a Constituição Federal de 1988, apresentando seu comprometimento, introduzindo instrumentos de participação social e estabelecendo orçamento próprio para as políticas sociais. Contudo, como exposto anteriormente, mantêm-se na implementação destas políticas instrumentos de apoio às instituições sem fins lucrativos, em vez do Estado assumir a responsabilidade pelas necessidades da população. O apoio se dá às instituições e não à população, comprometendo a efetivação da cidadania. “Estabelece-se nesta área uma complexa relação, que acaba escamoteando o dever do Estado e subordinando a atenção à benesse do setor privado (MESTRINER, 2008, p. 18).

A tabela abaixo, elaborada por Mestriner (2008), apresenta as tipologias das organizações sociais por períodos históricos:

Tabela 2 – Tipologias das organizações sociais por períodos históricos (continua).

<b>Período</b>	<b>Tipos de Organizações</b>	<b>Tipos de Regulação</b>
Período Imperial até 1889 Filantropia caritativa: Assistência e repressão	Obras pias atendimento conjunto (uma só massa) e órfãos, inválido, enfermos, delinquentes e alineados	Religiosa Testamentos, subscrições e auxílios provinciais (pela junta da Fazenda Nacional ou Câmara Municipal do Império)

Tabela 2 – Tipologias das organizações sociais por períodos históricos (continua).

<p>Primeira República de 1889 a 1930 Filantropia higiênica: Assistência, prevenção e segregação</p>	<p>Obras sociais Atendimento por especialidades para: - crianças: asilos, orfanatos e internatos - velhos e inválidos: asilos - alienados: hospícios - mendigos: asilos de mendicidade - doentes: sanatórios, dispensários, lazaretos - imigrantes: instituições de auxílio mútuo</p>	<p>Médico-religiosa Auxílios provinciais (Pela junta da Fazenda Nacional ou Câmara Municipal)  Jurídica 1º Juízo de Menores no Rio de Janeiro (1923) Código de Menores (Mello Matos) – 1927</p>
<p>Getulismo de 1930 a 1945 Filantropia disciplinadora: Enquadramento nas normas técnicas e disciplinamento dos indivíduos</p>	<p>Instituições assistenciais (influência das encíclicas sociais) Materno Infantil: Hospitais, ambulatórios, postos de saúde Proteção à infância: orfanatos, creches, internatos De educação: educandários, de assistência pré-primária, primária, profissionalizante, educação de anormais, educação e reeducação de adultos Proteção a jovens: organização da juventude, escolas profissionais De auxílios mútuos: instituições étnicas e de categorias profissionais Estatais: Departamento de Assistência Social de São Paulo – 1936 SAM – Serviço de Assistência ao Menor – 1941 Formação: Centro de Estudos e Ação Social, escolas de Serviço Social Movimento Católico Laico Ação católica, círculos operários Sindicatos Centros assistenciais complementares Instituições fomentadas pelo Estado LBA (1942), Senai (1942), Samdu (1945) Instituições religiosas – protestantes, espíritas e evangélicas: albergues, centros de juventude, abrigos, instituições para deficientes físicos e mentais.</p>	<p>Estatal Constituição Federal de 1934 - Presidente da República: Contribuições à caridade oriundas de taxas alfandegárias e bebidas alcoólicas e embarcações - Ministério da Justiça e Negócios Interiores: Caixa de Subvenções (31/8/31) Certificado de Utilidade Pública (28/8/35) - Ministério da Educação: Criação do CNSS (1/7/38) Subvenção Federal (regulamentação 25/11/35 – 1/7/38)  Estatal Constituição de 1937 Reitera o CNSS - amplia regulamentação de subvenções - isenção: na aplicação de tetos mínimos de salário dos funcionários (1945/46) e de imposto de renda (1943).</p>

Tabela 2 – Tipologias das organizações sociais por períodos históricos (conclusão).

Estado Democrático Populista de 1946 a 1964 Filantropia partilhada profissionalizante	Instituições criadas pelo Estado com o empresariado: Senac (1946) Sesc (1946) Sesi (1946) Movimentos comunitários	Estatal Complexidade da burocracia: Registro geral de instituições (1951) Isenção de contribuição da cota patronal previdenciária (1959) Certificado de Filantropia (1959)
Estado Autoritário de 1964 a 1988 Filantropia de clientela: Assistência e repressão	- Organizações sociais (influência do racionalismo técnico): vertente modernizadora do serviço social frente a reconceitualização (1964) - Funabem/Febem (1964) - Associações comunitárias - Sociedades de amigos de bairro e Associações de moradores - Renovação pastoral - Comunidades Eclesiais de Base – CEBs	Estatal Assistência por convênios Isenção de impostos sobre importações (1965)
Transição Democrática Filantropia vigiada 1985-88	- Organizações não-governamentais - Movimentos de defesa de direitos - Novos movimentos sociais	
Estado democrático após 1988 Filantropia democratizada	Expansão de: - Conselhos setoriais - Organizações não-governamentais - Organizações civis - Centos de defesa de direitos - Fundações empresariais	Estatal Constituição Federal de 1988 ECA – 1990 / LOAS – 1993 Extinção da LBA/CBIA Extinção do CNSS Criação do CNAS Lei do voluntariado – 1998 Lei da filantropia – 1988 Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Termo de Parceria – 1999

Fonte: Mestriner (2008).

Tivemos, em 2014, o estabelecimento do regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, assim como a definição das diretrizes para esta política de fomento, colaboração e cooperação, através da Lei n.º 13.019, conhecida como Marco Regulatório do Terceiro Setor (BRASIL, 2014).

Foram, portanto, diversas as transformações que a saúde no Brasil passou desde a dominação portuguesa até a criação do SUS, das políticas excludentes e marginalizadoras à efetiva intervenção e reconhecimento estatal deste direito social. Há ainda muito o que

aprimorar e muitas lutas ainda estão longe de serem vencidas. É preciso que estudos e intervenções acadêmicas auxiliem neste processo de consolidação da política pública de saúde, apresentando críticas e soluções que proporcionem melhorias substanciais nas ações governamentais e nos instrumentos adotados.

Nesta pesquisa adentraremos em uma abertura que a Constituição Federal se permite, em seu art. 199, onde define que a iniciativa privada possa participar da prestação de serviços de saúde pública de forma complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos. É neste cenário que se inserem os hospitais filantrópicos. Com origem ainda no período da colonização do país, estas organizações sempre tiveram como objetivo atender às pessoas carentes e necessitadas de serviços básicos de saúde que o Estado não garantia. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2015, os hospitais gerais considerados filantrópicos, correspondem a 1/4 das unidades hospitalares e da disponibilidade de leitos do SUS. Percebe-se também a significativa concentração destas casas de caridade em cidades do interior, sendo, para a maioria desses municípios, a única referência (BARBOSA, 2003; 2004). “É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de atenção à saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.8).

A presença do atendimento hospitalar como um dos elementos base da política pública de saúde exige uma atenção especial do Estado, através de metas e estratégias de consolidação da qualidade da assistência e da gestão destes estabelecimentos, assim como na preocupação com a sustentabilidade econômica destes.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar foi instituída a partir da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde. O texto da normativa foi construído desde outubro de 2012, através das discussões desenvolvidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), colegiado composto por representantes dos gestores do SUS nas três esferas de governo. Esta discussão foi intensificada após a publicação das consultas públicas nº 19 (minuta da portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar) e nº 20 (minuta da nova portaria que regulamentaria a Contratualização Hospitalar) em novembro do mesmo ano. O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) difundiu as discussões nas secretarias estaduais de saúde através de oficinas e reuniões. A política pública foi construída de forma participativa, ou seja, com a intervenção dos representantes das três esferas de governo

(CONASS, 2013). Entretanto, há algumas diferenças entre a proposta da CIT e a Portaria efetivamente publicada pelo Ministério da Saúde em 2013, demonstrando que a ideia final foi definida pelo Governo Federal a partir das contribuições recebidas, mas sem sua total subordinação aos resultados da arena de discussão.

A necessidade de formular e implementar uma política pública específica para o setor hospitalar é decorrente da publicação, em 2010, da Portaria MS nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). “É imperativa a necessidade de normalização deste componente, readequando seu papel frente as necessidades da RAS<sup>1</sup>, a fim de qualificar a assistência oferecida e garantir a eficiência dos recursos alocados” (CONASS, 2013, p. 4). Além disso, a política inter-relaciona-se com as políticas nacionais de regulação, de atenção básica, de atenção à urgência, de humanização, dentre outras.

Como principais contribuições das discussões realizadas observa-se as preocupações em: definir claramente o papel dos hospitais frente aos demais pontos de atenção na rede; garantir que os princípios de equidade, acesso, escala e qualidade sejam observados; mudar o mecanismo de custeio rompendo com o binômio tabela de procedimentos e incentivos; mudar a gestão/gerência do setor hospitalar; reduzir as desigualdades regionais em termos de oferta de serviços; garantir a atenção à população indígena; transparência e eficiência dos serviços; participação social; e instituir um sistema de informações para controle e avaliação dos resultados quantitativos, financeiros e qualitativos. A partir das discussões houve um consenso de que questões operacionais da política não seriam abordadas na portaria, pois tratam-se de pactuações gestor a gestor que variam de acordo com circunstâncias regionais (CONASS, 2013). Desta forma, o texto do normativo apenas apresenta diretrizes gerais a serem seguidas, sem qualquer procedimento, meta ou ações concretas.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar busca desenvolver o setor hospitalar brasileiro através de seis eixos estruturantes: (1) Assistência Hospitalar (garantir o atendimento da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, respeitando as normas de humanização, regulação e de qualidade e melhorando os serviços de auditoria); (2) Gestão Hospitalar (profissionalização da administração e adoção de ferramentas para gestão tais como contrato interno, plano diretor, ouvidoria, sistemas de informação, etc.); (3) Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho (aperfeiçoar mecanismos de

---

1 RAS = Rede de Atenção à Saúde

provimento, fixação e habilitação de profissionais); (4) Financiamento (custeio tripartite e investimentos para a ampliação da capacidade instalada e redução das desigualdades regionais e dos vazios assistenciais, para a renovação do parque tecnológico e inovações em tecnologias e para contemplar os programas prioritários do SUS); (5) Contratualização (adoção de instrumento legal entre o governo e os hospitais que contemple metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa); e (6) Responsabilidades de cada Esfera de Gestão (Ministério da Saúde: estabelecer as diretrizes nacionais e regulamentar, cofinanciar, monitorar e avaliar / Governos estaduais e municipais: cofinanciar, coordenar a implementação, desenhar a rede de atenção, gerir os hospitais sob sua responsabilidade, monitorar e avaliar) (BRASIL, 2013a).

Durante as discussões para a formulação da portaria, não houve consenso em relação à preocupação em mudar a forma de financiamento da tabela de procedimentos mais incentivos. Mantiveram-se as regras já adotadas desde 2004 pelos programas de reestruturação e contratualização até então vigentes. O incentivo antes adotado (o IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização) muda de nome para IGH (Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar), sem grandes alterações em termos práticos. Outro problema enfrentado pelos programas de contratualização (dos hospitais filantrópicos, de ensino e de pequeno porte), a falta de um sistema de informações que pudesse registrar e monitorar os contratos e os resultados, foi sugerido no texto aprovado pela CIT, mas não contemplado no texto final da portaria (CONASS, 2013).

Como uma política recente, provavelmente sofrerá alterações ao longo de sua implementação. O texto em si não é inovador e pouco altera as regras já vigentes através dos programas fragmentados criados desde 2003. Podemos considerar como avanços: a unificação destas segmentações, propiciando melhor controle dos resultados e uma avaliação mais condensada; a integração da assistência hospitalar na rede de atenção à saúde de forma normatizada; a inter-relação com as demais políticas do Ministério da Saúde; a preocupação com as desigualdades regionais da assistência e com as minorias (fortalecimento da equidade); e a construção coletiva através de proposições (portarias para consulta pública), oportunidade para debates e contribuições das esferas de governo que implementarão a política e a parcial adoção destas sugestões e críticas.

A partir desta contextualização apresentada, introduzimos o objeto de estudo desta pesquisa, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no

SUS, apresentando suas particularidades, fluxos, composição e operacionalização, além de alguns fatores críticos de sucesso e de fracasso já identificados por outras pesquisas.

### **2.3.1 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos**

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS visa a melhoria da assistência, da gestão e do financiamento nestes estabelecimentos de saúde através da mudança da forma de pagamento (do pagamento feito a cada procedimento realizado para o pagamento global vinculado à produtividade e ao cumprimento de metas de qualidade).

Além do exposto acima, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS visa: assegurar uma perspectiva sistêmica de rede; a integralidade da atenção e o alinhamento com as políticas prioritárias do SUS; facilitar e dinamizar os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados; promover maior transparência na relação com o gestor local do SUS; ampliar os mecanismos de participação e controle social; promover maior comprometimento do corpo de colaboradores da instituição; incentivar o uso racional dos recursos e a incorporação de tecnologias da informação; incentivar a formação de equipes multiprofissionais e da horizontalidade da organização do trabalho; promover, através de indicadores, a segurança dos pacientes, identificando-os corretamente, melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde, controlando melhor a prescrição, uso e administração de medicamentos e estabelecendo processos mais exigentes de higienização para evitar infecções; e possibilitar o questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional (CAVALCANTE, 2012).

A Portaria nº 1.721/05, que criou o programa, foi revogada e aprimorada pela Portaria nº 3.410/13. Esta alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, criada em 2013, que prevê uma melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade desta assistência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e gestão da força de trabalho, no financiamento, na contratualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão. Está também interligada às Políticas Nacionais de Regulação, de Atenção Básica, de Atenção à Urgência, de Humanização, dentre outras (BRASIL, 2013a).

A Contratualização como um mecanismo de planejamento, avaliação, controle e regulação proposto por esse programa estabelece metas quantitativas e qualitativas em dois eixos – assistência e gestão – rompendo então com a lógica de pagamento por produção (BRASIL, 2005; 2013b; QUINTELLA 2007; CAVALCANTE, 2012). As metas quantitativas referem-se à quantidade de procedimentos realizados pelo hospital no período avaliado e, inicialmente, correspondem a 90% do valor a ser recebido. As metas qualitativas enquadram desde a redução da mortalidade ou infecção hospitalar até a participação de funcionários do hospital em cursos de gestão. O percentual referente às metas qualitativas aumenta gradativamente a cada período avaliado até atingir 50% do valor a ser recebido. Os recursos financeiros, portanto, vinculam-se cada vez mais ao cumprimento de metas de qualidade e desempenho e são menos influenciados pela quantidade de serviços prestados (QUINTELLA, 2007; CAVALCANTE, 2012).

Para auxiliar neste processo, o Ministério da Saúde instituiu o IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização, substituído pelo IGH – Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar, através da Portaria 3.410/13. Trata-se de um recurso extra à produção destas unidades que tem como função estimular o investimento em qualificação profissional e em melhorias nos processos administrativos, sem prejuízo às causas assistenciais. Destina-se a cada hospital filantrópico contratualizado a quantia referente a 50% do valor contratado para os procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2013b).

A lógica do pagamento por produção, como dito anteriormente, dá espaço à orçamentação global mista, conforme estabelecido pela portaria que cria o programa (2005) e distribuída da seguinte forma:

- a) **Parcela pós-fixada:** continua nos mesmos moldes anteriores, pagando-se por produção os serviços considerados de alta complexidade ou financiados pelo FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, além de políticas prioritárias ou especiais instituídas pelos governos federal ou estadual (Rede de Urgência e Emergência, Campanha de Cirurgias Eletivas, dentre outros);
- b) **Parcela pré-fixada:** passa a ser formada pela média da produção na média complexidade em um determinado período, além dos incentivos a que tem direito a instituição (IGH, Integrasus). Estes valores são revistos apenas quando há alguma alteração no nível de produção ou nas quantidades pactuadas e estão atrelados ao cumprimento de metas. Em sua

fase inicial, os hospitais contratualizados têm, na composição de suas parcelas fixas, 90% para as metas físicas e 10% para as qualitativas (indicadores), aumentando gradualmente, 5% ao ano, até atingir a proporção 50/50.

Tabela 3 – Cálculo da parcela pré-fixada e distribuição de metas.

<b>PARCELA PRÉ-FIXADA DE ACORDO COM A PORTARIA MS Nº 1.721/05</b> (Calcula-se a média dos valores pagos nos últimos 12 meses referentes aos procedimentos de média complexidade e distribui entre dois tipos de metas)	
<b>Metas Quantitativas (90%)</b>	<b>Metas Qualitativas (10%)</b>
Cumprimento de um número preestabelecido de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.	Cumprimento de indicadores estabelecidos tais como redução da mortalidade ou da infecção hospitalar, participação de funcionários do hospital em cursos de gestão.

Fonte: do autor.

Quando os hospitais não conseguem cumprir alguma das metas temos um desconto proporcional no valor devido (média dos últimos doze meses). Os incentivos não sofrem descontos. Temos assim uma lógica de penalização pelo descumprimento de metas, em vez de um sistema de incentivo ao cumprimento destas. O IGH não está relacionado aos resultados de produtividade ou de qualidade. É um valor integral pago apenas pela adesão ao programa (BRASIL, 2005).

A tabela de preços adotada pelo Ministério da Saúde passa a ser apenas uma referência, considerando que o pagamento não estará diretamente vinculado a ela. Utiliza-se da tabela para a formação das parcelas a serem pagas e na repactuação das metas, mas durante a execução do contrato são as metas físicas e de qualidade que determinam o montante real a ser recebido pela prestação dos serviços (BRASIL, 2005; 2013b).

Para o sucesso deste programa, surge a necessidade de estabelecer um processo dinâmico e sistêmico de acompanhamento e avaliação. É para estes fins que se prevê a constituição das comissões permanentes de acompanhamento de contratos (BRASIL, 2005; 2013b). Estes grupos, formados por representantes do órgão gestor do SUS municipal/estadual, dos governos municipais abrangidos, dos hospitais e de representantes da sociedade (Conselho de Saúde), passam a ser a peça chave de todo o processo, pois serão através de suas reuniões que as metas serão traçadas, o papel do hospital na rede será definido, as necessidades de saúde da população serão negociadas e os recursos financeiros serão estabelecidos. Todos os atores devem estar em sintonia e buscando um objetivo comum

(BRASIL, 2005; 2013b).

Este novo contexto de assistência e de gestão em que o hospital passa a estar inserido precisa ser formalizado. Temos então uma nova ferramenta, o POA – Plano Operativo Anual. Nele, o perfil assistencial da instituição e seu papel na Rede de Atenção à Saúde devem estar claros, assim como as metas que deverão ser cumpridas, focando sempre na prestação de serviços à população e na melhoria da gestão. O POA também é um importante instrumento de negociação e planejamento das ações. As metas e os valores a serem pagos estão previamente definidos neste documento (BRASIL, 2005; 2013b).

Esta antecipação e conhecimento prévio dos valores a que tem direito a instituição permitem um melhor planejamento orçamentário e de fluxo de caixa. Contudo, a contrapartida dos hospitais pelos recursos recebidos passa a ser constituída em dois eixos, acrescentando as metas de gestão e de melhoria na assistência à tradicional prestação de serviços. Temos nessa inovação, ou seja, na quebra da relação procedimento versus pagamento, um importante avanço atribuído à Portaria nº 1.721/05. Nos moldes anteriores não havia incentivo à reestruturação hospitalar, nem tampouco o incentivo à qualificação profissional, à reformulação de processos e à renovação tecnológica. É justamente no eixo da gestão que deverão ser quebrados antigas estruturas administrativas, permitindo a implementação de ações efetivas para a busca do resultado financeiro positivo (QUINTELLA, 2007).

Contudo, estas mudanças não são simples e imediatamente aplicáveis, como se pode supor e, normalmente, quem mais sente o impacto são os hospitais contratados. Enquanto os demais atores apenas participam do levantamento de demandas e a avaliação dos resultados, cabem aos hospitais toda a adaptação a esta nova realidade. É complexa, por exemplo, a desvinculação da produção com o valor recebido. Boa parte dos profissionais que irão cuidar dos pacientes diretamente, como os médicos e os fisioterapeutas, são autônomos, ou seja, prestam serviços ao hospital e seus rendimentos continuam sendo por produção. Trata-se de um novo processo gerencial árduo não apenas para administrar e direcionar os recursos, mas também para cumprir as metas qualitativas, considerando que o contrato ou acordo com estes profissionais são restritos às questões quantitativas. É um conflito a ser administrado e que não é compartilhado com os outros atores da comissão de acompanhamento (LIMA, 2012; COUTTOLENC, 2009).

Ainda referente aos problemas internos dos hospitais há diversos outros fatores

contrários às mudanças. Tradicionalmente ligados a instituições religiosas, os hospitais filantrópicos ainda hoje possuem a mesma estrutura de poder centralizadora, conservadora e sem muitos avanços significativos em suas estruturas e métodos de gestão. Bernardes (2010) destaca que, nestes ambientes, há uma presença marcante de três pilares de sustentação, formados pelos médicos (força técnica hegemônica), os presidentes ou provedores (força política) e os administradores (força técnica administrativa). Assim como no governo, nestas entidades não há uma continuidade de comando, considerando que os presidentes são periodicamente trocados através de eleições e que os administradores podem ter sido escolhidos por indicação política, em vez da qualificação profissional, havendo alternância também nesta posição. Além disso, “(...) nem sempre estes integrantes possuem os mesmos conhecimentos, o mesmo comprometimento, os mesmos interesses na organização, ou as mesmas informações necessárias e suficientes para tomada de decisão” (BERNARDES, 2010, p.12). A forma como estes atores se relacionam e os conflitos/congruências de interesses podem gerar organizações relativamente iguais com resultados diferentes.

A vivência entre os hospitais filantrópicos nos mostrava que alguns conseguiam ser economicamente estáveis e que conseguiam se manter financeiramente. Outros hospitais até conseguem obter algum desempenho financeiro positivo e reinvestem em melhorias, e tantos outros hospitais filantrópicos estão com suas operações comprometidas e o encerramento de suas atividades se aproximando, face a dívidas impagáveis que se acumulam ao passar dos anos. (BERNARDES *et al*, 2010, p. 2)

Voltamos à problemática do financiamento. A tabela de preços adotada pelo Ministério da Saúde tem suas defasagens e, raramente, tem seus valores revistos. Segundo a Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná – FEMIPA, de julho de 1994 até agosto de 2011, observou-se um reajuste de 57,30% na tabela, enquanto a inflação, no mesmo período, atingiu 503,54% para o setor hospitalar (SPIGOLON, 2013). A partir dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e por algumas instituições que calculam a inflação no país, apresentamos na Tabela 4, o quadro comparativo entre o valor de reajuste da Tabela do SUS e os índices de inflação, a partir de 2008 (primeiro ano com os valores dos procedimentos da Tabela SUS disponíveis na base de dados do Ministério da Saúde – SIGTAP):

Tabela 4 – Comparativo entre Índices de Inflação e Reajustes na Tabela do SUS.

Índices	IPCA/IBGE	IGP-M/FGV	Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH)	Tabela SUS
<b>Varição entre 2008 e 2016</b>	64,49%	64,64%	180,54%	27,48% - Hospitalar 40,80% Ambulatorial

Fonte: site dos institutos de pesquisa e Ministério da Saúde/Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.

Segundo dados disponíveis na base do Ministério da Saúde, entre 2008 e 2016 tivemos um reajuste de 27,48% nos procedimentos hospitalares e de 40,80% nos ambulatoriais. No mesmo período, o índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH) aponta uma inflação de 180,54% no setor, enquanto os índices gerais de inflação IGPM e IPCA indicam variações de aproximadamente 64,50%. Portanto, apesar de não ter sido possível obter os dados do período citado pela FEMIPA, é possível perceber como a Tabela SUS está defasada, conforme exposto pelos representantes dos hospitais. No intervalo entre 2008 e 2016, o reajuste ficou quase duas vezes menor que os índices gerais de inflação (IPCA e IGP-M) e mais de cinco vezes menor que a variação do custo médico-hospitalar (VCMH). A pesquisa da FEMIPA indicava uma defasagem de quase nove vezes a inflação do período entre 1994 e 2011.

Conforme informações disponibilizadas no site da FEMIPA, em 2013, o Ministério da Saúde teria decidido não mais reajustar a tabela de procedimentos, considerando que são apenas valores de referência e que apenas o IGH sofreria variações, quando houver disponibilidade financeira para tal. A organização almejava um reajuste de 100% nos valores dos procedimentos ou de 100% no valor do Incentivo, mas este índice, após meses de negociações, chegou apenas ao patamar de 50% do valor atualmente contratado na média complexidade, frente aos 26% pagos anteriormente. A maioria dos hospitais filantrópicos, para cobrir seus custos de operação, precisa recorrer à saúde suplementar, onde os lucros obtidos dos pacientes particulares ou de convênios privados suprem a defasagem gerada pelas internações públicas (SPIGOLON, 2013).

Além dos problemas relacionados ao valor dos procedimentos, verifica-se também outros desafios, como o teto (PPI<sup>2</sup>) da média e alta complexidade e das diárias de UTI, que

2 A PPI (Programação Pactuada e Integrada) é um instrumento de planejamento, controle e negociação entre os gestores do SUS. Estipula-se o quantitativo de procedimentos (e o respectivo valor financeiro) a que cada município tem direito de realizar, de acordo com critérios

acaba limitando as revisões das parcelas pré-fixadas. Chega-se a uma fase onde, por mais que o hospital aumente sua produtividade e atinja as metas estabelecidas, os recursos ficam estáveis e forma-se a “gaveta” de laudos excedentes (ou Autorizações de Internações Hospitalares - AIHs represadas). Buscando-se na base de dados do Ministério da Saúde o valor das internações realizadas no mês de dezembro de 2015 nos estabelecimentos de saúde participantes desta pesquisa, por exemplo, e o valor do Teto PPI para atendimento hospitalar no município, percebe-se que já se produz mais do que se recebe de recursos para pagar estas internações. No referido mês, o valor total das internações dos dois hospitais, em conjunto, foi de R\$ 815.634,58, enquanto o Teto PPI foi de R\$ 752.726,88.

Nas teorias econômicas e administrativas verifica-se frequentemente a produção em escala como uma importante estratégia para a redução dos custos e aumento da lucratividade, mas, na realidade destes hospitais, há um problema incoerente. Há metas de redução da taxa de permanência conjugadas com metas de aumento da taxa de ocupação e, ao mesmo tempo, restrição orçamentária e perda de escala. Entende-se a perda de escala por diversos motivos, como por exemplo, a deficiência da rede regional, onde diversos municípios limítrofes preferem referenciar seus procedimentos para hospitais mais distantes, buscando uma melhor qualidade e regularidade na prestação de serviços. Há também a crescente contratação de estabelecimentos de saúde privados, sem natureza filantrópica, buscando os mesmos benefícios do caso anterior. Diante do exposto, percebe-se que a própria falta de qualidade e regularidade na prestação dos serviços pelo hospital gera a fuga dos “clientes” (busca de atendimento em outros municípios). A perda de escala só traz mais prejuízos e, conseqüentemente, menos recursos para a melhoria da gestão e da assistência (COUTTOLENC, 2009).

Conjugados a estes desafios financeiros, destacam-se as dificuldades na própria implementação das novas rotinas estabelecidas por este programa governamental.

Manter o sistema nacional de informações que é constituído sobre a lógica do pagamento por procedimento. Isso tem sido um grande aprendizado para os gestores e para os hospitais também, porque mudamos a forma de relacionamento dentro da contratualização da média complexidade e por outro lado mantemos a utilização dos nossos sistemas de base nacional que

---

demográficos e socioeconômicos, e cada município pode executar estes atendimentos ou negociar com outros municípios próximos que possam realizá-los. O Governo Federal financia as ações de saúde pública de acordo com o valor financeiro que compete a cada município executor, transferindo os recursos diretamente do Fundo Nacional aos fundos dos gestores locais (municípios com gestão plena do sistema municipal de saúde) ou para o Governo Estadual (que administra os recursos de média e alta complexidade dos demais municípios).

são construídos numa lógica de pagamento por procedimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 59)

E ainda: “Para cada hospital foi necessário produzir indicadores e construir ferramentas para esse acompanhamento. As ferramentas de base nacional se mostram, algumas vezes, insuficientes para dar conta do processo de acompanhamento da forma proposta.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 60)

Em um estudo desenvolvido pelo próprio Ministério da Saúde (2010), pode-se observar os resultados iniciais do novo programa criado. Foi analisado o período entre 2003 e 2010<sup>3</sup>. Responsáveis por trinta hospitais de ensino e cinquenta e um filantrópicos foram entrevistados. Os gestores governamentais dos municípios/estados sede destes estabelecimentos também participaram da pesquisa. A síntese dos resultados é apresentada abaixo:

Tabela 5 – pontos positivos e negativos encontrados nos hospitais filantrópicos contratualizados pesquisados pelo Ministério da Saúde

EIXO	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
Gestão	79,90% dos HF possuem conselho diretor, 71,90% plano formal, 66,90% avaliação periódica de RH e 65,80% incentivos à educação continuada com apoio financeiro.	Apenas 47,40% dos HF possuem conselho gestor, 33% outros colegiados internos e 12% incentivos à realização de pesquisa com apoio financeiro, além de apenas 14,50% terem ganhos associados ao alcance de metas.
Assistência	87,70% dos HF possuem protocolos de enfermagem, 100% realizam diariamente visitas médicas, 93,90% de enfermagem e 95,60% de familiares aos pacientes internados, 90,50% realizam pesquisa de satisfação ao menos uma vez por ano, 87,40% possuem rotinas de desospitalização e 55,20% estão com ouvidoria em funcionamento.	Apenas 21,70% dos HF realizam gestão de doenças e 34,20% de caso, 16,70% realizam estudos de variação da prática médica e 36,90% possuem sistema de classificação das internações.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2010).

É baixo o percentual de hospitais que oferecem ganhos associados ao alcance de metas para as equipes. Assim, torna-se mais difícil atingir os índices de desempenho satisfatórios. A parcela variável em função do cumprimento de metas qualitativas incentiva os hospitais, mas

3 Apesar do programa de contratualização dos hospitais filantrópicos ter sido criado em 2005, esta pesquisa compreendeu o período entre 2003 e 2010 pois também englobou a avaliação dos hospitais de ensino, cujo programa de contratualização foi instituído no ano de 2003.

não suas equipes. É um cenário preocupante e que necessita de análises mais aprofundadas e de revisão no programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As Tabelas 6 e 7, adaptadas do estudo do Ministério da Saúde (2010), apresentam os itens mais associados a cada seguimento (benefícios, aspectos facilitadores e obstáculos à contratualização), a partir de uma lista de opções previamente estabelecida que foi fornecida a cada entrevistado, separando os resultados das respostas dadas pelos representantes dos hospitais filantrópicos e das secretarias municipais de saúde:

Tabela 6 – Resultado das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos hospitais filantrópicos pesquisados pelo Ministério da Saúde (continua).

<b>HOSPITAIS FILANTRÓPICOS</b>	<b>PRIMEIRAS POSIÇÕES<sup>4</sup> (opções mais citadas)</b>	<b>ÚLTIMAS POSIÇÕES (opções menos citadas)</b>
Benefícios advindos e/ou associados à contratualização	<p>Maior integração do hospital na rede, Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados, Melhoria nas práticas de humanização do hospital, Melhoria do registro da produção realizada, Melhoria na gestão hospitalar, Maior conhecimento do hospital e Maior conhecimento das necessidades da rede.</p>	<p>Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços, Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica, Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”, Incremento da produção de procedimentos de alta complexidade, Abertura/fechamento de serviços na rede e Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede.</p>
Aspectos facilitadores à contratualização	<p>Continuidade da equipe de gestão do hospital, Estrutura de gestão do hospital desenvolvida, Continuidade sobre a capacidade de produção do hospital, Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede, Continuidade da equipe de gestão da Secretaria, Modelo de gestão preexistente no hospital valorizando metas e indicadores e Sistemas de informação bem estruturados.</p>	<p>Mudança de esfera de governo da parte contratante, Existência de planejamento na Secretaria, Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria, Funcionamento regular da comissão de acompanhamento de convênio/contrato e Estrutura de gestão da Secretaria desenvolvida.</p>

4 As primeiras posições representam as alternativas disponíveis mais indicadas, pelos entrevistados, como adequadas aos itens analisados (Benefícios advindos e/ou associados à contratualização, Aspectos facilitadores à contratualização e Obstáculos à contratualização) enquanto as últimas posições representam as alternativas menos escolhidas.

Tabela 6 – Resultado das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos hospitais filantrópicos pesquisados pelo Ministério da Saúde (conclusão).

Obstáculos à contratualização	Orçamento do convênio/contrato subestimado, Insuficiência ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede, Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria, Metas físicas de produção subestimadas no POA, Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do gestor e Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA.	Monitoramento insuficiente das metas do POA por parte do hospital, Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA, Metas físicas de produção superestimadas no POA, Controle e monitoramento por parte do gestor são excessivos e Mudança de esfera de governo da parte contratante.
-------------------------------	--	---

Fonte: adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010).

Tabela 7 – Resultado das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos governos municipais/estaduais pesquisados pelo Ministério da Saúde (continua).

<b>SECRETARIAS DE SAÚDE</b>	<b>PRIMEIRAS POSIÇÕES<sup>5</sup> (opções mais citadas)</b>	<b>ÚLTIMAS POSIÇÕES (opções menos citadas)</b>
Benefícios advindos e/ou associados à contratualização	Maior conhecimento do hospital, Maior conhecimento das necessidades da rede, Maior integração do hospital na rede, Melhoria do registro da produção realizada, Melhoria das práticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas sobre a assistência prestada e recursos utilizados e Melhoria da qualidade assistencial do hospital.	Realização de pesquisas atendendo demandas da rede de serviços, Incremento de novas modalidades assistenciais “desospitalizantes”, Diminuição da produção de procedimentos de atenção básica, Incremento da produção de procedimentos de alta complexidade, Abertura/fechamento de serviços na rede e Melhoria na eficiência do uso de recursos da rede.
Aspectos facilitadores à contratualização	Conhecimento sobre a capacidade de produção do hospital, Sistemas de informação bem estruturados, Existência de planejamento na Secretaria, Estrutura de gestão da Secretaria desenvolvida, Continuidade da equipe de gestão do hospital e Conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede.	Mudança de esfera de governo da parte contratante, Modelo de gestão preexistente no hospital valorizando metas e indicadores, Funcionamento regular da comissão de acompanhamento de convênio/contrato, Estrutura de gestão do hospital desenvolvida e Funcionamento adequado da central de regulação da Secretaria.

5 Idem nota de rodapé nº 5.

Tabela 7 – Resultado das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos governos municipais/estaduais pesquisados pelo Ministério da Saúde (conclusão).

Obstáculos à contratualização	Ausência de incentivos para as equipes do hospital que valorizem o alcance das metas do POA, Baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA, Orçamento do convênio/ contrato subestimado, Insuficiência ou imprecisão sobre a capacidade de oferta do hospital e Insuficiência ou imprecisão sobre as necessidades de saúde da população e da capacidade de oferta da rede.	Mudança da esfera de governo da parte contratante, Controle e monitoramento por parte do gestor são excessivos, Uso dos recursos do convênio/contrato para pagamento de pessoal, Metas físicas de produção superestimadas no POA e Inexistência ou funcionamento inadequado da central de regulação da Secretaria.
-------------------------------	--	--

Fonte: adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010).

Em geral, poucos são os pontos de discrepância entre as respostas dos gestores públicos e dos gestores hospitalares. Contudo, cabem algumas considerações. É interessante o fato do poder público não considerar a melhoria na gestão hospitalar e a melhoria nas práticas de humanização do hospital como benefícios associados à contratualização. Ou estes atores ainda não conseguiram visualizar os dois eixos estruturantes do programa de reestruturação, ou, nestes municípios, os problemas de assistência são tão grandes que a importância da gestão acaba ficando em segundo plano.

Em relação aos aspectos facilitadores, percebe-se que cada entrevistado visualizou a contratualização sob o seu único ponto de vista. As secretarias consideram a sua própria gestão como mais importante no processo, enquanto os hospitais demonstram o mesmo. Já quando analisamos as dificuldades, há uma responsabilização cruzada. Os hospitais condenam os problemas oriundos das secretarias e vice-versa.

Um dos resultados desta pesquisa indica a baixa adesão das equipes do hospital com o alcance das metas do POA como uma dificuldade de pouco destaque na contratualização, ou seja, os profissionais não participam da busca pelo alcance das metas e isto não é visto como um grande problema pelos administradores dos hospitais. Como vimos anteriormente, a maioria dos hospitais não possui, na administração de recursos humanos, incentivos atrelados ao cumprimento de metas. Ao finalizarmos a análise dos resultados da pesquisa, percebemos que talvez esta ação não é adotada justamente devido ao seu grau de importância ser bem reduzido em relação a outros aspectos. Torna-se necessário um estudo mais aprofundado deste aspecto, buscando respostas para questionamentos como: os gestores hospitalares buscarão o

cumprimento das metas sozinhos? Esta ação não é adotada por limitação orçamentária ou realmente por não se enxergar benefícios com ela? Seria pertinente reservar, por força de contrato, parte do IGH para remuneração de pessoal, envolvendo metas com estímulos à qualificação e ao resultado? As metas realmente estão sendo bem definidas e monitoradas, trazendo penalizações às instituições deficitárias? Em qual percentual a parte qualitativa da parcela pré-fixada se encontra nestes hospitais? Qual percentual é considerado significativo para que os hospitais comecem a se preocupar efetivamente com o cumprimento de metas?

Após todas estas informações esclarecedoras ou questionadoras, podemos perceber a complexidade do setor hospitalar brasileiro. Há uma certa unanimidade, pelos pesquisadores e trabalhadores envolvidos na Contratualização, de que estamos entrando em uma nova fase na gestão da saúde pública, mas infelizmente estes avanços ainda não são visíveis. “No que tange à estruturação gerencial e assistencial dos hospitais contratualizados, o estudo desenvolvido não provê evidências de que tenha havido melhorias resultantes da contratualização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 52).

Segundo os pesquisadores atuantes em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, “O processo de contratualização em si ainda carece de maior profissionalismo, sendo latente o despreparo para o estabelecimento dos contratos/convênios, para o seu monitoramento e implementação de incentivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 53). Além disso, para o Sr. José Ênio Servilha Duarte, do Conasems, “Quando analisamos as portarias da contratualização e estruturação dos Hospitais Universitários e dos Hospitais Filantrópicos, percebemos que não se cumpre metade do que está definido. Mas, há tempo de recuperar em muito essas questões” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 9). E ainda, “(...) merece menção especial a baixa relevância ainda atribuída à contratualização, como oportunidade de indução da melhoria da qualidade assistencial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 53).

(...) a avaliação global do processo de contratualização (...) parece de fato refletir o conjunto de características vigentes, convergindo na indicação de um processo que já apresenta benefícios e tem forte potencial de introduzir melhorias significativas sobre elementos contemplados, mas que ainda carece de maior esforço de estruturação e profissionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 53)

Um dos principais avanços do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos foi a inserção deste na Política Nacional de Atenção Hospitalar, em 2013. Anteriormente, este programa, assim como seus similares dedicados aos hospitais de ensino e os de pequeno porte, era fragmentado e não inserido em um seguimento bem

definido dentro da política pública de saúde como um todo. Eram ações isoladas dentro do SUS com objetivos definidos, mas sem uma política macro que unissem os três programas de contratualização, planejasse e controlasse os resultados conjuntamente e sem interligação entres estes e as demais políticas de saúde pública e os demais segmentos da rede de atenção. Tinha assim, um programa incipiente e em constante aprimoramento (COSEMS, 2013).

Cabe a esta pesquisa, a partir deste ponto, avaliar a implementação deste programa em dois estabelecimentos de saúde selecionados, para expor a percepção dos envolvidos sobre estas mudanças e os níveis de integração com as demais políticas de saúde interligadas, de desenvolvimento dos objetivos iniciais e de inovação introduzida e se os processos em execução estão de acordo com o planejado e instituído na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

### 3 METODOLOGIA

Neste trabalho pesquisamos a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar em dois estabelecimentos de saúde, tendo como referência o Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS em seus três eixos estruturantes: financiamento, assistência e gestão. Os dois estabelecimentos de saúde foram selecionados de acordo com os critérios de acessibilidade, disponibilidade e de localização.

A modalidade de avaliação de políticas públicas adotada foi a de avaliação de processo, que visa investigar como o programa funciona (etapas, mecanismos, processos e conexões), detectar defeitos na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades. Essa avaliação se realiza concomitantemente ao desenvolvimento do programa, portanto, o uso adequado das informações produzidas permite incorporar mudanças ao seu conteúdo (COSTA e CASTANHAR, 2003). Nesta pesquisa focamos nos processos e no mecanismo de implementação (contrato de metas) adotados pela política.

A pesquisa se classifica como descritiva e qualitativa. As pesquisas descritivas buscam apresentar as principais características de determinados fatos ou fenômenos em uma realidade específica. Busca também descrever as estruturas, os processos e o relacionamento entre os atores, dentre outras faces do objeto de estudos. São consideradas “importantes na medida em que apresentam informações sobre fenômenos pouco estudados. Frequentemente formam uma base de dados para futuros trabalhos comparativos e de formulação de teoria” (GODOY, 2006, p. 124).

As pesquisas qualitativas “são apropriadas quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social [...] Normalmente, são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa” (MORESI, 2003, p. 71). Avaliar o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos sob a ótica exclusivamente quantitativa pode trazer resultados dissociados da realidade. Podemos constatar uma evolução de um determinado indicador em termos matemáticos, mas não podemos associá-lo diretamente como consequência do programa. Sem uma avaliação qualitativa e interpretativa dos atores envolvidos no processo não é possível concluir se os

resultados quantitativos obtidos são ou não resultado das interferências deste programa específico. Outras variáveis não mensuráveis podem influenciar no processo e somente a pesquisa qualitativa é capaz de identificá-los, mesmo que de forma subjetiva. As pesquisas quantitativas não consideram a importância dos conflitos de interesses, das relações de poder e dos contextos histórico, social, cultural, econômico e político como fontes de influência nas tomadas de decisão e nas ações. Considerando também a complexidade da realidade destes hospitais e do sistema de saúde, onde diversos programas e políticas públicas das três esferas de gestão podem se inter-relacionar e influenciar nos resultados umas das outras, uma análise meramente quantitativa não seria viável.

Para realização dessa pesquisa, utilizamos o método de estudo de caso, que permite compreender a realidade dinâmica dos estabelecimentos de saúde selecionados em uma perspectiva holística. O estudo de caso permite ao pesquisador descrever e analisar um fenômeno bem delimitado em profundidade. “[...] Consiste em uma investigação detalhada, frequentemente com dados coletados durante um período de tempo, de uma ou mais organizações, ou grupos dentro das organizações, visando prover uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno em estudo” (HARTLEY, 1995, p. 208-209 *apud* GODOY, 2006, p. 120).

Como métodos para coleta de dados utilizamos a pesquisa documental e as entrevistas semiestruturadas em profundidade (APÊNDICE A) com os administradores dos dois hospitais filantrópicos participantes do programa e com os demais integrantes da comissão de acompanhamento (gestor local do SUS e os representantes do governo estadual, dos municípios da microrregião e do conselho de saúde), totalizando os doze atores discriminados na Tabela 8. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

A cidade escolhida para esta pesquisa é de médio porte, com gestão plena do sistema municipal<sup>6</sup>, e localizado no interior de Minas Gerais. Os hospitais participantes são de médio

---

6 Segundo as normas vigentes (NOAS/SUS 01/02), há duas condições para o município participar da gestão do SUS: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo esta última de maior complexidade e de maior atuação do gestor local por receber o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território e por ter atribuições adicionais como: “Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública. (...) Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS”. (CONASS, 2003, p. 48)

porte, com serviços de média e alta complexidade. Os entrevistados e suas instituições foram identificados a partir dos seguintes códigos:

Tabela 8 – Relação dos entrevistados.

	<b>Cargo/Função na Comissão de Contratualização/Instituição</b>	<b>Código</b>
1	Representante titular da Secretaria Municipal de Saúde da sede dos hospitais	GM1
2	Representante suplente da Secretaria Municipal de Saúde da sede dos hospitais	GM2
3	Representante titular da Secretaria Municipal de Saúde da sede dos hospitais em gestões anteriores	GM3
4	Administrador / Representante titular do Hospital 1	H1T
5	Representante suplente do Hospital 1	H1S
6	Administrador / Representante titular do Hospital 2	H2T
7	Representante suplente do Hospital 2	H2S
8	Representante titular do Governo Estadual	GE1
9	Representante suplente do Governo Estadual	GE2
10	Representante titular da Secretaria Municipal de Saúde de um dos municípios da microrregião onde se localizam os hospitais	GMR
11	Representante titular do Conselho Municipal de Saúde	CM1
12	Representante suplente do Conselho Municipal de Saúde	CM2

Fonte: do autor.

Todos os entrevistados, com exceção do GM3, são membros da Comissão de Acompanhamento atualmente. A classificação entre suplente e titular baseia-se no nível hierárquico dentro de cada instituição. Por exemplo, o representante titular dos hospitais é o administrador, enquanto o suplente é algum assessor ou secretário que o auxilia tanto nas atividades administrativas internas quanto em sua função na Comissão de Acompanhamento da Contratualização. No caso do Conselho Municipal de Saúde temos seu presidente enquanto titular e o vice como suplente. Com exceção do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de um dos municípios da região dos hospitais participantes, as demais instituições possuem o hábito de enviarem às reuniões da comissão os dois membros que as representam, independente se titular ou suplente.

Além disso, foram selecionados e avaliados documentos (contratos, planos operativos, relatórios, atas de reuniões) e buscou-se em fontes secundárias públicas e acessíveis (Ministério da Saúde) dados quantitativos para analisar questões de produtividade, capacidade de atendimento, características epidemiológicas, informações financeiras, etc. Trabalhamos, portanto, com métodos mistos, utilizando tanto de dados quantitativos quanto qualitativos para melhor compreender e descrever o programa em análise.

Para construção e apresentação de resultados adotamos como método a análise de

conteúdo das entrevistas e dos documentos, cruzando as informações com os dados quantitativos colhidos. Através da análise de conteúdo é possível identificar o significado que cada entrevistado exterioriza em seu discurso e seu objetivo é “[...] compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2006, p. 98).

Para pesquisar a implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em dois estabelecimentos de saúde, avaliamos seus três eixos estruturantes: financiamento, assistência e gestão.

No eixo assistência à saúde, a partir dos dados coletados nos documentos reunidos, no DATASUS e no *site* do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), analisamos dados como a capacidade instalada, utilização de leitos e a qualidade da prestação de serviços nestes estabelecimentos. O eixo gestão foi avaliado a partir das entrevistas semiestruturadas, onde foram coletadas informações sobre a administração hospitalar, a situação pré-adesão ao programa, as possíveis mudanças nos anos posteriores, as dificuldades enfrentadas e a situação atual.

No eixo financiamento utilizamos de dados quantitativos financeiros coletados nas bases de dados nacionais (DATASUS). Foi selecionado como referência o intervalo entre 2011 e 2016 para comparar os valores financeiros que os hospitais receberiam adotando os modelos de contratação antigo (por produção) e atual (através de metas e incentivos).

As entrevistas semiestruturadas também foram utilizadas para explicação dos resultados obtidos, identificação de dificuldades e facilidades do processo de alteração da lógica contratual, descrição de possíveis conflitos entre os atores da rede de atenção e os atores da comissão de acompanhamento (hospitais, governo local, municípios da região, conselho de saúde), apresentação de dificuldades e conflitos internos ao hospital quanto ao cumprimento das metas, à adequação aos novos procedimentos e à modernização gerencial, exposição da situação financeira atual, dentre outros. Foi verificada também a evolução dos resultados e, a partir da opinião dos entrevistados, a relação entre estes e outras possíveis causas para o cumprimento ou não das metas.

O recorte temporal para coleta de dados quantitativos foram de seis anos (2011-2016). Tal período se justifica para que os resultados não estejam vinculados a apenas uma administração municipal (a forma de gerenciar os contratos pode variar de acordo com o perfil do gestor local do SUS).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta parte da pesquisa apresentamos os resultados, a partir da visão dos membros da Comissão de Acompanhamento do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. A discussão ocorrerá em cinco seções, sendo a primeira de sucinta contextualização e apresentação dos dois estabelecimentos de saúde selecionados, do município sede destes e do sistema de saúde regional (Rede de Atenção à Saúde). Em seguida, apresentaremos os resultados categorizados em conformidade com os três eixos do programa: assistência, gestão e financiamento. É importante esclarecer que os eixos, apesar de bem delimitados nas normativas do Ministério da Saúde, são complementares, interligados, interdependentes e de difícil fragmentação para discussão dos resultados. Desta forma, alguns pontos serão trabalhados em mais de um eixo. Por fim, na quinta seção, discutiremos o papel dos implementadores e traremos uma avaliação geral da política pública. Considerando a disponibilidade dos dados na base do Ministério da Saúde, o porte, a localização e o perfil assistencial semelhante dos dois hospitais participantes desta pesquisa e a convergência entre as percepções de seus representantes, apresentamos a maioria dos dados quantitativos de forma agrupada, ou seja, são os dados do município onde estes estão localizados. Onde foi possível separar os resultados, houve insignificante discrepância entre os dados dos dois estabelecimentos de saúde, o que não justifica a apresentação individualizada. As divergências identificadas serão expostas. Portanto, pode-se considerar que as constatações são pertinentes a ambos.

### **4.1 A Rede de Atenção à Saúde**

Esta pesquisa foi realizada por meio da percepção dos implementadores do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em dois estabelecimentos de saúde selecionados, cujo município onde estão instalados é sede de uma microrregião de Minas Gerais. Conforme definido na metodologia, escolhemos os dois estabelecimentos de saúde diante de critérios como acessibilidade, disponibilidade e localização, para permitir um melhor desenvolvimento das entrevistas e o fácil acesso aos dados primários utilizados (contratos, atas de reuniões e relatórios estatísticos).

Abaixo apresentamos a Tabela 9 resumida com os estabelecimentos de saúde presentes

tanto no município sede dos hospitais estudados quanto na microrregião em que estão localizados, formada por outros dezessete municípios de pequeno porte. O município sede é de médio porte, conforme podemos verificar a partir dos dados demográficos da Tabela 9:

Tabela 9 – Rede de Atenção à Saúde.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Município SEDE</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Total</b>
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	0	1	<b>1</b>
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1	0	<b>1</b>
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	2	2	<b>4</b>
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	19	46	<b>65</b>
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	10	41	<b>51</b>
HOSPITAL GERAL	2	8	<b>10</b>
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1	0	<b>1</b>
POLICLÍNICA	1	1	<b>2</b>
POSTO DE SAÚDE	2	12	<b>14</b>
PRONTO ATENDIMENTO	1	0	<b>1</b>
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	5	23	<b>28</b>
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0	3	<b>3</b>
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITAL-URGENCIA/EMERGENCIA	0	9	<b>9</b>
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	14	61	<b>75</b>
COBERTURA POPULACIONAL	58,87%	99,06%	<b>84,06%</b>
<b>POPULAÇÃO TOTAL</b>	<b>89.832</b>	<b>150.828</b>	<b>240.660</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES e IBGE – Estimativas de População.

Os dados da Tabela 9 permitem-nos observar que a microrregião conta, em sua rede de atenção, com 10 hospitais, sendo dois no município sede. Contudo, estes oito demais hospitais são de pequeno porte, não tendo a mesma importância assistencial na rede que os hospitais filantrópicos contratualizados em análise nesta pesquisa.

Outro dado importante na Tabela 9, diante da tendência e do esforço na centralização da assistência à saúde na atenção básica já explicitada ao longo deste trabalho, é o número de equipes de saúde da família, programa prioritário do SUS, e sua cobertura no município sede

e na microrregião.

Dos dezoito municípios, apenas dois não possuem 100% de cobertura do programa, sendo um deles o município sede dos dois estabelecimentos de saúde selecionados nesta pesquisa. Na Tabela 10 podemos observar que o percentual de cobertura deste é consideravelmente inferior ao percentual da microrregião, assim como das médias estadual e nacional. Esta possível deficiência na Atenção Básica pode ter consequências ao funcionamento da rede de atenção à saúde local, o que será discutido em momento posterior nesta pesquisa. A Tabela 10 apresenta também outros indicadores assistenciais locais e regionais e a comparação com as respectivas médias estadual e nacional. Os dados são do Ministério da Saúde e representam a realidade do ano de 2015 (último ano disponível no banco de dados nacionais).

Tabela 10 – Indicadores Assistenciais – 2015 – 18 Municípios.

<b>Indicador</b>	<b>Município SEDE</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Média Estadual</b>	<b>Média Nacional</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família	58,87%	84,06%	85,21%	73,00%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	27,02%	32,58%	31,36%	30,61%
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	58,29%	81,64%	81,98%	76,81%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	28,12%	58,43%	61,45%	52,87%
Taxa de Mortalidade	5,67%	5,06%	4,47%	4,19%
Valor médio por Internação	R\$ 1.540,60	R\$ 1.277,81	R\$ 1.382,75	R\$ 1.181,77
Média de Permanência (em dias)	5,3	5,1	5,1	5,3
Procedimentos Ambulatoriais de Média Complex. Por 100.000 hab.	0,72	0,61	0,98	1,25
Procedimentos Hospitalares de Média Complex. Por 100.000 hab.	3,74	4,35	3,77	3,46
Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complex. Por 100.000 hab.	4,26	3,56	4,04	5,2
Procedimentos Hospitalares de Alta Complex. Por 100.000 hab.	2,5	2,98	3,47	3,09

Fonte: Ministério da Saúde (TABNET).

A tabela permite observar que o município também é carente, ao comparar com as médias estadual e nacional, na cobertura de equipes de saúde bucal, apresenta taxa de mortalidade e o custo médio de internação elevados e até mesmo o Programa Bolsa Família tem sido menos eficaz no acompanhamento das condicionantes de saúde relacionadas aos objetivos deste (pré-natal, aleitamento materno, vacinação, nutrição infantil, etc).

Entretanto, apesar de uma possível deficiência na Atenção Básica, o percentual de internações ocorridas no município cujas doenças seriam sensíveis a este nível de atenção à saúde é baixo, comparando com as médias estadual e nacional.

No município sede dos dois estabelecimentos de saúde selecionados temos uma unidade de pronto atendimento, que conta com a complementação de uma rede regional de apoio à urgência e à emergência, conforme Tabela 9. Estas unidades são as principais portas de entrada para a Atenção Hospitalar em si, que se dá através dos dois hospitais de médio porte localizados no município sede. Ambos possuem mais de duzentos anos de existência, são filantrópicos, ligados a ordens religiosas católicas do município e apresentam perfis estruturais e assistenciais semelhantes. Enquanto entidades sem fins lucrativos, possuem como missão institucional o atendimento aos mais necessitados e a caridade, ajudando ao próximo sem qualquer interesse financeiro que não para a sua própria sustentabilidade.

A Tabela 11 apresenta os serviços prestados em conjunto por estes dois estabelecimentos de saúde em 2016, conforme dados disponíveis na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 11 – CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação – 2016 (continua).

---

116004 Serviço 116 / 004 CIRURGIA VASCULAR
116007 Serviço 116 / 007 CARDIOLOGIA CLINICA
117002 Serviço 117 / 002 TRATAMENTO EM QUEIMADOS
120002 Serviço 120 / 002 EXAMES CITOPATOLOGICOS
121001 Serviço 121 / 001 RADIOLOGIA
121002 Serviço 121 / 002 ULTRASONOGRAFIA
121003 Serviço 121 / 003 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
121004 Serviço 121 / 004 RESSONANCIA MAGNETICA
121012 Serviço 121 / 012 MAMOGRAFIA
122001 Serviço 122 / 001 TESTE ERGOMETRICO
122002 Serviço 122 / 002 TESTE DE HOLTER
122003 Serviço 122 / 003 EXAME ELETROCARDIOGRAFICO
125006 Serviço 125 / 006 FARMACIA HOSPITALAR
126001 Serviço 126 / 001 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRI- CAS NEON

---

Tabela 11 – CNES - Estabelecimentos - Serviço/Classificação – 2016 (conclusão).

---

126002	Serviço 126 / 002 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGI- CAS
126003	Serviço 126 / 003 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA
126004	Serviço 126 / 004 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEU- MOFUNCI
126005	Serviço 126 / 005 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET
126007	Serviço 126 / 007 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEURO- LOGIA
126008	Serviço 126 / 008 DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL
128004	Serviço 128 / 004 MEDICINA TRANSFUSIONAL
131003	Serviço 131 / 003 TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO
132001	Serviço 132 / 001 ONCOLOGIA PEDIATRICA
132003	Serviço 132 / 003 ONCOLOGIA CLINICA
132004	Serviço 132 / 004 RADIOTERAPIA
132005	Serviço 132 / 005 ONCOLOGIA CIRURGICA
133001	Serviço 133 / 001 TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES
135005	Serviço 135 / 005 REABILITACAO AUDITIVA
136001	Serviço 136 / 001 ENTERAL
136002	Serviço 136 / 002 ENTERAL PARENTERAL
136003	Serviço 136 / 003 ENTERAL PARENTERAL COM MANIPULACAO FABRICACAO
140004	Serviço 140 / 004 ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE
142001	Serviço 142 / 001 DO APARELHO DIGESTIVO
142002	Serviço 142 / 002 DO APARELHO RESPIRATORIO
142003	Serviço 142 / 003 DO APARELHO URINARIO
144001	Serviço 144 / 001 COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL
145002	Serviço 145 / 002 EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA
145003	Serviço 145 / 003 EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS
145005	Serviço 145 / 005 EXAMES DE UROANALISE
145006	Serviço 145 / 006 EXAMES HORMONAIAS
145008	Serviço 145 / 008 EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTI- CA
145009	Serviço 145 / 009 EXAMES MICROBIOLOGICOS
145010	Serviço 145 / 010 EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS
145012	Serviço 145 / 012 EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL
146001	Serviço 146 / 001 DIAGNOSTICA
149015	Serviço 149 / 015 ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS
150001	Serviço 150 / 001 FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO
151001	Serviço 151 / 001 MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

**LEITOS DE INTERNAÇÃO DISPONÍVEIS: 231**


---

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Estes serviços podem ser classificados entre os segmentos assistenciais de média ou de alta complexidade, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde na Tabela SUS. O perfil

assistencial, seus impactos e suas consequências a partir do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS serão detalhados a seguir, na apresentação e na discussão dos resultados identificados com o eixo da assistência. Posteriormente, expandiremos e traremos novos elementos para a discussão nas seções dos demais eixos do programa: gestão e financiamento.

#### **4.2 Eixo: Assistência à Saúde**

Conforme observado nas opiniões expostas pelos implementadores do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos dos dois estabelecimentos de saúde estudados, há um entendimento geral da importância do programa na tentativa de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar no país. A própria definição de Contratualização apresentada na portaria que criou o programa demonstra que a melhoria na assistência é um dos objetivos prioritários do governo com a iniciativa:

Art. 3º, § 1º Entende-se por contratualização o processo pelo qual as partes, o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio. (BRASIL, 2005)

Os entrevistados relatam que o problema do SUS sempre foi a qualidade da assistência, tanto antes quanto depois da Contratualização.

O problema da saúde pública não é novo. Nunca conseguiram montar um sistema de saúde pública que atendesse a todos com a qualidade devida. Sempre teve falhas e vai demorar a melhorar isso. (GE1)

Desde que comecei a trabalhar com isso vejo problemas graves de qualidade. Ninguém pode dizer que tudo é perfeito. Tem muita coisa para melhorar, mas não tem como fazer isso de um dia para o outro. Leva décadas. (GM3)

A mídia sempre deu destaque para a situação caótica dos hospitais públicos ou que prestam atendimento gratuito à população e não é difícil encontrar usuários que contem histórias pessoais de imprudência e descaso nestes estabelecimentos, conforme relatam os representantes do Conselho Municipal de Saúde e das secretarias municipais de saúde da microrregião.

Todo dia alguém me para na rua para pedir ajuda para algum parente ou amigo que está com problemas nos hospitais. É gente que não consegue internar, com problemas com médicos ou exames... muita coisa errada. (CM1)

Devíamos fazer um relatório mensal com todos os casos de imprudência médica ou mau atendimento nos hospitais. É um horror aquilo lá. (CM2)

Tudo nos hospitais é difícil. Meus pacientes daqui sofrem sempre que precisam de algum atendimento lá. (GMR)

É pertinente, antes de apresentarmos os resultados relacionados à assistência desta pesquisa, estabelecermos o que é este conceito e sua relação com a qualidade do atendimento hospitalar e com a contratualização em si.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde elencou os elementos que definem a qualidade da assistência à saúde: “um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde” (D’INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85). Já Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos que foi pioneiro no movimento pela qualidade na saúde, estabeleceu alguns atributos como os pilares de sustentação na definição de qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade, equidade, acessibilidade, adequação, qualidade técnico-científica, continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário (DONABEDIAN, 1980).

Para que a Contratualização possa influenciar no nível de qualidade do atendimento hospitalar é preciso que haja avaliação frequente e profunda destes e de outros elementos. Nas definições da OMS e de Donabedian, incluem-se como fatores essenciais para a qualidade elementos que na Contratualização foram classificados como relacionados à gestão, tais como a eficiência na utilização dos recursos ou a otimização dos recursos. A assistência de que trata a Contratualização se dá no atendimento hospitalar, na atividade-fim do estabelecimento de saúde, desde a aceitação e recepção do paciente até o término deste tratamento. Utiliza-se para medir este atendimento informações como a taxa de ocupação hospitalar (se o hospital está utilizando de toda sua capacidade para o atendimento à população), as taxas de mortalidade geral ou específica (se o hospital possui bons índices de eficácia nos tratamentos), as taxas de infecção (se o hospital se preocupa com a segurança dos pacientes e mede também o nível de qualidade técnica dos profissionais e dos materiais e equipamentos utilizados), o tempo de internação (se o hospital está sendo eficiente e eficaz em seus atendimentos), as interações humanas (se os pacientes sentem-se satisfeitos, seguros e tratados de forma humanizada e respeitosa e se a comunicação é adequada), a capacidade instalada e o perfil profissional do

estabelecimento (integralidade e qualidade do atendimento dos profissionais), dentre outros indicadores.

É importante frisar que a avaliação é a atribuição de valor a partir de um juízo de valor, dependendo geralmente de questões subjetivas e dos interesses, critérios e valores de quem avalia.

(...) as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização, como nos aspectos de políticas, de programas, serviços ou sistemas. Assim, a avaliação é um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade e que pode ser aplicado a qualquer ramo de atividade profissional, tipo de serviço ou organização, utilizando diversas áreas do conhecimento. (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85)

Ainda segundo os autores,

Embora existam uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível. (...) A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade, pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidade de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável. (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85)

Diante do exposto, percebemos como a avaliação da qualidade da assistência talvez seja a mais complexa e complicada etapa na implementação da Contratualização. Ela envolve aspectos técnicos específicos que demandariam interpretação e colaboração de profissionais de diversas formações, o que não observamos no perfil dos membros da Comissão de Acompanhamento, conforme veremos na última seção deste capítulo. Estes terão de trabalhar baseados em indicadores, informações e conceitos médicos, epidemiológicos, psicológicos, sanitários, farmacológicos, demográficos, estatísticos, econômicos e sociais, dentre outros, sem conseguirem identificar possíveis erros, manipulações, informações enviesadas, dentre outros riscos para a integridade das avaliações.

Mais recentemente, para tentar facilitar este processo e disponibilizar uma gama maior de possibilidade aos membros das Comissões de Acompanhamento, o Ministério da Saúde lançou, em 2012, uma consulta pública com sugestões de metas qualitativas que poderiam ser utilizadas nos contratos. Com relação às metas assistenciais sugeridas na Consulta Pública nº

20/2012, destacam-se: acolhimento com classificação de risco; protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; equipe de referência multiprofissional – cuidado horizontal nas unidades de internação; visita aberta (unidades de internação, UTI, UCI); implantação do núcleo de acesso e qualidade hospitalar (NAQH); implantação das boas práticas do parto e nascimento (taxa episiotomia, parto em posição não supina, redução do uso de ocitocina, ambiência adequada, acompanhante para a mulher e o recém-nascido, índice de APGAR no 5º minuto, contato pele a pele e aleitamento na primeira hora, etc); implantação da atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento (uso do AMIU, espaço reservado, protocolos de atendimento humanizado segundo norma técnica do Ministério da Saúde, etc); avaliação de indicadores gerais (taxa de ocupação dos leitos, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecção, taxa de cesárias, etc).

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, define que os indicadores gerais a serem monitorados seriam, no mínimo, a taxa de ocupação de leitos, o tempo médio de permanência para leitos de clínica médica e para leitos cirúrgicos e a taxa de mortalidade institucional.

Contudo, o que se percebe, ao analisar os contratos assinados desde a adesão destes hospitais à Contratualização (ANEXO A), em 2006 (BRASIL, 2006), é a manutenção dos mesmos indicadores de avaliação que estão expressos na Tabela 12.

Tabela 12 – Metas assistenciais dos hospitais contratualizados.

<b>Relatório Consolidado do Cumprimento de Metas e Compromissos Pactuados</b>	
<b>INDICADOR</b>	<b>METAS<sup>7</sup></b>
<b>Metas assistenciais e políticas prioritárias</b>	
Taxa de mortalidade geral	2,50%
Taxa de ocupação geral	65,40%
Tempo médio de permanência geral	3,30
Taxa de infecção hospitalar	10,00%
Implantar protocolo de atendimento inicial sistematizado para 100% dos usuários que forem internar	
Ampliar horário de visita diário para 2 horas (1 hora pela manhã; 1 hora pela tarde)	

Fonte: adaptado dos contratos.

A Comissão de Acompanhamento apenas não separa o tempo médio de permanência nos leitos entre clínica médica e cirúrgica, monitorando os demais indicadores obrigatórios. Já

7 Os valores apurados de mortalidade geral, permanência geral e infecção hospitalar devem ser reduzidas até o valor indicado como meta no Plano Operativo Anual. A ocupação deve aumentar até atingir a meta estabelecida.

as metas adicionais sugeridas pela consulta pública não foram adotadas.

Outras duas questões pertinentes a serem analisadas a partir da Tabela 12 são a manutenção de metas com resultados definitivos e a discrepância entre as metas assistenciais e a realidade. As metas “Implantar protocolo de atendimento inicial sistematizado para 100% dos usuários que forem internar” e “Ampliar horário de visita diário para 2 horas (1 hora pela manhã; 1 hora pela tarde)”, causam impactos positivos maiores na qualidade dos serviços quando são inicialmente implementadas, não sendo pertinente mantê-las no rol de objetivos da Comissão depois que o benefício já foi adquirido, conforme expõe alguns entrevistados:

A maioria dessas metas foi escolhida quando fizemos a contratualização, por sugestão dos hospitais. Eles já faziam algumas dessas coisas e seria fácil para eles apenas manter. Mas não vejo benefício em termos de qualidade ao exigir a manutenção disso. Eles iam manter de qualquer forma. Deveríamos ter colocado coisas novas, que fossem melhorar outras coisas. (GM3)

Eu acho que o esforço maior está em implementar algo novo. Acho que eles deveriam ser desafiados a melhorar o serviço, não manter do jeito que está. (GM1)

Outra questão importante citada é a distorção entre as metas e as informações que podem ser obtidas nos bancos de dados oficiais e públicos. A taxa de mortalidade, cuja meta é de 2,50%, por exemplo, não foi atingida em nenhum dos últimos seis anos, conforme Tabela 13. Nos últimos dois anos esta taxa está maior que o dobro da meta definida pela Comissão. E há, inclusive, uma tendência de alta. O mesmo pode ser observado com relação ao indicador de tempo médio de permanência geral. A meta da taxa de ocupação só foi atingida uma vez neste período (em 2013). Mesmo assim, não estão havendo revisões nos indicadores. A Tabela 13 apresenta os resultados apurados, a partir dos dados coletados nas bases de dados do Ministério da Saúde, para três dos indicadores assistenciais monitorados pela Comissão de Acompanhamento do município onde se situam os dois estabelecimentos de saúde selecionados:

Tabela 13 – Resultados Apurados dos Indicadores Assistenciais.

<b>Indicador</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Taxa de Mortalidade (%)	4,75	4,74	5,16	4,83	5,67	6,02
Taxa de Ocupação Geral (%)	59,06	65,07	66,54	64,86	54,19	57,70
Tempo Médio de Permanência Geral (dias)	4,8	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES e Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

A discussão com relação ao papel da comissão neste acompanhamento, atualização e/ou penalização dos hospitais será apresentada na última seção deste capítulo. Cabe, neste momento, apresentar as explicações dos entrevistados quanto à manutenção dos indicadores expostos na Tabela 12.

Perguntados sobre esta decisão da comissão, os entrevistados argumentaram que adotaram o que foi proposto pelo Governo Federal no início do programa, que eles não possuem conhecimento técnico para proporem novos indicadores e nem disponibilidade de tempo e recursos para outro tipo de avaliação. O GM1, por exemplo, acredita que:

“O ideal seria incluímos um tipo de meta que medisse a satisfação dos pacientes, se eles estão satisfeitos com o atendimento, com os profissionais e com o tratamento, mas não temos como fazer isso” (GM1).

O H2T acha injusto classificar os hospitais por estes resultados, pois:

Há diversos problemas que podem acontecer que leva o hospital a ser penalizado, como reformas, epidemias, disponibilidade de recursos, rotatividade de mão de obra (...) fatores que não estão sob nossos controles. (H2T)

Para o CM1, estes indicadores não medem o nível de qualidade e o GE2 complementa esta crítica.

Se o paciente chega para ser atendido, é mal tratado, mal medicado e liberado sem ter se curado, esta informação não passa pela comissão e não serve para penalizar o hospital ou exigir que ele melhore. (CM1)

Se o hospital tem meta para ficar pouco tempo com o paciente internado, isso estimula a liberação dos pacientes antes do término do tratamento adequado. (GE2)

Ao questionar estes dois entrevistados sobre um indicador que poderia ser implementado para medir ou melhorar a percepção da qualidade, nenhum soube propor algo.

Todos os entrevistados que acompanharam a transição entre o modelo contratual anterior e a Contratualização expressaram, de alguma forma, o avanço que houve na construção, avaliação e divulgação desses indicadores. Apesar dos problemas apresentados, como o baixo número de indicadores, da baixa representatividade diante da complexidade da assistência e das limitações para a criação de novas metas e prioridades, é incontestável, segundo estes entrevistados, a exigência que a Contratualização trouxe de ao menos pensar sobre a qualidade dos atendimentos prestados pelos hospitais e de proporcionar acesso a mais informações.

Antes da contratualização pagávamos pelo número de internações realizadas

e nem sabíamos quantos pacientes morriam no hospital ou quantos entravam com uma doença e saíam com várias outras devido a infecção ou tratamento errado. (GM3)

Hoje em dia a gente fica sabendo se está tendo muita infecção em algum hospital ou se o número de exames realizados aumentou ou diminuiu. Antes da obrigação de divulgar essas informações a gente não sabia de nada. (CM2)

Tivemos de aprimorar a coleta dos dados e o registro tem que ser feito com atenção e com supervisão, senão nós mesmos somos penalizados. (H1T)

Antes a gente não tinha informação ou não procurávamos ter sobre a estrutura do hospital, o que está ou não em funcionamento, se o equipamento estragou ou não... Agora somos comunicados de tudo isso e precisamos saber de tudo isso. (GE1)

Segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos, a construção de indicadores de qualidade demanda não só a disponibilidade dos dados, mas também evidência científica que suporte sua validade, a precisão da medida (confiabilidade), um mínimo de viés, sua cobertura, sua completitude e sua consistência (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013). Os dados utilizados pela Comissão de Acompanhamento são basicamente os fornecidos pelos próprios hospitais, tais como as taxas de infecção e mortalidade, as informações sobre as internações, o número de profissionais capacitados, os protocolos clínicos<sup>8</sup> implementados, etc. Até mesmo o número de internações e atendimentos ambulatoriais, apesar de saírem das bases do Ministério da Saúde, foram alimentados no sistema pelos próprios hospitais. Cabe à Secretaria Municipal de Saúde apenas aprovar as informações enviadas, processar de acordo com as regras da tabela de procedimentos do SUS e encaminhar os dados ao Governo Federal.

Há a figura dos médicos auditores, um na secretaria e um em cada hospital, para verificar se as informações estão corretas, mas, na prática, isso ainda não ocorre. Ainda é um procedimento burocrático automático, sem ter a rigidez necessária. (GM2)

Alguns dados são mais confiáveis que outros devido aos cruzamentos que estão sujeitos. A morte de um paciente, por exemplo, é informada em diferentes sistemas, por pessoas diferentes e para diferentes órgãos, limitando a possibilidade de erro.

Não tem como o hospital declarar menos mortes do que realmente aconteceu. É fácil de descobrirem que está errado. (GE2)

---

8 Protocolo clínico é um documento que normatiza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013a)

Todas os dados que produzimos são 100% confiáveis. Há muitos controles, conferências e reconferências. (H1S)

Não temos condições e nem conhecimento suficiente para verificar se os dados estão certos ou errados. Eu mesmo não sei como eles sabem o número de infecções. Nós confiamos nos hospitais. (GM1)

A Secretaria Municipal de Saúde mantém nos hospitais médicos auditores cuja atribuição principal é certificar que as informações que estão sendo prestadas nos documentos são fidedignas. Contudo, conforme exposto na opinião do representante suplente da Secretaria Municipal de Saúde, este trabalho não tem sido devidamente executado pelos profissionais designados, gerando as dúvidas quanto à confiabilidade dos dados. Quando não há procedimentos de controle, de conferência e de auditoria eficientes e com credibilidade, as opiniões dos envolvidos parte de convicções pessoais e subjetivas. Como vimos acima, o representante titular da Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, não possui total confiança nos dados apresentados, enquanto o representante suplente do Governo Estadual acredita que não há meios de manipulação, erros e falsificações destas informações.

Mas, para além dos desafios relacionados às fontes de dados utilizadas e ao crescente uso de indicadores de desempenho, são simultâneas as preocupações de ordem metodológica, que trazem importantes consequências sobre as conclusões oriundas de estudos de avaliação da qualidade do cuidado. Destacam-se, entre essas preocupações: o caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade; a complexidade do cuidado médico na atualidade, envolvendo inúmeros processos especializados e com intensa incorporação tecnológica; a confiabilidade dos indicadores de desempenho, ou seja, a correção nas aferições; a sua validade, ou o grau em que medem aquilo a que se pretendem medir com base no conhecimento científico a respeito, nesse caso, o impacto do cuidado no estado de saúde do paciente; bem como o perfil de casos (*case mix*) atendidos, relacionado ao consumo de recursos e ao prognóstico do paciente, um importante fator de confundimento na análise dos indicadores. (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013, p. 1076)

A partir das constatações nas entrevistas foi possível identificar outros três agravantes nesta opção pela avaliação de desempenho a partir dos indicadores. O primeiro, condizente com o que já foi exposto, é a falta de capacitação dos membros da comissão. Nenhum deles recebeu orientação ou treinamento relacionado à formulação, à coleta de dados, ao cálculo e, principalmente, à interpretação destes dados.

Quando a contratualização foi implantada recebemos apenas modelos de contratos e planos operativos, onde já tinham os indicadores. Os hospitais conseguiam apresentar esses dados, então adotamos do jeito que estava. Nunca alteramos e nem tínhamos condições de fazer isso. (GM3)

Essa constatação é pertinente não apenas com relação aos indicadores e metas de desempenho, como também sobre o processo de contratualização em sua totalidade.

Nunca ouvi falar de treinamento sobre contratualização. (GE1)

Faz falta um curso ou mesmo um manual sobre o assunto. O que sabemos é passado de um para o outro, ou tentando interpretar as leis. (H2S)

A segunda constatação parte dos relatos dos representantes dos hospitais. Segundo eles, os profissionais de saúde de nível superior que atuam nestes estabelecimentos são, em sua maioria, contratados como autônomos, ou seja, sem vínculo empregatício, recebendo pelos serviços que efetivamente realizam e, o que é mais problemático, sem subordinação aos interesses e à missão institucional. Desta forma, seria impossível aos administradores e diretores dos hospitais fazerem exigências além de questões essencialmente quantitativas, como número de internações e atendimentos.

O modelo de contrato que existe atualmente entre o hospital e os médicos não permite que haja desconto no valor pago se o médico atendeu mal um paciente, se errou o diagnóstico e causou mais problemas do que soluções. (H1S)

Como vamos exigir qualidade no atendimento dos médicos se no fim o pagamento é por produção? (H1T)

O contrato (com os médicos) é por número de procedimentos, não tem exigências com relação a tempo de internação, infecção, mortalidade, etc.. (H2S)

Essa discrepância entre o modelo adotado pela Contratualização e o que os hospitais mantêm com seus profissionais gera dificuldades não só na exigência de resultados quanto no financiamento, como veremos na seção correspondente.

Há no país algumas experiências de contratualização interna, quando a administração do hospital estabelece contrato de metas com seus profissionais, nos mesmos moldes do contrato com o governo municipal, com o objetivo de introduzi-los neste mesmo processo solidário de busca da excelência. Contudo, há sempre uma resistência dos próprios médicos, não sendo possível alterar essa relação contratual em todos os lugares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Nos dois estabelecimentos de saúde estudados é exatamente o que acontece, como podemos observar nas falas dos entrevistados:

Os médicos são muito organizados. Eles não aceitariam o que nós aceitamos: receber um valor fixo independente do que é produzido e ainda ter descontos se a qualidade não for adequada. (H2T)

Eles sabem como nós reclamamos deste tipo de contrato. Não vão nem querer saber disso. Uma vez tentamos fazer um relatório de produtividade para cada médico e quase pediram nossa cabeça. (H1S)

Por fim, como terceira constatação, temos a ausência de rigidez no monitoramento das metas. Segundo alguns entrevistados, as metas costumam ser cumpridas porque não são alteradas. Chegou-se a um resultado para o indicador de infecção, por exemplo, que se mantêm desde o início do programa. O hospital não é desafiado a melhorar seus resultados. E, se em algum período, houver descumprimento da taxa prevista, os hospitais podem apresentar justificativas que serão analisadas pelos membros da Comissão de Acompanhamento. Como vimos anteriormente, os membros não possuem conhecimento técnico no assunto, gerando sempre aprovações dos pedidos dos contratados.

Às vezes acontece do hospital não cumprir a meta, mas tem justificativa (...) Nós sempre aceitamos porque não tem como nós, leigos, questionarmos um relatório médico. E também porque sabemos das dificuldades financeiras deles. (GM1)

Os hospitais já estão custando a pagar suas contas e nós ainda vamos descontar dinheiro deles? (...) Se tem justificativa nós aprovamos. (GM2)

Do jeito que fazemos não existe de fato cobrança pela qualidade. As metas estão lá para dizerem que existem e não para serem usadas como objetivo a ser atingido. (GE1)

Falta uma rigidez maior na cobrança por resultados. (GE2)

Machado, Martins e Martins (2013) analisaram 48 estudos publicados entre 1990 e 2011 sobre o uso de indicadores de desempenho para medir a qualidade do atendimento hospitalar e encontraram um resultado compatível com a observação desta pesquisa:

É importante destacar que a aplicação dos resultados como insumo para mecanismos de pagamento de serviços hospitalares no Brasil não foi citada em quaisquer dos estudos analisados nesta revisão, ilustrando, por um lado, uma distância entre produção científica e tomada de decisão, mas, por outro lado, a blindagem da gestão financeira dos estabelecimentos em relação às fragilidades metodológicas observadas. (MACHADO, MARTINS e MARTINS, 2013, p. 1077)

Portanto, encerrando a discussão sobre o uso de indicadores para avaliação qualitativa dos hospitais na Contratualização, podemos resumir as opiniões dos entrevistados através dos seguintes pontos críticos do programa: 1) uso de metodologia complexa e pouco acessível aos membros da comissão, os quais não têm treinamento adequado para o uso desta ferramenta; 2) o limitado poder que os administradores e diretores dos hospitais possuem para influenciarem

nestes resultados; 3) a confiabilidade dos dados não é garantida, por estarem sujeitos a erros humanos e não passarem por filtros e conferências adequadas; 4) a falta de análise crítica e debate sobre a pertinência do uso destes indicadores, ou seja, se eles realmente medem a qualidade do atendimento hospitalar; 5) o descumprimento pelos membros da comissão de duas das regras básicas da Contratualização: a avaliação da qualidade e o pagamento por desempenho; e 6) avaliação da qualidade sob pontos de vista limitados.

Para além destes problemas, é preciso ampliar o conceito de qualidade nos serviços hospitalares. Para Donabedian (1980), a avaliação da qualidade na saúde deve ser medida a partir de três componentes:

Tabela 14 – Componentes da avaliação da qualidade na saúde.

COMPONENTE	AMPLITUDE
Estrutura	Características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.
Processo	Prestação de assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.
Resultados	Consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Fonte: adaptado de D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006).

A observação dos contratos e dos planos operativos dos hospitais participantes desta pesquisa, em especial as metas estabelecidas, conforme Tabela 12, mostra que a avaliação da qualidade da assistência sendo realizada é limitada, restringindo-se basicamente a este último componente (resultados), conforme classificação de Donabedian (1980). Os indicadores de mortalidade, ocupação dos leitos, tempo médio de permanência e infecção hospitalar medem a consequência dos serviços prestados e a ampliação do horário de visitas visa a satisfação dos usuários. Temos, como única exceção a esta constatação, a implantação de protocolo de atendimento inicial sistematizado para 100% dos usuários que forem internar, meta relacionada ao processo (melhoria na utilização dos recursos para a prestação de serviços).

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das

estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas, de forma a planejar intervenções, que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde. (...) na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver a base científica para mensurar a efetividade e a eficiência; equilibrar a assistência prestada nos aspectos técnicos e nas relações interpessoais; equilibrar, na assistência, a efetividade e os custos, assim como os valores individuais e sociais. (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85)

Confirmamos, portanto, que as metas e indicadores adotados não conseguem medir as variações na qualidade do atendimento hospitalar nas suas diversas esferas. Essa percepção é observada em alguns dos entrevistados:

A integralidade da assistência não é avaliada. Seria preciso exigir dos hospitais que ofertassem alguns exames e cirurgias específicas, nosso maior gargalo. (GM2)

Os hospitais podem comprar um equipamento para exames que antes não existiam na cidade e nossa avaliação no contrato não seria melhor ou pior. (H2T)

Nas reuniões não são discutidas e não tem no contrato nada sobre o esforço que fazemos para melhorar os procedimentos, para evitar erros e atender melhor. (H1T)

A integralidade da assistência é um fator de grande destaque na avaliação dos pacientes, como cita os representantes do Conselho Municipal de Saúde:

Acho que um hospital de qualidade é aquele que oferece todo tipo de tratamento, da consulta médica até a internação, além de todo tipo de exame. (CM1)

Acho terrível um paciente precisar ser deslocado até uma cidade maior para realizar um exame que não existe aqui na cidade. O desgaste é enorme e pode matar a pessoa. (CM2)

Estes entrevistados se referem ao que, na linguagem técnica e contratual, se chama capacidade instalada e está relacionado ao componente estrutura, de Donabedian (1980). Temos nos planos operativos, que são anualmente revistos, toda a descrição das condições físicas, humanas e materiais dos hospitais. A partir da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde, alimentado pelas Secretarias Municipais de Saúde com as informações prestadas pelos hospitais, é possível acessarmos todas essas características: número de leitos por clínica (e quantos disponíveis ao SUS), quais profissionais atuam no estabelecimento (e sua especialidade), número e descrição dos serviços prestados e dos equipamentos disponíveis, os tipos e as complexidades dos exames realizados,

dentre outros. Contudo, estes dados são apenas acompanhados, sem qualquer influência nas avaliações de desempenho. Há, porém, alguns estímulos indiretos para ampliar ou restringir a capacidade instalada, como o tipo de financiamento em que cada procedimento está subordinado. Serviços de média complexidade, que são pagos através de parcela fixa preestabelecida podem ter menor prioridade nos novos investimentos e melhorias que os serviços de alta complexidade, pagos por produção. Na análise do eixo do financiamento serão apresentados dados que comprovam esta tendência nos hospitais contratualizados participantes desta pesquisa.

Outros dois objetivos da Política Nacional de Atenção Hospitalar que deveriam ser cumpridos pela Contratualização são a integração à rede de atenção à saúde e às demais políticas prioritárias do SUS. No município onde esta pesquisa foi realizada, segundo os entrevistados e os contratos e planos operativos anuais assinados, os hospitais recebem demanda direta da unidade regional de pronto atendimento, que é responsabilidade do governo municipal, da central de regulação macrorregional (pacientes de outros municípios) ou de pacientes que chegam ao hospital sem intermediários. Neste último caso, apenas alguns casos específicos são aceitos, como politraumatizados, pacientes com risco iminente de morte, grávidas em trabalho de parto, dentre outros. A maior parcela da demanda é oriunda da unidade regional de pronto atendimento, conforme relatos dos representantes dos hospitais:

É raro recebermos pacientes na porta de entrada do hospital. Alguns vêm por falta de informação mesmo, mas são direcionados à UPA primeiro. (H1T)

Recebemos praticamente só as grávidas. Os demais têm que passar pela triagem da UPA primeiro. (H2S)

A maioria dos pacientes vêm da UPA ou da Central de Regulação, nosso maior problema. (H2T)

A partir das informações presentes nas internações, disponíveis na base de dados do Ministério da Saúde, é possível identificar o quantitativo de internações oriundas de outros municípios. Percebemos que a maior parte das internações (cerca de 60%) é de pacientes residentes no próprio município onde localizam-se os hospitais contratualizados participantes desta pesquisa, sendo também expressivo o percentual de pacientes encaminhados de outros municípios da mesma microrregião (cerca de 37%), conforme demonstra a Tabela 15, reafirmando a importância destes para a Rede de Atenção à Saúde regional.

Tabela 15 – Origem dos pacientes internados nos hospitais selecionados pela pesquisa.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Pacientes do município-sede	61,14%	58,98%	60,23%	58,84%	59,01%	60,41%	<b>59,74%</b>
Pacientes da microrregião	34,35%	37,56%	36,19%	37,79%	37,52%	37,30%	<b>36,80%</b>
Pacientes de outras localidades	4,52%	3,46%	3,59%	3,38%	3,47%	2,29%	<b>3,46%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Percebe-se, a partir das análises dos dados coletados, que, apesar dos problemas apontados com relação à Atenção Básica, há integração à rede de atenção à saúde microrregional, sendo expressivas a demanda oriunda do próprio município sede dos hospitais contratualizados participantes desta pesquisa (demanda espontânea ou encaminhada pela unidade de pronto atendimento) e a demanda regional (encaminhada pela Central de Regulação).

Para além do fluxo de atendimento, a dificuldade da integração à rede passa também por toda a estrutura de saúde pública dos municípios que enviam pacientes a estes hospitais. A principal crítica dos entrevistados se refere à deficiência na atenção básica, que acarreta em sobrecarga no sistema terciário (hospitalar). Quando o diagnóstico é falho, o tratamento inicia-se sem a devida precocidade ou a qualidade desse atendimento é insuficiente, as pessoas tenderiam a recorrer ao serviço de urgência com maior frequência, conforme exposto pelos entrevistados. Além disso, a limitação de horário de atendimento nas unidades de atenção básica, especializada e de diagnóstico sobrecarregaria as unidades de pronto atendimento e os hospitais nos períodos noturnos e nos finais de semana e feriados. Haveria, inclusive, sobrecarga devido ao tempo que os pacientes precisam esperar por uma consulta ou para a realização de um exame.

Conheço gente que ficou enfrentando fila em posto de saúde para marcar consulta por dias e não conseguiu. Precisou ir na UPA por causa de uma simples dor abdominal. (CM1)

Nessa cidade tem que internar se quiser fazer alguns exames. Se for esperar na fila de exame a pessoa morre antes. (CM2)

Muitos pacientes recorrem ao hospital porque não conseguem atendimento nos postos de saúde. Alguns chegam aqui muito mal por doenças que poderiam ter sido tratadas no início, no posto. (H1S)

Infelizmente não conseguimos autorizar todos os exames. Há muita fila de espera e alguns pacientes acabam piorando nessa espera. (CM2)

O problema da atenção básica é nacional. Falta médico, falta enfermeiro, falta material, falta exame, falta tudo. Claro que isso impacta no hospital. (GE2)

Tudo que não é devidamente resolvido na atenção básica cai nos nossos braços. Vira nosso problema. (H2T)

Importante lembrar que, como apresentado na primeira seção deste capítulo (da Rede de Atenção à Saúde), a microrregião possui ampla cobertura do Programa de Saúde da Família, política prioritária do Ministério da Saúde para a qualidade da Atenção Básica. Pode-se questionar, portanto, a partir de novas pesquisas, esta percepção dos entrevistados, avaliando o impacto deste investimento em qualidade da Atenção Básica no atendimento hospitalar local. Considerando que a qualidade da prevenção e do acompanhamento dos pacientes de risco e a disponibilidade deste atendimento sejam as mais adequadas, dados os objetivos da política, os hospitais estariam menos sobrecarregados, incidindo impactos mais positivos que negativos.

Com relação à integração às demais políticas prioritárias do SUS presentes no município, como a Política Nacional de Humanização, a rede cegonha (saúde materna e infantil), a rede psicossocial, a rede de cuidado com a pessoa deficiente e outras, houve pouca percepção pelos entrevistados de alguma mudança tanto por influência da Contratualização quanto por outra estratégia do governo. Assim como na pesquisa do Ministério da Saúde (2012a) exposta no referencial teórico deste trabalho, realizada por todo o país, os implementadores do programa neste município também não associam os avanços em termos de humanização aos incentivos contratuais:

Todo paciente sabe que tem direito de ter um bom atendimento. Isso já é um avanço, mas não tem nada a ver com a contratualização. (CM2)

Não sei até que ponto a Contratualização ajudou nessa questão (integração às demais políticas prioritárias do SUS). Não tem metas para isso e não se ganha mais dinheiro para fazer isso. Acho que é uma mudança cultural normal. (GE1)

Eu acho que isso é fruto da mídia, das campanhas educativas e da forma como os treinamentos para os funcionários dos hospitais têm sido nos últimos tempos. Não vejo esse tipo de discussão na Contratualização. (CM3)

Os hospitais tiveram de se organizar melhor para atender os pacientes de forma mais correta, por assim dizer. Tratá-los melhor, mais rápido, permitir que os pais acompanhem as grávidas, por exemplo, melhorar o horário de visitar, criar pesquisas de opinião. (H1T)

Eu sei que os hospitais precisam ter classificação de risco e os pacientes estão tendo mais direitos, uma maior atenção, mas não é por causa de contrato. Os pacientes que estão mais exigentes e conscientes. (GMR)

Ouve-se muito falar hoje em dia da humanização. Todo mundo sabe o que é. Só não vemos na prática. (CM1)

Já outros benefícios associados à contratualização na pesquisa do Ministério da Saúde (2012a) por seus participantes não apresentaram o mesmo resultado nos dois estabelecimentos de saúde selecionados, como a criação de ouvidorias e a realização de pesquisas de opinião.

Nós temos ouvidoria, mas não é obrigatório pelo contrato. Temos porque entendemos que ajuda na melhoria dos nossos serviços e na satisfação dos usuários. (H2T)

Nunca fizemos pesquisa de opinião assim. Temos caixa de sugestões, mas não é a mesma coisa. (H1T)

As demais políticas prioritárias do SUS, como a atenção materna e infantil, impacta na atenção hospitalar, não como fruto de um esforço contratual, mas como consequência de outras ações. Segundo os representantes titulares dos hospitais, essas redes buscam melhorar a qualidade da atenção básica e especializada, prevenir doenças ou tratá-las de forma precoce e com maior eficácia e isso, claramente, reduz o número de pacientes nos prontos atendimentos e nos hospitais. Como podemos ver nas metas estabelecidas nos contratos, nenhuma referência é feita com relação às redes de atenção e às políticas prioritárias. Consequentemente, podemos entender que não há um esforço do programa, ou da Comissão de Acompanhamento, em realizar essa integração, conforme incentiva a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

O eixo da assistência é o mais complexo dentre os três que compõem o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS dada a sua gama de variáveis e o número de atores que envolvem (os pacientes, os integrantes da rede de atenção local e regional, as três esferas de governo nos três níveis de poder, os profissionais do próprio hospital, dentre outros). Apesar desta pesquisa não trabalhar com todas estas variáveis e seus desdobramentos, é essencial, neste momento, comparar os resultados encontrados nos dois estabelecimentos de saúde estudados com os principais objetivos das normativas tanto da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que é mais generalista e com direcionamento macro, quanto do próprio programa em avaliação, de forma mais específica e de direcionamento micro.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece como objetivos para a

assistência:

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

Art. 10. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

Art. 11. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (BRASIL, 2013a)

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, por sua vez, estabelece:

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais:

I cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

II cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;

III utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;

IV manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;

V realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

VI assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;

VII implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;

VIII implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

IX garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

X garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;

XI garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o inciso II do art. 23;

XII promover a visita ampliada para os usuários internados;

XIII garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;

XIV prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;

XV disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

XVI notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e

XVII disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (BRASIL, 2013b)

Partindo do contrato entre os hospitais e o governo municipal, principalmente da parte das metas, podemos perceber que algumas das ações estabelecidas pelas normativas estão de fato sendo contempladas. Considerando que as metas de assistência são reduzir as taxas de mortalidade e de infecção e o tempo de permanência nos leitos, assim como aumentar a taxa de ocupação, fazer o registro informatizado de todas as internações e manter um horário de visitas ampliado, há um esforço contratual para melhorar a qualidade dos serviços, a eficiência nos atendimentos, a otimização no uso dos leitos, a segurança do paciente e as políticas de humanização. A questão a ser discutida, contudo, é o peso destas metas diante de todos os objetivos definidos pelas portarias do Ministério da Saúde. Conforme já discutido, a meta de ampliar o horário de visita, único esforço para humanização do atendimento, já foi implementado no início do programa e não traz nos dias de hoje os mesmos impactos que no momento da mudança. O registro informatizado das internações é uma exigência desnecessária enquanto meta, considerando que o registro já é obrigatório para fins de pagamento. Com o desenvolvimento tecnológico que temos hoje em dia também pode ser questionável se o uso desta ferramenta seja de fato uma meta da Contratualização. Já os indicadores de resultado (taxas de mortalidade, de ocupação dos leitos, de tempo de permanência e de infecção hospitalar) de fato induzem a uma melhoria na qualidade. Uma mortalidade menor pode significar que os tratamentos estão mais eficazes, assim como uma taxa de infecção menor pode significar um tratamento mais seguro e eficiente ou uma taxa de ocupação maior, associada com um tempo de permanência menor, possibilitaria que mais pacientes fossem atendidos pelo hospital. Entretanto, para que as metas sejam efetivas na busca pela qualidade da assistência é preciso que estas estejam sendo devidamente acompanhadas e os hospitais estejam sendo cobrados pelos resultados estabelecidos.

Já outros pontos destacados pelas normativas são, de certa forma, contemplados sem que precise estar previsto nos contratos com os hospitais, como observamos nas falas dos

entrevistados ao longo das discussões deste eixo. A regulação, por exemplo, é uma realidade. Os atendimentos hospitalares, em sua maioria, vêm dos encaminhamentos recebidos da Central de Regulação, das secretarias de saúde e das unidades de pronto atendimento. A regulação é outra política prioritária do SUS que, além de estar no texto das portarias da Atenção Hospitalar, também figura, de forma insistente, nas demais normativas do SUS. Este é um exemplo claro de como é árdua a tarefa de identificar os impactos da política de contratualização. São diversos fatores que influenciam no desenvolvimento e nos problemas da saúde pública brasileira e poucos instrumentos para dimensioná-los. A mesma situação é observável, através da visão dos implementadores já exposta, na busca pelo atendimento multiprofissional, pela transparência, pela segurança das informações, pela classificação de risco, pelo uso dos protocolos clínicos, dentre outros.

O foco principal da Política Nacional de Atenção Hospitalar é a integração deste serviço à rede e aos princípios básicos do SUS: integralidade, equidade e universalidade. Não há, contudo, qualquer menção ou indução neste sentido nas metas adotadas para medição da melhoria da qualidade da assistência. A integralidade, em especial, visa a oferta de toda a assistência à saúde aos cidadãos, desde as estratégias de prevenção até os diagnósticos e tratamentos. Entretanto, veremos na discussão do eixo do financiamento como a nova forma de pagamento dos serviços tem induzido a uma priorização de determinadas etapas deste processo, assim como de alguns tratamentos específicos. A integração à rede, assim como outras prioridades já discutidas do SUS, tem sido constantemente induzida por diversas outras normativas nas mais diversas políticas e áreas de atuação da saúde pública brasileira. Portanto, mesmo com avanços identificados pelos implementadores entrevistados, não é possível medir o impacto da Contratualização na consolidação deste processo.

Resumidamente, discutimos, a partir dos resultados das entrevistas e das coletas de dados, que o novo modelo contratual pouco impacto causou no eixo da assistência. A adoção de indicadores e metas trouxe mais transparência para a prestação de contas, mas não têm sido utilizados efetivamente. Os objetivos da Política Nacional não estão sendo considerados pela Comissão de Acompanhamento e o novo processo de contratação tornou-se mais burocrático do que eficaz, considerando a benevolência e a complacência de seus membros. Os procedimentos são seguidos automaticamente, sem debate, crítica ou desconstrução. A visão de qualidade prevista no contrato é a visão inicial dos formuladores do programa. Ao apresentar a nova iniciativa para a melhoria da assistência, o Ministério da Saúde elencou

algumas possibilidades de avaliação dos hospitais contratualizados. Contudo, diante das dificuldades já explicitadas, os implementadores apenas adotaram integralmente esta concepção de qualidade. Apesar de conscientes das diversas discrepâncias e impertinências existentes, pouca iniciativa ou capacidade têm os membros da comissão para corrigir estas falhas e adaptar as sugestões dos formuladores para a realidade local e para suas próprias concepções de qualidade da assistência hospitalar.

### 4.3 Eixo: Gestão

O próximo eixo a ser trabalhado nessa discussão é o da gestão. Durante as entrevistas, as perguntas deste eixo foram mais aprofundadas para os representantes dos hospitais e mais superficiais aos demais. Os membros da comissão externos aos hospitais foram questionados apenas sobre a percepção de administração hospitalar que tinham com suas visões distantes dessa realidade. Nenhum deles havia trabalhado em um hospital antes e relataram terem pouco conhecimento sobre o assunto. Os resultados deste eixo, portanto, focarão mais na visão dos representantes dos hospitais participantes desta pesquisa.

Como exposto no eixo da assistência, o contrato atual entre a Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais não traz exigências claras com relação ao padrão de qualidade administrativa que estes estabelecimentos devem manter durante a participação neste programa. A Tabela 16 apresenta as metas de gestão instituídas no contrato entre o governo municipal e os hospitais:

Tabela 16 – Metas de gestão dos hospitais contratualizados.

<b>Relatório Consolidado do Cumprimento de Metas e Compromissos Pactuados Metas de Gestão</b>
Manter Censo Diário, com apresentação dos indicadores
Manter representante do hospital matriculado e frequente no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar
Manter cadastro e utilizar banco de preços
Atividades desenvolvidas para os trabalhadores do hospital
Atividades de cooperação entre os trabalhadores do hospital e os técnicos da rede de serviços
Atividades desenvolvidas para os trabalhadores da rede de saúde

Fonte: adaptado dos contratos.

As metas demonstram um esforço maior em estimular a qualificação, a motivação e

um melhor desempenho dos profissionais que trabalham nestes estabelecimentos de saúde. Quatro das seis metas são ligadas diretamente à gestão de pessoas. Como exceção temos a meta de manter o censo diário, que ajuda os hospitais a manterem controle dos leitos, das internações e dos pacientes, evitando falhas na comunicação e no registro das informações, e a meta de manter cadastro e utilizar banco de preços, que ajuda os hospitais a comprarem equipamentos e insumos, principalmente medicamentos, a preços mais competitivos.

As duas metas não relacionadas à gestão de pessoas, assim como algumas das metas do eixo da assistência já discutidas, geram resultados definitivos, causando impactos positivos maiores na gestão quando são inicialmente implementadas, não sendo pertinente mantê-las no rol de objetivos da Comissão depois que o benefício já foi adquirido, como cita o representante do Governo Estadual:

Eu manteria apenas a manutenção das atividades com os profissionais, porque é importante fazer capacitações constantes e exigir essa reciclagem, mas o resto não acho que acrescenta em nada. Eles sempre fizeram e vão continuar fazendo, independente da contratualização. (GE1)

A consulta pública nº 20/2012, citada no referencial teórico, também apresentava sugestões de metas para o eixo da gestão, quais sejam: plano diretor; gestão dos leitos hospitalares; prontuário único; serviço de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; colegiado de gestão; conselho local de saúde do hospital; protocolos administrativos; comissões assessoras; educação permanente; avaliação de indicadores gerais (taxa de suspensão de cirurgias, percentual de recusas de internação hospitalar solicitadas pela central reguladora, atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, etc). Todas estas sugestões foram ignoradas na montagem do rol de metas do contrato vigente dos hospitais participantes desta pesquisa.

Além disso, é importante destacar que a gestão vai além deste enfoque das metas selecionadas. A melhoria na gestão deve ser ponto crítico para a obtenção de bons resultados no eixo da assistência, assim como para melhor se adaptarem às mudanças no eixo do financiamento. Para que o hospital consiga reduzir a taxa de infecção, por exemplo, é preciso que a administração e a direção desenvolvam estratégias para obter esse resultado. Somente através de esforço da gestão, seja criando novos protocolos, fluxos, procedimentos e controles, seja oferecendo incentivos financeiros ou capacitações aos profissionais, seria possível mudar o *status quo* da qualidade do atendimento, conforme relata os entrevistados.

Cabem à direção clínica adotar protocolos que melhorem a qualidade do atendimento e à administração tornar todo o funcionamento do hospital mais

eficiente. Não adianta termos bons médicos se o setor de compras não funciona. Ele precisa de bons materiais no momento certo. (H2T)

A assistência é o fim, a gestão é o meio. Não chegamos a um bom resultado pulando uma etapa tão importante. (H1T)

Os médicos às vezes não valorizam os funcionários da administração porque não sabem a nossa importância para os serviços deles. (H1S)

O que adianta aumentarmos o número de exames se não temos material nem técnicos contratados para fazer isso? O aumento nos atendimentos envolve muita coisa por trás. (H2S)

Segundo os administradores entrevistados, há um esforço crescente na melhoria do planejamento e do controle administrativo e financeiro nos hospitais onde trabalham. Desde o início da Contratualização até os dias atuais, a mudança é perceptível.

Confesso que há alguns anos atrás não sabíamos de quase nada que acontecia no hospital, quantos funcionários, o que tinha no estoque, um esboço do orçamento dos próximos meses. (H2T)

A situação financeira sempre foi difícil, mas agora sabemos melhor medir o tamanho do problema. (H1T)

Eu lembro que no setor onde eu trabalhava sempre faltava material de escritório, porque não havia planejamento. Compravam quando as coisas estavam acabando e não dava tempo de chegar quando a gente precisava. (H2S)

Quando precisamos buscar informações sobre dez anos atrás é uma dificuldade. Os registros eram todos manuais, com falhas e incompletos. (H1S)

Hoje conseguimos gerar relatórios, acompanhar os recursos, faturar para os planos de saúde mais rápido, administrar melhor os funcionários e os materiais.... (H1S)

Os sistemas de informação ajudam muito. Tudo que precisamos está lá. Temos mais segurança para tomar decisão e fazer previsões. (H2T)

Raramente acontece de faltar material e quando acontece é por falta de dinheiro para comprar mesmo. Não por falta de controle de estoque. (H2S)

Ao serem questionados sobre o papel da Contratualização nessas mudanças e modernizações, há unanimidade quanto à dissociação.

Acho que a Contratualização não influencia nisso. As coisas mudam naturalmente. Antigamente não tinha a facilidade em termos de computação que existe hoje. (H1T)

Antes não tinham administradores cuidando do hospital. Eram médicos e

profissionais da saúde tendo de lidar com planilhas financeiras e planejamento de RH e estoque. Eles nem tinham a obrigação de saber fazer isso. (H2T)

Houve uma profissionalização na direção do hospital, compramos mais computadores e programas de gestão, fizemos cursos, trocamos experiências com outros hospitais. (H1S)

O contrato não nos obriga a ter uma boa administração. As metas lá são outras. (H2S)

Contudo, algumas contribuições da contratualização na gestão dos hospitais foram identificadas.

Uma das poucas coisas boas do pagamento pré-fixado é que melhora nosso planejamento, pelo menos das receitas. Sabemos o mínimo que irá entrar no caixa nos próximos meses. (H2T)

Talvez a restrição financeira que passamos tenha exigido uma melhor gestão. Se não fôssemos bons administradores, o hospital já teria fechado as portas. (H1T)

Quando o dinheiro é pouco é preciso um esforço maior para usá-lo. Tem que ter responsabilidade e profissionalismo. (H2S)

Se exigimos o cumprimento de uma meta de qualidade precisamos fornecer tudo o que os funcionários precisam. Não podemos ter pouca infecção se os equipamentos e móveis não possuem manutenção ou se não tem materiais adequados para os atendimentos. Se faltar luvas, como fazemos? (H1S)

Portanto, na visão dos implementadores entrevistados, a contratualização não é neutra neste processo. Há alguns impactos, mesmo que mais negativos para os hospitais, como exigir uma melhor gestão de recursos escassos. Contudo, a melhoria desta gestão não é exigência do programa, que nada diz em suas normatizações sobre o assunto, mas fruto de uma tendência global de qualificação, acesso à informação e, principalmente, acesso a tecnologias da informação, conforme relatado pelos entrevistados.

“A ausência de informações confiáveis sobre qualidade, eficiência e custos da atenção hospitalar está na base de todos os problemas e dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho” (COUTTOLENC e FORGIA, 2009, p. XXIV). Ambos os administradores relataram que possuem controle total dos custos, mas não apresentaram ou deram detalhes sobre esse processo. Provavelmente, de acordo com as sucintas explicações, os controles sejam gerais, através de planilhas de pagamentos a fornecedores e funcionários, mas não um controle por centro de custo ou por procedimento realizado. “Informações sobre o custo de procedimentos hospitalares são fundamentais para atribuir preços realistas a produtos e

serviços, para a avaliação da eficiência e para a formulação de políticas que promovam o uso racional dos recursos” (COUTTOLENC e FORGIA, 2009, p. 57).

A gestão dos hospitais estudados baseia-se, resumidamente, na administração dos insumos, equipamentos e demais bens patrimoniais, dos trabalhadores, dos contratos, das manutenções prediais, do financiamento, do atendimento aos usuários e dos serviços de limpeza e conservação. Ambos os hospitais utilizam de um mesmo sistema de gestão que permite desde o cadastro dos pacientes e dos procedimentos realizados até o processamento da folha de pagamento dos funcionários, passando pelo controle de estoque, de entradas e saídas no caixa, de faturamento junto ao governo e aos planos de saúde, etc.

Apenas os representantes do hospital 1 assumiram que enfrentam problemas relacionados aos controles administrativos e financeiros. O administrador do hospital 2 relatou que os sistemas fornecem todas as informações que eles precisam e que é o bastante para o planejamento e as tomadas de decisão.

Nosso sistema é excelente. Nunca tivemos dificuldades para gerar dados e os controles implementados fora do sistema também estão muito bem organizados. (H2T)

No caso do hospital 1, mesmo utilizando da mesma ferramenta que o hospital 2, há registros de falhas no sistema, dados que desaparecem ou são alterados (sem o registro de data e autoria), informações que constam no sistema, mas não constam nos relatórios, dentre outros problemas técnicos. Entretanto, a maior dificuldade da gestão no hospital 1 não se relaciona com os sistemas de controle em si e sim com a estrutura organizacional para a tomada de decisão.

Nós da administração conseguimos fazer excelentes relatórios e propor boas ideias, dar sugestões de soluções para os problemas, mas nem sempre é entendido ou aceito pela Direção. (H1T)

Nem todas as pessoas têm a visão administrativa que temos. Às vezes só a gente que entende os relatórios e os dados que temos (H1S)

Os representantes do hospital 2 não abordaram esta questão em seus relatos. Ambas as instituições são filantrópicas com vinculação à Igreja Católica, mas sua administração cabe a médicos e profissionais contratados para esta função. Há um conselho diretor, formado por médicos que atuam nos hospitais e o cotidiano da administração é realizado pelos administradores que participam desta pesquisa.

O conselho que toma todas as decisões políticas e administrativas mais importantes. Eu sou só um gerente, com várias limitações de atuação. (H1T)

Os médicos que na verdade mandam na instituição, não quem realmente entende de administração. (H1S)

Temos, portanto, um problema mais complexo relacionado aos hospitais contratualizados estudados. Quem realmente conhece as dificuldades e as soluções nem sempre conseguem atuar como deveriam ou consideram que deveriam.

Os incentivos gerados por mecanismos de pagamento, acordos contratuais e regulamentações exercem nítida influência sobre a conduta dos prestadores. No entanto, os hospitais não reagem da mesma maneira a incentivos semelhantes. A reação de um hospital aos incentivos com que se defronta depende de sua forma organizacional. (...) Administradores hospitalares que não têm autonomia para gerenciar pessoal, reorganizar departamentos ou reconfigurar serviços simplesmente não conseguem introduzir mudanças que poderiam melhorar substancialmente seus desempenhos. (...) Em razão da falta de informações, ainda se desconhece a relação entre o desempenho e os arranjos organizacionais nos estabelecimentos privados, mas é provável que a sobreposição de funções gerenciais e a informalidade da governança, combinados com um ambiente de monitoramento frágil e com informações precárias, possam comprometer o desempenho. (...) Certos hospitais parecem servir mais aos interesses de seu pessoal médico do que ao sistema de saúde. (COUTTOLENC e FORGIA, 2009, p. XXV-XXVI)

Em relação à atuação junto à Comissão de Acompanhamento da Contratualização, cabe aos administradores participarem, apesar dos contratos serem assinados pelos diretores. Questionados sobre o nível de entendimento das regras contratuais pelos membros do Conselho Diretor, também observamos distinções de relatos entre os dois hospitais.

Os médicos sabem como funciona, sabem as regras. Talvez não saibam os detalhes, mas nem precisam saber. Quando vão em reuniões políticas eles sabem as regras do jogo. (H2T)

Eles costumam perguntar quando tem dúvidas e acompanham nossas explicações como se entendessem do contrato e das regras de pagamento. (H2S)

Quando tem alguma reunião sobre o assunto eles pedem para eu ir. Eles não têm domínio do contrato. Alguns médicos ainda acham que recebemos por produção. (H1T)

Acho que os diretores não sabem como funciona o contrato, pelo que ouvimos de perguntas. Já fomos criticados por coisas que fizemos devido ao contrato e que eles acharam que tiramos da nossa cabeça. (H1S)

Estes depoimentos levantam a discussão sobre a estrutura organizacional destas instituições. Estes estabelecimentos são dirigidos por médicos, com funções mais políticas do que técnicas, enquanto a administração cabe aos profissionais contratados, sem formação na

área de saúde. Temos, de acordo com as falas dos entrevistados, uma clara dissonância de pensamento e ação entre os dois polos. Os dirigentes deveriam ter o conhecimento amplo das regras contratuais que ligam suas instituições a sua principal fonte de financiamento, mas, aparentemente, estas questões são tratadas como técnicas e que não possuem a importância necessária para a tomada de decisão na cúpula. Nesta pesquisa mostramos como detalhes contratuais impactam em todas as atividades dos hospitais, inclusive em sua própria existência, contrariando a visão tecnicista dos médicos diretores, de acordo com a descrição feita pelos entrevistados.

Positivamente, podemos identificar que ambos os hospitais implementaram, nos últimos anos, instrumentos de planejamento. Foram relatados os planos de ação estabelecidos para os próximos anos, assim como a visão de onde pretendem estar no longo prazo, por escrito. A elaboração e revisão destes documentos é anual, tendo participação dos membros do Conselho Diretor, da Administração, de comissões internas e de demais profissionais convidados a colaborar. Os trabalhadores do hospital, contudo, não podem opinar e ainda não têm acesso a estes documentos.

No cotidiano da gestão hospitalar, os entrevistados apontaram alguns outros dificultadores do processo: a relação com os fornecedores, a rotatividade de mão de obra e a manutenção da qualidade dos insumos e equipamentos. Sobre a relação com os fornecedores, os entrevistados destacaram essa dificuldade como uma consequência da crise financeira destes hospitais. Com a restrição orçamentária, alguns fornecedores são pagos com atrasos que podem variar de alguns dias até 4 meses.

Gostaríamos de manter uma boa relação com todos os fornecedores, mas quando não tem dinheiro vamos fazer o quê? A prioridade é a folha de pagamento e os médicos. (H2S)

Tem fornecedores que já deixaram de vender para a gente devido a tantos atrasos. (H1T)

O pior de descumprirmos os prazos com os fornecedores é que perdemos a confiança. Alguns não nos vendem mais seus produtos, outros não dão boas condições de pagamento. Desconto então é quase impossível de conseguirmos. (H2T)

Já atrasamos quatro meses o pagamento de um vendedor de alimentos e quase prejudicamos a refeição dos pacientes. (H1S)

Segundo os entrevistados, uma consequência da crise financeira gera mais crise financeira, considerando as dificuldades que gera na negociação de prazo, preço e condições

de pagamento junto aos fornecedores dos mais diversos insumos que o hospital utiliza nos serviços prestados aos pacientes.

O segundo ponto crítico é a relação com os trabalhadores assalariados contratados e os médicos autônomos que atuam nestes hospitais. As Tabelas 17 e 18 apresentam o número de profissionais que trabalham nos hospitais participantes desta pesquisa:

Tabela 17 - CNES - Recursos Humanos – Profissionais.

Ocupações em geral	2011	2012	2013	2014	2015	2016	VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR	151	171	180	199	201	201	33,11%
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO/AUXILIAR	289	294	311	383	376	370	28,03%
PESSOAL ADMINISTRATIVO	329	358	374	521	454	448	36,17%
<b>Total</b>	<b>769</b>	<b>823</b>	<b>865</b>	<b>1103</b>	<b>1031</b>	<b>1019</b>	<b>32,51%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

De forma mais detalhada, apresentamos também o quantitativo de profissionais de alguns cargos específicos:

Tabela 18 – CNES - Recursos Humanos - Ocupações - Profissionais Selecionados (continua).

Profissionais selecionados	2011	2012	2013	2014	2015	2016	VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)
Médicos	414	420	430	445	473	492	18,84%
.. Anestesista	6	9	9	10	11	13	116,67%
.. Cirurgião Geral	49	48	48	48	49	49	0,00%
.. Clínico Geral	157	157	166	178	194	202	28,66%
.. Gineco Obstetra	21	20	19	20	21	21	0,00%
.. Pediatra	17	17	16	15	16	18	5,88%
.. Psiquiatra	4	4	4	4	4	3	-25,00%
.. Radiologista	13	11	13	13	13	14	7,69%
.. Outros	147	154	155	157	165	172	17,01%
Cirurgião dentista	3	3	4	4	4	5	66,67%
Enfermeiro	31	36	38	51	50	49	58,06%
Fisioterapeuta	12	12	14	14	13	13	8,33%
Fonoaudiólogo	2	4	4	4	4	4	100,00%
Nutricionista	2	3	3	3	3	3	50,00%

Tabela 18 – CNES - Recursos Humanos - Ocupações - Profissionais Selecionados (conclusão).

Farmacêutico	6	7	5	6	7	7	16,67%
Assistente social	1	1	1	2	2	2	100,00%
Psicólogo	3	3	3	3	3	3	0,00%
Técnico de Enfermagem	141	158	169	246	240	236	67,38%
<b>Total</b>	<b>615</b>	<b>647</b>	<b>671</b>	<b>778</b>	<b>799</b>	<b>814</b>	<b>32,36%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

As Tabelas 17 e 18 indicam que nos últimos anos houve um incremento considerável no número de profissionais atuando nos hospitais pesquisados, sendo o destaque maior a área administrativa. Esses dados confirmam alguns depoimentos que também ligavam a melhoria da gestão a outros fatores:

E além do desenvolvimento tecnológico tivemos também o aumento do número de funcionários nos setores administrativos. Antes eu trabalhava com duas pessoas, agora são cinco. Isso ajuda a fazer coisas que antes não fazíamos. (H2S)

A administração ficou tão sofisticada que hoje em dia precisamos de mais gente para trabalhar e dar conta de tanta demanda. (H1T)

De acordo com os relatos, é difícil manter os vínculos com os trabalhadores assalariados. Os que recebem baixa remuneração, como os atendentes, os auxiliares de escritório, os auxiliares de enfermagem e os profissionais da limpeza, segurança, manutenção e cozinha, costumam permanecer por pouco tempo nos hospitais, pelos motivos apresentados pelos entrevistados:

A maioria não quer trabalhar sábados, domingos, feriados e à noite para ganhar o mesmo de quem está trabalhando lá fora. Na primeira oportunidade eles pedem para sair. (H2S)

É difícil manter os funcionários com os salários que conseguimos pagar. Sempre tem coisa melhor por aí. (H1T)

Trabalha aqui quem gosta. Não é um trabalho fácil e agradável. Nós tentamos motivá-los, dar incentivos, mas trabalhar com doença não é para todos. Para alguns é a última opção que sobrou na vida. (H2T)

Desde quando comecei a trabalhar aqui nem sei quantas pessoas já conheci. Toda semana tem gente nova. Nem dá para fazer amizades. (H1S)

Os salários pagos são os definidos como base de cada categoria e o acordo coletivo também exige o pagamento de auxílio alimentação. Apenas quem é promovido e assume

alguma função de responsabilidade extra consegue algum aumento no salário. A capacitação destes profissionais também acaba sendo prejudicada. Diante da rotatividade de mão de obra relatada pelos entrevistados, dificilmente o hospital investe seus escassos recursos em cursos de alto custo. Normalmente o conhecimento é repassado na execução das atividades, do trabalhador mais experiente para o iniciante. Outro problema recorrente é o atraso no pagamento. Os entrevistados destacaram que a prioridade no pagamento são os funcionários, principalmente por causa da multa que devem pagar quando não cumprem o limite do quinto dia útil do mês subsequente. Contudo, ambos os hospitais dependem dos repasses da Secretaria Municipal de Saúde, que ocorre no início do mês, para efetuar as transferências. Se o governo municipal atrasa o pagamento, não há outra alternativa senão atrasar o pagamento dos trabalhadores.

A situação com os médicos e com a maioria dos demais profissionais de nível superior é mais similar com a dos fornecedores, considerando a condição de autônomos destes. Entretanto, a prioridade é sempre para o pagamento dos médicos.

Não podemos correr o risco de perder médicos. Já é tão difícil trazer eles para trabalhar aqui para receber o valor que recebem, imagina se os pagamentos sempre forem feitos com atrasos. (H2T)

Se o pagamento deles atrasa um dia já vêm aqui questionar. Eles sempre foram tratados como prioridade e dificilmente deixam de receber nos prazos. (H1S)

A direção manda priorizar o pagamento dos médicos. Passamos na frente de todo mundo. (H1S)

Por fim, o último dificultador é a preocupação com a qualidade dos insumos e com a manutenção adequada dos equipamentos, dos móveis e dos prédios do hospital. Trata-se também de uma consequência das dificuldades financeiras, assim como de uma consequência do primeiro dificultador, o pagamento dos fornecedores no prazo. Quando o hospital perde um fornecedor por conflitos relacionados ao pagamento, são menos opções de produtos disponíveis para a aquisição. Se o fornecedor for o único vendedor do melhor produto disponível no mercado, não restará outra opção que não a compra de produtos de segunda categoria. É exigido dos administradores, portanto, um esforço na classificação dos fornecedores nas prioridades de pagamento. Alguns fornecedores são mais essenciais que outros e cabe à administração identificar estes riscos. Independente das dificuldades na relação contratual com os fornecedores, os entrevistados também relatam que os produtos adquiridos nem sempre são os melhores ou das marcas indicadas pelos médicos e pelos

demais profissionais tanto internos quanto externos.

Não fazemos distinção de materiais entre pacientes particulares, de planos ou do SUS, mas nem sempre são os produtos mais adequados. Não temos condições de bancar as melhores marcas. (H1T)

Alguns médicos reclamam dos produtos, mas se formos comprar tudo que eles querem nossa situação vai ficar bem pior. (H2T)

É importante frisar que os entrevistados relatam a compra de materiais inferiores, mas nunca produtos sem a devida aprovação dos órgãos públicos de controle de qualidade, principalmente pelo risco que apresentariam aos pacientes.

Ainda relacionado a este último desafio da gestão, os entrevistados ponderam a dificuldade de manter em funcionamento os equipamentos de diagnóstico e tratamento disponíveis, os móveis e os prédios. Os dois hospitais funcionam em prédios antigos e as necessidades de reformas são frequentes. O mesmo podemos dizer dos equipamentos disponíveis, em sua maioria de alta tecnologia, importados e com difícil manutenção, e dos móveis, que são utilizados há décadas. Segundo os entrevistados, os recursos da Contratualização não são suficientes para nenhuma destas necessidades básicas das instituições.

A única coisa que já conseguimos comprar com dinheiro do SUS foi computador. Nem pintar parede estamos conseguindo mais. (H2T)

Segundo os entrevistados, os hospitais dependem de recursos extras para estas despesas, normalmente conseguidos através de emendas parlamentares, ou de doações de equipamentos e de móveis pelo governo.

Nesta discussão do eixo Gestão, apresentamos basicamente a opinião dos representantes dos hospitais sobre o tema, devido à quase exclusividade destes na atuação junto ao eixo. Contudo, também captamos dos demais membros da Comissão de Acompanhamento a visão destes sobre o assunto, principalmente na relação entre a Contratualização e os impactos na gestão hospitalar, a partir da visão externa destes.

Acho que a Contratualização exige uma melhor administração dos hospitais. Se a qualidade precisa melhorar não é possível fazer isso sem a atuação da administração. (GM1)

Todas as metas impactam na gestão. Não tem como mudar a realidade sem planejamento e controle das ações e dos procedimentos. (GM2)

Na minha visão melhorou muito depois da Contratualização. Antes os médicos que comandavam tudo e nem sabiam o que estavam fazendo. Agora colocaram gente capacitada, programas de computador que ajudam a

administrar. (GM3)

Fiquei impressionado com os relatórios que eles conseguem construir. Nós que acompanhamos o processo desde o início vemos claramente o avanço em termos de gestão que os hospitais tiveram. Só tenho dúvidas se isso é devido à Contratualização, pois não avaliamos isso lá. (GE1)

Eu acho que alguma influência teve sim. A forma de pagamento impacta na escolha de priorizar um serviço ou outro. Só isso já demanda alguma atuação da administração hospitalar. (GE2)

Eu não sei como funciona a administração hospitalar, mas o pouco que vi na minha relação com eles parece que eles entendem da coisa e fazem o melhor que podem. (GMR)

Os administradores nem podem fazer o que querem. Quem manda lá são os médicos e o interesse deles é que importa. (CM1)

Acho que não tem relação, mas não sei opinar sobre o assunto. (CM2)

Os representantes do governo municipal local e o suplente do governo estadual acreditam que a contratualização influencia na melhoria da gestão hospitalar ao exigirem melhor tratamento aos recursos disponibilizados e resultados nos indicadores qualitativos. O representante titular do governo estadual possui dúvidas a este respeito, enquanto os demais membros não associaram a contratualização às mudanças na gestão. O GM3 e o GE1 conseguiram, inclusive, identificar na gestão impactos internos e já citados pelos representantes dos hospitais, como a melhoria das tecnologias de informação, sendo discordância entre eles apenas a responsabilidade da contratualização neste avanço.

Podemos perceber como não há consenso entre os membros da Comissão de Acompanhamento sobre o assunto. Por estarem fora dos hospitais, com visões limitadas do assunto, suas opiniões, contrárias ou favoráveis, possuem, em sua maioria, pouco embasamento.

Assim como no eixo da assistência, passamos agora à comparação entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar e do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS e a realidade descrita ao longo desta seção sobre o eixo da gestão. As normativas, respectivamente, estabelecem:

Art. 19. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional.

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da

qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção.

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes.

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS.

Art. 20. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária.

Art. 21. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS.

Art. 22. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização.

Art. 24. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores:

I avaliação de desempenho;

II educação permanente; e

III avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

Art. 25. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos descritos nesta Portaria. (BRASIL, 2013a)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais:

I prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;

II informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

III garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;

IV disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;

V dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;

VI dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;

VII garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;

VIII disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou

adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;  
 IX dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;  
 X garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente;  
 XI divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;  
 XII assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;  
 XIII dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;  
 XIV alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;  
 XV registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;  
 XVI disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o inciso XII do art. 5º; e  
 XVII participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (BRASIL, 2013b)

Novamente recorreremos ao contrato, inicialmente, para comparar a política formulada e a implementada. Há, como podemos ver, um esforço maior na formação dos profissionais que trabalham nos hospitais, através de metas de manutenção de administradores em cursos de gestão hospitalar e de realização de treinamentos e atividades com os profissionais de saúde. De todos os direcionamentos dados nas normativas é este o caminho mais seguido durante a implementação. Entretanto, ainda assim não há um atendimento integral deste objetivo. Ambos os hospitais não realizam avaliação de desempenho e também não divulgam listagem de profissionais aos usuários dos serviços. Outro ponto fundamental ignorado pelos hospitais é a divulgação das metas contratuais às equipes que trabalham em suas dependências. Essas informações ficam restritas à administração, sendo, conforme exposto anteriormente, também pouco difundidas entre a direção.

Não, não divulgamos as metas no hospital todo. Mais é a gente que administra isso. Eles sabem que precisam reduzir mortalidade e infecção, mas não sabem que é por causa do contrato. (H1T)

Não temos avaliação de desempenho... os trabalhadores não conhecem o contrato e as metas. (H2T)

As próprias portarias coadunam com as opiniões dos entrevistados de que a contratualização induz os hospitais a utilizarem as metas e as pactuações para o planejamento institucional e a definição da forma de gerir estes estabelecimentos. Há também um estímulo legal à incorporação de novas tecnologias no processo de gestão, mas sem ações concretas

para tal. Conforme exposto pelos representantes dos hospitais, esse desenvolvimento tecnológico é algo natural, sem influência da contratualização. De fato, não há embasamento nas normativas para associar consequências diretas.

Outro ponto citado em diversas passagens é a gestão da estrutura física do hospital para manter a oferta de todos os leitos e serviços contratados. Ao longo da exposição dos resultados desta pesquisa vimos como os hospitais desta pesquisa são complexos, com serviços diversificados e com algumas particularidades estruturais.

Com relação a forma como a gestão hospitalar tem se desenvolvido no período de implementação da Contratualização, podemos afirmar que os representantes dos hospitais participantes desta pesquisa não identificam a melhoria da gestão nos últimos anos com o modelo de contrato adotado. Apesar de indícios de que algumas regras contratuais estimularam melhores técnicas de planejamento, controle administrativo e financeiro e execução operacional, a conclusão que chegaram é de que houve um processo natural de aperfeiçoamento, influenciado mais pelas novas tecnologias de informação, pela maior difusão do conhecimento relacionado à administração hospitalar e pela atuação e apoio mais forte das associações de hospitais.

#### **4.4 Eixo: Financiamento**

Enquanto o eixo da gestão do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS visa estimular o melhor uso para os recursos disponibilizados, o eixo do Financiamento tenta aprimorar os instrumentos de processamento, medição, avaliação e pagamento dos serviços prestados.

Todo atendimento realizado nos hospitais para o SUS, seja ele ambulatorial ou hospitalar (sem e com internação, respectivamente), deve ser registrado nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, desenvolvidos e acompanhados pelo DATASUS. Os procedimentos ambulatoriais são processados no SIA e os hospitalares no SIHD. Cada um destes sistemas possui suas particularidades, tendo o SIHD uma complexidade maior. As internações são registradas por completo, com a relação de todos os procedimentos realizados e por quais profissionais, as órteses e próteses eventualmente utilizadas, se houve internação em leito de UTI, além dos dados pessoais e clínicos do paciente e do período que durou a internação. Todas as informações são auditadas por um médico indicado pela Secretaria

Municipal de Saúde e conferidas durante o processamento, no setor de regulação municipal.

Nós recebemos o arquivo com todas as informações e o próprio programa cruza os dados para verificar se há algum erro. É comum dar incompatibilidade entre o tipo de procedimento e o profissional que realizou ou com o CID<sup>9</sup>. (GM2)

Então nós comunicamos aos hospitais que realizem as correções e eles nos enviam novos arquivos, até não ter mais erro nenhum. Só então encaminhamos os dados para o Datasus, dentro dos prazos que eles determinam. (GM2)

Após o processamento, a Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais têm acesso aos relatórios que apresentam as informações físicas (quantitativo) e financeiras dos atendimentos. Cada internação e cada procedimento ambulatorial (consulta, exames, etc) são valoradas de acordo com a tabela de procedimentos do SUS. É possível também acompanhar o físico e o financeiro global do mês.

Essa informação, contudo, não é utilizada para o pagamento dos serviços, neste momento. Os valores mensais da média complexidade são pagos em parcelas pré-fixadas, ou seja, independente do que foi realizado no hospital neste mês, o valor que eles receberão já é conhecido previamente e não é alterado em função da produção no curto prazo. Apenas depois de uma avaliação da média, a cada quatro meses, é feita uma revisão dos valores. Mas, segundo os entrevistados, essa é apenas a teoria do programa. Na prática há outras limitações.

Nós não conseguimos ir aumentando gradativamente a parcela pré-fixada porque o valor que recebemos do Ministério da Saúde não permite. Se recebemos X, podemos pagar ao hospital no máximo X, independente do que eles produzam. (GM1)

Há muitos meses que não temos revisão nos valores das parcelas pré-fixadas porque a Secretaria de Saúde não analisa nossa série histórica. Estamos congelados nesse valor há muito tempo. (H1T)

Além do valor dos procedimentos serem muito inferiores ao custo deles, ainda não conseguimos apresentar toda a produção. Parte fica represada<sup>10</sup>. (H2T)

Nós acumulamos AIHs<sup>11</sup> na gaveta. Não compensa apresentar todas. Melhor aguardar que o governo reconheça a dívida e nos pague por fora. (H1T)

9 CID é o Código Internacional de Doenças e seu preenchimento é obrigatório nos sistemas, permitindo avaliações epidemiológicas pelo governo.

10 Represar é deixar de apresentar a produção realizada para a Secretaria Municipal de Saúde. O arquivo mensal não contém todos os atendimentos realizados.

11 AIH é a Autorização de Internação Hospitalar, documento assinado pelo médico auditor que permite o faturamento da internação. Na linguagem adotada pelos entrevistados equivale a internação.

Já que não vão nos pagar nada a mais por isso, preferimos deixar na gaveta e apresentar só o que corresponde ao valor da parcela pré-fixada. (H2T)

A estratégia de manter as AIHs na “gaveta”, ou seja, sem o processamento e a baixa na Secretaria Municipal de Saúde, é comum nos dois hospitais, serve de barganha para indicar o montante da dívida do governo com eles e para buscar recursos extras junto a outras esferas. O Governo Estadual, por exemplo, possui um programa de pagamento por estas dívidas chamado de Câmara de Compensação. Tudo que foi produzido e não pago pelo Governo Municipal pode ser submetido à avaliação do Governo Estadual que reserva recursos anuais para esta finalidade. Diante das limitações orçamentárias e burocráticas desse processo, os hospitais continuam acumulando AIHs não processadas.

O acúmulo de internações não pagas permite aos hospitais acompanhar o montante da dívida. Os dois administradores entrevistados sabiam facilmente dizer qual era esse valor negativo. São esses relatórios que os diretores das instituições utilizam para as reuniões e encontros políticos que participam.

O diretor já apresentou esses dados ao prefeito, a vários deputados, à promotoria... Às vezes ele consegue algum recurso extra, mas nunca é para pagar internação. Vem carimbado para comprar equipamento ou fazer reforma. (H1T)

O financiamento hospitalar no SUS, como visto, é mais complexo do que as já complexas regras da Contratualização. A Secretaria Municipal de Saúde repassa aos hospitais o valor que recebem do Fundo Nacional de Saúde, do Governo Federal. Neste valor está incluído a média complexidade e os incentivos. Segundo os representantes dos hospitais, estes valores são insuficientes até mesmo para pagar os custos dos procedimentos realizados.

Os incentivos servem mais para cobrir parte da defasagem da tabela SUS do que para incentivar alguma coisa. (H2T)

Essa diferença que sobra entre o valor que é pago pela média complexidade e o que os hospitais realmente precisam para se manterem, pagando os profissionais e os insumos, por exemplo, deve ser coberto por algum outro recurso extra, para que a dívida não cresça ainda mais.

Dentre as fontes de receita extras citadas pelos administradores hospitalares destacam-se: Pró-hosp, receitas de planos de saúde e de internações particulares, emendas parlamentares, programas especiais criados pelos governos estadual e federal e doações.

O Pró-hosp é um programa desenvolvido pelo Governo Estadual que possui objetivos

similares à Contratualização, porém sem o vínculo com a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares. Estabelecem-se metas qualitativas, como taxas de mortalidade, de partos naturais, de atendimentos de vazios assistenciais, dentre outros, e premiam-se os hospitais que alcançarem os valores propostos. Na visão dos entrevistados, os recursos desse programa, ao contrário da Contratualização, são positivos, considerados prêmios por desempenho, enquanto no contrato do Governo Federal serve como punição, ou seja, se a meta não for alcançada há descontos no valor a pagar. Os recursos do Pró-hosp podem ser utilizados tanto para despesas de custeio quanto para investimentos, com as devidas separações percentuais. Se o valor é utilizado para uma reforma ou modernização de instalações, é preciso prestar contas ao Governo Estadual.

Ao contrário da Contratualização, no Pró-hosp as metas são rígidas. Fazemos revisões periódicas, aumentando sempre a meta e só pagamos se elas realmente forem cumpridas. Não tem justificativa. (GE1)

As metas no Pró-hosp funcionam melhor que na Contratualização. Nós vemos que eles se esforçam só pelos recursos do Pró-hosp. Nem ligam para a avaliação da Contratualização. (GE2)

Nós temos que cumprir as metas do Pró-hosp porque significam recursos extras para o hospital. E nós precisamos disso. (H2T)

O empenho que tem no Pró-hosp eu não vejo na Contratualização. Talvez porque lá representa mais dinheiro e na Contratualização é só para cumprir contrato. (GM3)

A segunda fonte de recursos extras são os planos de saúde e as internações particulares. Além da remuneração pelos procedimentos realizados ser superior à tabela do SUS, o pagamento é realizado por produção, sem contrato de metas.

A Tabela 19 apresenta um possível impacto da discrepância entre o financiamento do SUS e o não SUS em termos de leitos disponíveis:

Tabela 19 – Leitos Hospitalares.

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação SUS</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	37	37	46	42	42	42	13,51%
Clínicos	81	81	85	81	81	81	0,00%
Obstétrico	12	12	8	8	8	8	-33,33%
Pediátrico	26	26	17	17	17	17	-34,62%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>148</b>	<b>-5,13%</b>

  

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Não SUS</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	20	20	21	24	29	29	45,00%
Clínicos	39	39	35	36	36	35	-10,26%
Obstétrico	6	6	8	8	8	7	16,67%
Pediátrico	12	12	12	12	12	12	0,00%
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>76</b>	<b>80</b>	<b>85</b>	<b>83</b>	<b>7,79%</b>

  

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Total</b>							
<b>Especialidade</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Cirúrgicos	57	57	67	66	71	71	24,56%
Clínicos	120	120	120	117	117	116	-3,33%
Obstétrico	18	18	16	16	16	15	-16,67%
Pediátrico	38	38	29	29	29	29	-23,68%
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>233</b>	<b>232</b>	<b>228</b>	<b>233</b>	<b>231</b>	<b>-0,86%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Como podemos observar, nos últimos seis anos o número de leitos disponíveis sofreu pouca variação no total. Contudo, tivemos uma transferência de leitos do SUS para o atendimento de pacientes particulares e de outros convênios. A gestão dos leitos foi realizada em consequência aos tipos de financiamento disponíveis.

Sim, tivemos de remanejar o quantitativo de leitos do SUS para particular por causa das dificuldades que temos com os pagamentos das internações pelo SUS. (H1T)

A única coisa que podemos fazer para reduzir as AIHs na gaveta é reduzir a oferta de serviços ao SUS (...) Fazemos isso através da redução dos leitos. (H2T)

Acredito que o número de leitos para o SUS diminuiu desde o início, pelo que me lembro. (GE1)

Eles assumem que diminuiram o número de leitos para o SUS e aumentaram para os pacientes de planos de saúde. (GM3)

Como vimos, os leitos hospitalares estão sendo menos disponibilizados ao SUS, reduzindo assim a oferta destes serviços à população local e impactando no eixo da assistência. Além de tentarem limitar o avanço do número de internações sem pagamento, na gaveta, essa estratégia ajuda os hospitais a cumprirem a meta do aumento da taxa de ocupação. Se o número de internações reduzir menos do que o número de leitos disponíveis, a taxa de ocupação se eleva sem qualquer esforço em termos de aumento de oferta de serviços.

Questionados sobre essa estratégia, os representantes dos hospitais assumem suas intenções, conforme visto acima, mas apresentam alguns problemas também relacionados ao financiamento particular. As receitas oriundas dos planos de saúde e internações particulares estão cada vez mais escassas.

Antigamente o valor era suficiente e ainda sobrava para cobrirmos o desfalque no SUS, mas hoje em dia os planos estão pagando cada vez menos. Já está quase equivalente aos custos. Em breve nem isso. (H1T)

Além disso, conforme planilha apresentada pelo hospital 2, o percentual da receita não SUS sobre o total da receita do hospital está ficando cada vez menor. A participação dos planos, em termos quantitativos, tem aumentado, mas a receita não está acompanhando.

Desta forma, a opção por reduzir o financiamento SUS e aumentar o financiamento particular está cada vez menos eficiente já que os planos de saúde estão seguindo a mesma tendência do SUS de subfinanciamento, apesar das vantagens em termos de forma de pagamento, segundo os administradores hospitalares. As projeções são de agravamento da crise financeira das instituições.

A principal fonte de recursos extras à Contratualização nos últimos anos, de fato, tem sido a intervenção de políticos do Poder Legislativo. Somente em 2015 foram três emendas aprovadas com recursos para compra de equipamentos, reformas e ampliações e custeio. Além disso, em 2017, os vereadores da cidade decidiram repassar parte do recurso da Câmara que sobra ao final do mês para estes estabelecimentos.

Dependemos desses recursos. Os diretores viraram políticos e precisam fazer acordos, bater na porta dos deputados e depois servirem de garoto propaganda deles. (H1S)

É uma troca de favores. Nós precisamos de dinheiro e eles de apoio político e propaganda junto aos eleitores. (H2T)

Quem financia o SUS agora é o Poder Legislativo. Eles são os salvadores da saúde pública. (GE1)

A política de saúde planejada e estruturada para cumprir objetivos de longo prazo está sendo substituída por uma política imediatista e com interesses particulares envolvidos. As intervenções parlamentares são importantes no momento de crise, mas pouco efetivas no longo prazo.

O recurso que vem do deputado é livre. Usamos como precisamos. Não tem meta e nem prestação de contas. (H1S)

A Contratualização e o Pró-hosp tem uma visão de futuro, no que eles querem transformar a saúde pública. As emendas não. Só para tampar buraco e dizerem que estão investindo em saúde. (GE1)

Sabemos que o papel do legislativo, de acordo com as separações de poder, é basicamente criar e alterar leis e fiscalizar o poder executivo. Contudo, é cada vez mais comum a atuação deste poder na administração dos recursos públicos do executivo. Há, inclusive, pelos depoimentos dos entrevistados, uma esperança maior desta fonte do que de onde legalmente deveria vir a solução. Esse novo foco se justifica em anos de tentativas de negociação com o governo federal.

Nossa associação já tentou de tudo para resolver os problemas do financiamento e da tabela SUS com o Ministério da Saúde, mas nunca conseguimos nada. Está sendo mais eficiente ir direto nos deputados para buscar recursos extras para tampar o buraco deixado pelo contrato. (H2T)

Se formos esperar a boa vontade do governo federal em melhorar nossos recursos falimos. (H1S)

Por fim, os entrevistados destacaram as doações, de pessoas anônimas ou simpatizantes da instituição, de outras associações e de empresas, mas sem muita representatividade no total das receitas.

As doações são mais de materiais e móveis do que em dinheiro. (H2S)

Os governos estaduais e federais também costumam criar programas especiais de financiamento, como no caso já comentado da Câmara de Compensação, ou nas campanhas de realização de procedimentos específicos, como cirurgias eletivas. Estas últimas são mais problemáticas do que uma solução aos estabelecimentos, pois seguem a tabela de valores do SUS ou com pequenos acréscimos, esporadicamente.

O bom das campanhas é que tudo que produzimos é pago, fora da parcela pré-fixada. Mas os valores são baixos. É difícil encontrar médico que queira realizar no valor que é pago. (H1T)

As campanhas servem para diminuir as filas de espera de cirurgias, mas acho que não ajuda na situação financeira dos hospitais. (GM3)

Há na Contratualização um financiamento misto, ou seja, a produção de média complexidade é paga em parcelas pré-fixadas, revistas periodicamente e sujeitas à avaliação qualitativa de desempenho, e a produção de alta complexidade é paga por produção, como nos moldes contratuais anteriores. Não se pode falar, portanto, em dívidas decorrentes dos serviços de alta complexidade. Os pagamentos estão em dia e nada é represado. Essa discrepância entre os dois tipos de financiamento gera diversos impactos tanto na capacidade instalada quanto na visão dos administrados hospitalares sobre a contratualização.

Ao analisarmos a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, comparando o perfil dos dois hospitais hoje e há seis anos, percebemos que os novos serviços implementados e os novos equipamentos adquiridos são direcionados à alta complexidade. Os equipamentos para a média complexidade foram reduzidos e são adquiridos, em sua quase totalidade, para repor os antigos. A Tabela 20 exemplifica a situação exposta:

Tabela 20 – CNES – Recursos Físicos – Equipamentos – Em Uso.

<b>Equipamento selecionado</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>VARIAÇÃO (entre 2011 e 2016)</b>
Mamógrafo	1	1	2	2	2	2	100,00%
Raio-X	13	12	7	7	7	7	-46,15%
Tomógrafo Computadorizado	1	2	2	2	2	2	100,00%
Ressonância Magnética	0	1	1	1	1	1	100,00%
Ultrassom	6	4	4	4	4	4	-33,33%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>-30,43%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Como podemos observar neste período, foram implantados novos equipamentos de tomografia e ressonância magnética, cujos procedimentos de alta complexidade realizados são financiados por produção. As mamografias, apesar de serem de média complexidade, são financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, também por produção. Já os procedimentos de radiografia e ultrassom são incluídos no teto da média complexidade, pagos de acordo com as regras da contratualização, justificando, portanto, a redução do número de equipamentos e da oferta destes serviços à população.

Se não estamos conseguindo receber pelos procedimentos de média complexidade que já realizamos, para quê vamos criar mais serviços e investir nisso? (H2T)

É muito difícil termos novos exames e procedimentos de média complexidade nos hospitais. Aumentar a quantidade então é impossível. Eles só querem mais alta complexidade. (GM2)

Nós da Regional de Saúde acompanhamos os processos de habilitação de serviços de alta complexidade. (...) aumentou muito nos últimos anos. (GE1)

As bases de dados do SIA e do SIH também demonstram crescimento nos últimos anos apenas nos procedimentos de alta complexidade. Os quantitativos totais de média complexidade no município reduziram-se em 46% em cinco anos, mais de 9% ao ano, em média, enquanto na alta complexidade o aumento de 2011 para 2015 foi de 21% e no FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) quase 900%.

Tabela 21 – Procedimentos Realizados.

<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – Média Complexidade</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	100.766	26.989	37.934	62.668	51.974	-48,42%
Hospitalar	7.474	7.243	7.231	7.170	6.483	-13,26%
<b>Total</b>	<b>108.240</b>	<b>34.232</b>	<b>45.165</b>	<b>69.838</b>	<b>58.457</b>	<b>-45,99%</b>

  

<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – Alta Complexidade</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	4.395	2.304	4.279	6.079	5.309	20,80%
Hospitalar	72	78	65	84	96	33,33%
<b>Total</b>	<b>4.467</b>	<b>2.382</b>	<b>4.344</b>	<b>6.163</b>	<b>5.405</b>	<b>21,00%</b>

  

<b>Quantidade de Procedimentos Realizados – FAEC</b>						
<b>Segmento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Ambulatorial	88	70	942	465	930	956,82%
Hospitalar	8	69	230	192	22	175,00%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>139</b>	<b>1.172</b>	<b>657</b>	<b>952</b>	<b>891,67%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

A maior queda na média complexidade está relacionada aos procedimentos ambulatoriais. Como exposto na Tabela 20, houve uma redução na oferta de procedimentos de radiografia e ultrassom, dois dos serviços de diagnósticos mais utilizados no país. As duas

tabelas, portanto, se complementam ao comprovarem uma estratégia dos hospitais em estarem cada vez menos dependentes do teto da média complexidade, buscando investir em serviços e equipamentos que são remunerados por produção.

Estes dados foram expostos aos representantes dos hospitais e não causaram surpresa, apesar de nunca terem se deparado com eles.

Eu não sabia disso, mas acho que é isso mesmo. Passamos a ofertar vários exames de alta complexidade que antes não existiam na cidade. (H2T)

Nunca fizemos relatórios disso, mas sei que os valores que recebemos de alta complexidade aumentou bastante nos últimos anos. (H1T)

Nós estamos segurando mesmo o número de procedimentos de média complexidade porque não estamos recebendo por eles. (H2S)

Não sabia que a variação tinha sido tão alta, mas realmente tivemos redução na média complexidade, tanto internação quanto os exames. (H1S)

Outros membros da comissão também comentaram os dados apresentados.

Eu lembro que meu pai fazia as ressonâncias em Belo Horizonte. Agora já mandamos os pacientes para fazer na cidade X. (GMR)

Sim, agora temos exames e cirurgias aqui que antes só existiam em cidades grandes. Todo ano abrem novos serviços desses e isso é bom para a população. Não precisam ficar viajando para ter atendimento. (CM2)

Eles colocam novos equipamentos, mas a fila continua enorme. Só facilitou a questão do transporte mesmo. (CM1)

Para esses exames de alta complexidade melhorou sim, mas os exames mais simples estão cada vez mais difíceis de fazer lá. (GE2)

Os procedimentos de alta complexidade são pagos por produção, mas há um limite mensal que a Secretaria Municipal de Saúde consegue pagar, formando as filas de demanda. Este é um problema assistencial, não impactando no financiamento dos hospitais, considerando que eles realizam apenas os procedimentos que a Secretaria Municipal de Saúde previamente autoriza, dentro de suas possibilidades financeiras. Há a certeza, portanto, que tudo que foi realizado será pago, não gerando represamentos e dívidas.

Além da capacidade instalada, a existência de duas formas paralelas de financiamento a partir do mesmo contrato pode levar os administradores e diretores dos hospitais a pensarem que o pagamento por produção é mais vantajoso do que por médias históricas.

Acho óbvio que o pagamento por produção é melhor. A gente recebe tudo que produz. Não tem represamento. (H2T)

Se pudéssemos escolher agora optariamos pelo pagamento por produção. A Contratualização não traz vantagem alguma. Só dívidas. (H1T)

Não sei porque ainda estamos com esse contrato. Muito melhor do jeito que era antes. (H1S)

Todos os nossos problemas são por causa dessa forma de contrato. Acho melhor voltarmos para o pagamento por produção. (H2S)

Essa opinião também é compartilhada por outros membros da Comissão de Acompanhamento.

Eu nunca analisei dados financeiros, mas acho a Contratualização pior. Eles recebem menos do que deveriam. (GE2)

Pelas falas dos hospitais esse contrato é péssimo. Só gera problemas, além de ser muito mais difícil de trabalhar com ele. (CM1)

Acho que o contrato atual é bom por exigir metas e melhor qualidade, mas financeiramente acredito ser pior. (GM2)

Outros membros discordam.

Já fizemos estudos e mostramos para eles. Com os incentivos o valor recebido na Contratualização é maior do que pagando por produção sem os incentivos. (CM3)

Sinceramente, eu acho que o que fica represado nem é tão significativo se comparado com o total. Os incentivos cobrem essa diferença e ainda sobra. (CM1)

Eles não são obrigados a permanecerem na Contratualização. Podem pedir para voltar para o tipo de contrato atual, mas não fazem isso. Eles sabem que agora está melhor. O discurso contrário à contratualização é para justificar os pedidos de mais recursos. (GE1)

Diante do exposto, cabe a esta pesquisa verificar se esta percepção dos entrevistados se confirma, a partir dos dados coletados nas bases de dados do Ministério da Saúde e com as informações de pagamento presentes no Portal da Transparência do município. Apresentamos na Tabela 22 as simulações, para os dois hospitais em conjunto, dos valores que estes receberiam se o financiamento por todos os serviços ofertados ao SUS fosse por produção, comparando com o modelo contratual atual, em um período de cinco anos:

Tabela 22 – Comparação com e sem a Contratualização.

Segmento	2011		
	Produzido	Pago	Diferença
Ambulatorial	R\$ 2.601.843,90		
Hospitalar	R\$ 8.195.198,82	R\$ 14.153.887,13	R\$ 3.356.844,41
Total	R\$ 10.797.042,72		
Segmento	2012		
	Produzido	Pago	Diferença
Ambulatorial	R\$ 1.459.497,31		
Hospitalar	R\$ 8.412.174,28	R\$ 14.611.689,12	R\$ 4.740.017,53
Total	R\$ 9.871.671,59		
Segmento	2013		
	Produzido	Pago	Diferença
Ambulatorial	R\$ 2.134.795,45		
Hospitalar	R\$ 9.147.046,85	R\$ 14.277.131,06	R\$ 2.995.288,76
Total	R\$ 11.281.842,30		
Segmento	2014		
	Produzido	Pago	Diferença
Ambulatorial	R\$ 3.101.814,87		
Hospitalar	R\$ 9.374.518,65	R\$ 18.024.829,94	R\$ 5.548.496,42
Total	R\$ 12.476.333,52		
Segmento	2015		
	Produzido	Pago	Diferença
Ambulatorial	R\$ 2.619.234,35		
Hospitalar	R\$ 8.560.718,27	R\$ 19.366.870,62	R\$ 8.186.918,00
Total	R\$ 11.179.952,62		

Fonte: Portal da Transparência do município sede dos dois estabelecimentos de saúde selecionados e Ministério da Saúde/Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

A Tabela 22 demonstra que os valores recebidos pelos hospitais foram superiores ao produzido em todos os anos, variando de 26% a maior em 2013 a 73% a maior em 2015. Estes valores a maior representam, na verdade, incentivos diretamente relacionados à adesão à contratualização.

Os administradores dos hospitais, ao serem apresentados a este estudo não questionaram a metodologia e nem os valores utilizados, mas apresentaram justificativas

semelhantes para estes resultados.

É porque nessa simulação estão sendo considerados os incentivos. Incentivo não é para pagar os procedimentos. Serve para outras coisas. (H2T)

Com os incentivos talvez dê mais do que o pagamento por produção mesmo, mas você não pode misturar as duas coisas. O pagamento da produção atual é menor do que se fosse pagamento por produção. (H2T)

É importante frisar, contudo, que os incentivos, apesar de realmente não terem como objetivo cobrir déficits no pagamento da produção, são pagos apenas para os hospitais contratualizados. Se os hospitais optassem pelo contrato com pagamento por produção, receberiam mais recursos diretamente relacionados a essa produção, mas não teriam os incentivos que hoje em dia são maiores do que a diferença do que deixa de ser pago devido ao teto da parcela pré-fixada. Além disso, os recursos dos incentivos são livres, podendo ser utilizados para qualquer finalidade. Reafirmamos, portanto, que a simulação apresentada representa valores para as duas realidades (com e sem a Contratualização), independente dos argumentos de finalidade dos incentivos. No final, estes seriam os valores disponíveis para o financiamento dos serviços hospitalares.

Apresentamos, a seguir, o que dispõe a portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar para o eixo de financiamento:

Art. 26. O financiamento da assistência hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS.

Art. 27. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente.

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa.

Art. 28. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização:

- I estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais;
- II contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e
- III priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (BRASIL, 2013a)

A Portaria do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais

Filantrópicos no SUS não traz nenhum ponto adicional nestas regras e objetivos.

A principal constatação que temos, a partir dos resultados desta pesquisa, é que o modelo contratual adotado tem impactado de forma negativa na gestão dos serviços disponibilizados pelos hospitais, em contradição com o objetivo do art. 28 (ampliação da capacidade instalada). Houve uma transferência de investimento da média para a alta complexidade, reduzindo a oferta de serviços à população e alterando o perfil assistencial na rede de atenção local por iniciativa exclusiva dos hospitais, sem negociação com os demais membros da comissão de acompanhamento do contrato. A manutenção de duas formas de pagamento de forma simultânea, parte por produção (alta complexidade e FAEC) e parte dentro de um teto fixo (média complexidade), pode ter criado a visão de que a primeira seria superior à segunda. A descrição das formas de financiamento e as opiniões dos entrevistados demonstram como o pagamento através de parcela fixa preestabelecida gera alguns transtornos, como as AIHs na gaveta (represamentos), e desestímulos ao incremento nos serviços de média complexidade. Se o valor a receber é limitado, os hospitais tendem a cumprir apenas o acordado. Produzir a maior geraria prejuízos, ou seja, custos com procedimentos não financiados pelo SUS.

Um ponto que não foi discutido nas entrevistas, mas que cabe fazer moção nesta discussão de financiamento, é o benefício que os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos possuem frente as suas obrigações tributárias. O certificado emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social permite que estes estabelecimentos fiquem isentos do pagamento da contribuição patronal para a Previdência Social. Participar do SUS, portanto, não se resume às regras contratuais e ao financiamento visível a olho nu. Há outras vantagens implícitas, além de ser compatível com suas próprias missões institucionais.

O que se observa, também no financiamento, é que os recursos para pagamento das parcelas pré-fixadas da média complexidade são oriundos exclusivamente do governo federal. Não há nenhuma contrapartida do governo municipal neste aspecto e pelo governo estadual há apenas recursos complementares e não periódicos. O único recurso mensal que é transferido destas duas últimas esferas para os hospitais é o auxílio para manutenção do serviço de urgência e emergência. Seria uma obrigação, por estarem contratualizados, manterem este atendimento 24 horas por dia e 7 dias por semana, mas na realidade estão sendo necessários recursos adicionais para o financiamento deste serviço. A implementação do programa, como já dito, é contraditória com as próprias regras legais e contratuais e se justifica no discurso dos

diretores e administradores dos hospitais quanto às dificuldades financeiras que enfrentam.

Concluimos assim o último eixo estruturante da Contratualização. Percebemos, em síntese, que há um discurso inflamado dos representantes dos hospitais contra a metodologia de pagamento adotada neste modelo de contratação de serviços hospitalares, impactando até mesmo nas tomadas de decisão sobre quais procedimentos ofertar ou não aos cidadãos. Ao analisarmos os dados financeiros, entretanto, observamos que o problema do financiamento não é provocado pela Contratualização.

As dificuldades financeiras dos hospitais ainda persistem, principalmente devido à defasagem da tabela de procedimentos do SUS, mas algum avanço está provado que houve neste processo. Os valores recebidos pelos hospitais estão superiores no modelo contratual atual se compararmos com o modelo anterior (pagamento por produção).

Contudo, considerando que era objetivo do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS solucionar o problema do subfinanciamento da atenção hospitalar, não podemos afirmar que houve sucesso na iniciativa do Ministério da Saúde. Ao analisarmos as falas dos administradores hospitalares e suas planilhas de déficits, constatamos que estas ações mostraram-se insuficientes.

#### **4.5 Os implementadores**

Segundo Subirats (1992), a implementação de uma política pública não se resume a executar o que foi planejado. Executar tem uma conotação de automaticidade e os estudos demonstram que isso está longe de ser realidade. Uma definição melhor, segundo o autor, seria a dada por Pressman e Wildavsky em 1973, ao associar a implementação a um processo de interação entre o estabelecimento de objetivos e as ações empreendidas para alcançá-los, a transformação dos programas em resultados (SUBIRATS, 1992).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS foi instituído pelo Ministério da Saúde, órgão responsável por sua formulação. A Portaria, após indicar as diretrizes, regras e formas de financiamento, apresenta como atores implementadores os representantes do órgão gestor do SUS municipal/estadual, dos governos municipais abrangidos, dos hospitais e da sociedade (Conselho de Saúde). Estes se organizariam em uma comissão de acompanhamento do contrato que teria como funções:

## Art.32

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo:

I avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras;

II avaliar a capacidade instalada; e

III readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2013b)

Esse grupo de trabalho passa a ser a peça chave de todo o processo, pois será através de suas reuniões que as metas serão traçadas, o papel do hospital na rede será definido, as necessidades de saúde da população serão negociadas e os recursos financeiros serão estabelecidos. Trata-se, portanto, de colocar em prática as regras definidas nos documentos legais e criar estratégias para o alcance dos objetivos propostos pelo programa.

É extremamente relevante identificar que a variável chave do “colocar em prática” é o entendimento deste como um processo interorganizativo e de negociação entre os atores, que são unidades afetadas ou executoras da política. Outras variáveis para o sucesso da implementação é a comunicação entre estes atores. Quanto melhores sejam os canais de comunicação entre uns e outros, mais informação uniforme se conhecerá e mais fácil será conseguir a colaboração de todos, simplificando todo o processo (SUBIRATS, 1992).

No caso do programa analisado nesta pesquisa, os implementadores possuem um espaço formal de debate e negociação, que são as reuniões da Comissão de Acompanhamento. É neste espaço que deveria ser realizado o planejamento, a incorporação das demandas sociais e o controle dos serviços executados em termos quantitativos e qualitativos, criando uma interação entre os objetivos e as ações a serem empreendidas. “As comissões de acompanhamento são avaliadas como estruturas estratégicas fundamentais para o sucesso da contratualização” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Apesar de alguns atores estarem formalmente subordinados a outros neste processo, a relação entre eles sempre será de interdependência. Contudo, cada um apresenta níveis de poder e de recursos distintos, de forma assimétrica. Os principais recursos em jogo e que podem gerar contradições internas neste processo de negociação são: autoridade, dinheiro, legitimação política, informação e capacidade organizativa. “A estrutura desta rede e as interações entre seus atores influenciam seu rendimento, ou seja, a ‘qualidade’ da política aplicada e a efetividade de sua implementação” (SUBIRATS, 1992, p. 119).

As próprias percepções dos responsáveis pela implementação de uma política influenciam na variável dependente final: o grau de realização dos objetivos levantados.

“Conhecer sua posição, a direção de sua resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição frente ao programa) e a intensidade da mesma seria, então, muito importante” (SUBIRATS, 1992, p. 111). Ainda segundo o autor, a análise da disposição, da motivação e do universo de valores dos implementadores possibilitaria trabalhar sobre a burocracia, potencializando os mecanismos de incentivos ou evitando os bloqueios, além de entender possíveis insuficiências dos programas normativos ou das estruturas administrativas.

A primeira pergunta diretamente relacionada à contratualização realizada durante as entrevistas visa justamente tentar identificar estas percepções, ou seja, uma tentativa de captação da visão geral que eles possuem da contratualização e do ponto de vista que cada um apresentaria.

A tabela a seguir apresenta, resumidamente, o entendimento de cada implementador entrevistado sobre o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, classificando cada entrevistado de acordo com o eixo mais evidenciado em suas visões sobre o programa:

Tabela 23 – Visão dos implementadores sobre a Contratualização (continua).

<b>Entrevistado</b>	<b>Definição de Contratualização</b>	<b>Eixo Prioritário</b>
GM1	“É um programa do Ministério da Saúde que visa melhorar o financiamento dos hospitais filantrópicos, mas exigindo uma melhor qualidade do atendimento, mais serviços (integralidade) e, principalmente, uma melhor gestão destes recursos”	Gestão
GM2	“É um tipo de contratação de atendimento hospitalar que foge do simples pagamento por produção e passa a obrigar os hospitais a melhorarem tanto a qualidade quanto o uso do dinheiro”	Gestão
GM3	“É um tipo de contrato diferente do que havia antes, tendo metas quantitativas e qualitativas para melhorar a assistência hospitalar aos cidadãos. Os hospitais precisam se organizar melhor e são cobrados de forma mais específica, mais direcionada ao que se entende por qualidade no atendimento hospitalar”	Gestão
H1T	“É uma invenção do governo para pagar o mesmo e cobrar mais. Inventaram esse contrato que nos enche de cobrança e não nos remuneram de acordo com as novas exigências”	Financiamento
H1S	“Eu acho que a contratualização é uma forma diferente de contrato onde o hospital passa a receber os recursos de acordo com as metas que são impostas e não pelo que eles produzem”	Financiamento
H2T	“É um tipo de contrato que os hospitais filantrópicos podem escolher se aderem ou não e que muda a forma de pagar pelos serviços prestados pelos hospitais ao SUS, com metas e indicadores”	Financiamento

Tabela 23 – Visão dos implementadores sobre a Contratualização (conclusão).		
H2S	“É uma forma de contratação onde os hospitais são remunerados de forma diferente, há avaliações de desempenho e os recursos são congelados, com pouca alteração, independente das internações que acontecem”	Financiamento
GE1	“É uma política pública nacional de atendimento hospitalar, visando melhorar a qualidade deste nível de atenção à saúde e a gestão dos hospitais. Neste caso dos hospitais filantrópicos. Eles identificaram que havia falhas nesse setor e resolveram melhorar os procedimentos de controle e avaliação”	Gestão
GE2	“Eu acredito que é uma tentativa de melhorar a qualidade do atendimento terciário, considerando o nível de insatisfação que a população possui com a saúde pública no país. Criou-se então um contrato que tem metas para melhorar essa qualidade”	Assistência
GMR	“Eu entendo como o contrato que é celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais e onde estão estabelecidos os valores que serão pagos pelos atendimentos e o que os hospitais devem fazer para o SUS”	Assistência
CM1	“É um contrato do SUS com os hospitais para exigir melhor qualidade dos atendimentos. Uma forma de cobrar os hospitais que melhorem o atendimento péssimo que prestam ao povo”	Assistência
CM2	“Pelo pouco que já ouvi falar é sobre o contrato dos hospitais, onde tem os valores, a forma de pagamento e quais serviços, exames, médicos e tratamentos vão estar disponíveis aos pacientes do SUS”	Assistência

Fonte: do autor.

A partir desta contextualização inicial, passamos aos resultados e à discussão do papel desenvolvido por estes atores na Comissão de Acompanhamento do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

Infelizmente os membros da comissão podem ir além ou ficar aquém das suas competências, mas entendo que como existem representantes do controle social, da Secretaria de Saúde e dos hospitais, terão, acima de tudo, de verificar se as metas negociadas estão corretas e no foco da demanda da população. Quer dizer, têm que atender às necessidades da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Como discutimos nas seções anteriores, a Comissão de Acompanhamento dos contratos com os hospitais não está atuando com a rigidez prevista na formulação do programa. Vimos que as metas não são questionadas entre os membros, os valores de referência não são aumentados periodicamente e o descumprimento destas metas raramente gera penalizações aos hospitais. Além disso, cabe constar outros dois problemas identificados na análise dos instrumentos contratuais. O primeiro é o descumprimento de outra regra básica do programa que é o aumento gradativo das metas qualitativas sobre o total da remuneração

fixa dos hospitais. A cada ano o percentual referente às metas qualitativas deve aumentar em 5% até atingir o total de 50% da composição final. O último contrato apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde, vigente na data desta pesquisa, apresenta os mesmos 10% para metas qualitativas e 90% para metas quantitativas do primeiro contrato assinado entre as partes. Não houve nenhuma revisão. O segundo ponto é o descumprimento dos prazos previstos para renovação dos contratos e planos operativos, cinco e um ano, respectivamente. Há sempre atrasos neste processo e pagamentos sendo realizados sem contrato vigente por alguns períodos.

A partir da análise documental é possível perceber também que menos da metade das reuniões são registradas com atas, não há convocação oficial prévia para estas reuniões, muito menos divulgação destas atividades para a população como um todo. As atas que existem são vagas e pouca descrição há do que foi discutido e aprovado em cada uma. Houve dificuldade nesta pesquisa, inclusive, de obter estes documentos. A solicitação precisou passar pela aprovação de diferentes setores e os prazos da Lei de Acesso à Informação não foram cumpridos. Concluimos, portanto, que as informações sobre estes contratos são de difícil acesso para os cidadãos, prejudicando a transparência do processo e criando empecilhos ao trabalho de avaliação externo.

Como também observamos, alguns membros da comissão não sabem exatamente o seu papel neste processo. Os representantes da Secretaria Municipal de Saúde de um dos municípios da microrregião e do Conselho Municipal de Saúde assumem que participam das reuniões apenas pelas obrigações das funções que assumem em suas respectivas instituições. O GMR, inclusive, diz que só aceitou desempenhar este papel por pressão dos colegas.

Eu participo porque não tem mais ninguém para isso. Eu não gostaria, mas tem que ter alguém representando os secretários lá (GMR)

A contribuição destes membros, dado o desinteresse, a falta de capacitação e o distanciamento com suas atuações na saúde pública é muito limitada.

Eles mais faltam que vão nas reuniões. E quando vão ficam calados, acompanham a maioria ou trazem discussões que não são pertinentes ao momento. (GM1)

Não vejo contribuição deles nas discussões e avaliações. Estão lá para cumprir cota mesmo. (H2T)

Eles costumam faltar nas reuniões e nem justificam. Ou chegam atrasado e saem cedo. Depois é uma dificuldade para encontrar eles e pegar assinatura. (GM2)

No caso do representante do Conselho Municipal de Saúde a ausência ou indiferença nas reuniões pode ser de alto risco para o programa, já que este membro deveria levar para discussão o clamor da sociedade. Ele é representante dos usuários do SUS e, talvez mais do que os demais, deve se preocupar com a qualidade dos serviços hospitalares. Conforme relata em seus depoimentos, a saúde pública não atende às expectativas da população, mas não sabe como utilizar de seu papel neste importante processo de indução de melhorias. Além disso, afirmou que nunca houve falas suas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde para explicar aos demais membros os resultados e problemas constatados ou para colher críticas e sugestões. Concluímos, portanto, que os usuários/cidadãos não participam da implementação do programa mesmo sendo os principais interessados em seu sucesso.

Este dificultador relacionado aos membros da Comissão de Acompanhamento não é exclusividade do município sede dos dois estabelecimentos de saúde selecionados, conforme relatos do próprio Ministério da Saúde:

O que temos hoje e que podemos dizer é que os membros que compõem a Comissão de Acompanhamento, na grande maioria, não conhecem e não sabem do seu papel na Comissão. (...) Dificilmente você encontra uma Comissão cujos membros saibam exatamente o papel que lhes cabe nesse processo. Então, se ela é a alma, se é a principal peça para que tudo funcione de forma adequada, fica tudo muito complicado no âmbito da contratualização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 68)

Segundo relatos dos entrevistados, as reuniões acontecem de forma cordial e objetiva, sendo raros os momentos de exaltação. Apesar de haver um embate constante entre o governo municipal e os hospitais, contratante e contratados, as atividades são realizadas sem maiores dificuldades.

Toda reunião os hospitais reclamam dos recursos recebidos, como se fosse culpa nossa o valor que eles recebem e os problemas que eles enfrentam. Se a gente pudesse ajudar, ajudaríamos, mas eles não entendem isso. Preferem se opor a nós. (GM2)

Essas reuniões não servem para nada. Nós levamos nossos problemas e a Secretaria de Saúde não consegue resolvê-los. Tudo é resolvido fora das reuniões. (H2T)

Normalmente as reuniões são tranquilas. Os hospitais que são mais brigões, mas de forma respeitosa. Eles acham que a Secretaria de Saúde é culpada por tudo. (GE2)

Falta um pouco de parceria nas reuniões. A Secretaria de Saúde e os hospitais parecem adversários, inimigos. Deviam se juntar e resolverem os problemas, não jogar a culpa um no outro. (GE1)

Nós não revidamos os ataques dos hospitais para que o problema não fique maior, mas dá vontade de cancelar o contrato e mandá-los administrar melhor os hospitais. (GM1)

Essa diferença de visão entre os representantes da Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais é perceptível ao longo das entrevistas. Os primeiros tendem a acreditar que a Contratualização é mais positiva que os demais, responsabilizando os hospitais pelos resultados negativos em suas finanças. Já os representantes dos hospitais responsabilizam o governo municipal por todas as dificuldades enfrentadas, até mesmo na gestão interna de suas instituições.

Não conseguimos melhorar nosso relacionamento com os fornecedores porque a Secretaria não nos paga o que deveriam pagar. Como vamos negociar sem dar garantia de prazo de pagamento? (H1T)

Já não sabemos mais como cobrar a Secretaria as AIHs da gaveta. Isso atrapalha até nosso planejamento, porque não sabemos se contamos ou não com esse dinheiro. (H2T)

Falta empenho da Secretaria para a resolução desses problemas. (H2S)

A periodicidade das reuniões também não está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. Os indicadores, o quantitativo de procedimentos realizados e a capacidade instalada devem ser monitorados mensalmente. Mas esta não é uma constatação exclusiva do município sede dos dois estabelecimentos de saúde selecionados:

No modelo de convênio estava proposta a composição, a periodicidade, as atribuições e as obrigações da comissão de acompanhamento. Nas portarias que regulamentam a política está muito claro que tem que ser acompanhado pela comissão. Mas, é no convênio que aparecem as regularidades das reuniões e a real composição. Tem de ter o representante do hospital, da secretaria, da comunidade acadêmica e usuários. Devem se reunir uma vez por mês. Na prática nós vimos que não aconteceu na grande maioria das experiências. Nas comissões que funcionam, geralmente elas se reúnem trimestralmente, embora a base de cálculo da análise deva ser mensal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 47)

Além disso, é preciso entender as reuniões da Comissão como um espaço de negociação, planejamento e monitoramento da atenção hospitalar, visando sempre atender às demandas e aos anseios dos cidadãos.

É um contrato negociável. É baseado na escuta. Acordo entre as partes, esse que é o nosso desafio maior. Porque nós temos que fazer aproximações contínuas. É chegar a um consenso. E acordo que não se faz numa sentada, numa mesa. Pode ser que se precise várias sentadas em várias mesas. É uma parceria. Há atores diversos, cada qual com contribuição e visão.

A questão, por exemplo, da participação social é fundamental. Como está funcionando em relação aos usuários, que em última instância são o alvo de todo esse trabalho. Como é a participação desse segmento? Desafios da contratualização como um processo de aprendizagem. Exige uma mudança de cultura muito claramente marcada. Valorização e alcance de metas. Entrosamento de diferentes setores e atores envolvidos com o processo de contratualização.

Comissão de acompanhamento é o cerne do processo de contratualização. Percebemos que nos processos de recontratualização, dos quais participamos, aquele em que a comissão de acompanhamento funciona, o nível de entendimento é muito mais tranquilo. A maioria dos ruídos, dos desacordos, em algum momento foi conversado, se não resolvido. Quando a comissão de acompanhamento funciona, o processo de negociação é muito mais fácil. Dá-se de uma forma mais fluida. Quando não funciona acumula ao longo de um ano inteiro todas as diferenças, todos os desacordos para se resolver no final de um ano. Então, o nível de estresse fica mais elevado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A Secretaria Municipal de Saúde é a contratante dos serviços hospitalares, mas, conforme constatamos, possuem pouco poder financeiro neste processo. O financiamento é quase exclusivo do Governo Federal, ator que não participa da etapa de implementação. O Ministério da Saúde formulou e estabeleceu as regras da Contratualização, mas abandonou os demais atores a partir deste momento.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar e o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS estabelecem, respectivamente, que é responsabilidade do Ministério da Saúde, dentre outros:

Art. 32. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos nesta Portaria.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde:

I definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT;

II estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional;

III definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar;

IV cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite;

V estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT;

VI estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas;

VII fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar;

VIII articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os

cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar;  
 IX estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados;  
 X ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;  
 XI organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência;  
 XII prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar;  
 XIII prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e  
 XIV viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (BRASIL, 2013b)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar;  
 II financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;  
 III estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais;  
 IV acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário;  
 V desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente;  
 VI garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar;  
 VII realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios;  
 VIII promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS);  
 IX promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pósgraduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e  
 X estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.  
 (...)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos nesta Portaria, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais.

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente.

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos nesta Portaria, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (BRASIL, 2013b)

Na realidade, não há, por parte do governo federal, acompanhamento, controle e avaliação dos resultados, nem um canal de comunicação e capacitação com os implementadores desta política pública. Apesar de o modelo criado permitir a autonomia dos atores locais, falta incentivo, cobrança e orientações quanto ao papel destes e a importância dos objetivos propostos. O sistema de informações proposto nas normativas nunca saiu do papel, prejudicando tanto a avaliação do programa quanto a transparência para os cidadãos.

Bardach, em seu livro *The Implementation Game*, enfatiza como um dos maiores problemas na implementação, em sua análise de uma política pública de desospitalização de pacientes psiquiátricos no estado americano da Califórnia, a falta de controle deste processo por parte dos que tomam as decisões. “O controle teria como finalidade o exame da coerência entre objetivos, procedimentos e resultados na ação administrativa” (SUBIRATS, 1992, p. 126). No caso estudado pelo autor, seriam os legisladores, mas na Política Nacional de Atenção Hospitalar cabe aos poder executivo, o Ministério da Saúde, que criou e definiu as regras e os objetivos através de portaria ministerial.

Os implementadores são quem melhor conhecem o que está realmente acontecendo na execução das políticas públicas, o grau de aceitação que geram e as principais falhas em seu desenho que deveriam se modificar. O lugar que ocupam e os recursos que dispõem (informação, expertise, rede de contatos formais e informais) conferem a estes um papel nada desdenhável (SUBIRATS, 1992).

Percebemos, portanto, como é essencial a participação dos implementadores no processo de reformulação e aprimoramento da política pública. Constatamos nesta pesquisa que o primeiro passo neste sentido que precisa ser dado é a melhoria da comunicação entre as partes, principalmente entre governo federal e a comissão de acompanhamento.

Subirats (1992) também aponta que diversos estudos indicam a tendência entre os implementadores de boicote, absenteísmo, perdas de tempo, desperdício de recursos, alienação ou apatia quando falta controle e comunicação para e com os órgãos formuladores de políticas. Outra situação comum é a realização de ajustes ou até mesmo priorização de alguns objetivos em detrimento de outros, com fins positivos ou negativos, como adequá-los à realidade local ou aos recursos disponíveis e inserir interesses pessoais, respectivamente.

Os resultados desta pesquisa demonstram que estes problemas apontados por Subirats (1992) no processo de implementação de políticas públicas são perceptíveis nos dois estabelecimentos de saúde. Há desde a apatia e o absenteísmo de alguns membros da

comissão de acompanhamento até certo boicote por parte dos hospitais em algumas iniciativas dos governos municipal, estadual e, principalmente, federal.

Os hospitais não aceitam nada que vem do governo. Às vezes surgem algumas campanhas de cirurgias eletivas pagas com recurso extra e mesmo assim eles colocam dificuldade. Raramente conseguimos que eles participem. (GM1)

Quando a gente cria algum programa e precisa da ajuda dos hospitais é bem complicado. Parece que eles nem podem ouvir a palavra SUS mais. (GE1)

Diante dos problemas enfrentados na implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, através do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em seus três eixos estruturantes, passamos a sua avaliação geral. Expomos abaixo os objetivos principais da política como um todo:

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

- I garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;
- e
- XIV monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2013a)

Conforme já discutido de forma mais específica em cada eixo, há um limitado impacto da política na atenção hospitalar dos dois estabelecimentos de saúde selecionados, na visão dos implementadores. Muitos dos objetivos presentes nas normativas são ignorados ao longo do processo, principalmente na construção das metas e das regras contratuais. Não há ações

concretas que foquem no desenvolvimento dos princípios do SUS e das demais políticas prioritárias. Faltam também comunicação, empenho e maior atuação dos implementadores, controle, transparência e participação social.

Diante dos resultados e das discussões, entendemos que o programa, se implementado conforme o que foi desenhado, pode trazer melhorias ao sistema de saúde pública brasileiro, em especial ao setor hospitalar. Contudo, essas transformações influenciadas pela Contratualização são de difícil mensuração e trazem resultados mais de longo prazo, pouco perceptíveis aos olhos pragmáticos dos implementadores desta política pública. É preciso, porém, instrumentos institucionalizados de acompanhamento, controle e avaliação, bem como maior presença no processo de implementação tanto do Governo Federal quanto dos usuários/cidadãos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de 1990, no Brasil, vimos desenvolver na Administração Pública diversas iniciativas de modernização e de definição de papéis e responsabilidades. A valorização da relação entre o Estado e a iniciativa privada proporcionou inovações nestas interações, em especial o contrato de metas.

Vimos que os procedimentos burocráticos do Estado foram alvo de uma reforma que buscava maior flexibilidade e mais resultados. Seriam necessárias novas estratégias que possibilitassem a manutenção da complementariedade da esfera privada, principalmente a sem fins lucrativos, na saúde, mas que ao mesmo tempo induzisse os atores a um processo de melhoria da qualidade destes serviços contratados.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, criado em 2005, é fruto desta tendência. A transformação de um tradicional contrato de compra de serviços em um instrumento de planejamento, controle, parceria e busca da qualidade foi um marco na saúde pública brasileira. Há, contudo, muito o que aprimorar, conforme apontado em uma pesquisa de avaliação realizada pelo próprio Ministério da Saúde.

Eu diria que o SUS, dada a sua complexidade, opera numa complexa reforma de base administrativa e de modo muito incremental. O que está por trás do processo de contratualização é um diagnóstico da incapacidade do modelo clássico de administração pública, de administração do estado de simultaneamente fazer políticas, financiar, regular, prover serviços e como se isso fosse um processo simples.

Parece que a contratualização expressa um processo de separação de funções entre um determinado campo do estado, enquanto espaço de formulação de política, planejamento, regulação e financiamento daquele papel de prestação de serviço. Há uma separação e o instrumento para consagrar essa separação sem que isto elimine uma característica sistêmica, ao contrário, que fomente característica sistêmica, de base do SUS, é o contrato de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Com relação a avaliação da implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos nos dois estabelecimentos de saúde estudados, vale destacar: 1) as regras do programa não estão sendo cumpridas, dificultando que surjam os resultados esperados pelo programa; 2) houve melhoria nos eixos da assistência e da gestão se compararmos antes e depois da Contratualização, mas não é seguro afirmar que são consequências diretas do programa, considerando que outros programas governamentais foram implementados ao mesmo tempo, com incentivos e objetivos complementares ou similares, além das próprias transformações administrativas, tecnológicas e culturais a que os

hospitais estão sujeitos naturalmente; 3) o programa não considera a opinião do usuário/cidadão na avaliação da qualidade, opção incompatível com as tendências mundiais de participação popular e democracia plena nas políticas públicas; 4) a Contratualização é parte de um movimento que surge no país nos anos 90 que prioriza instrumentos de controle de resultados e sistemas de incentivos/punições, sendo difícil o retorno aos modelos anteriores; 5) apesar de ser fruto das ideias difundidas pelo gerencialismo, o processo de implementação identificado demonstra uma contradição com um princípio básico do modelo, que é a priorização da eficiência sobre a burocracia (os entrevistados enxergam as novas regras como maior burocracia e não as utilizam adequadamente para a melhoria da eficiência e da qualidade na prestação dos serviços hospitalares); 6) em termos de financiamento, há evidências de que o modelo proposto pela Contratualização é mais satisfatório, por remunerar os hospitais com valores superiores ao modelo de pagamento por produção, devido às complementações financeiras dos incentivos, mas ainda não é uma solução para o problema do subfinanciamento da atenção hospitalar, principalmente por não prever revisões nos valores dos procedimentos na Tabela SUS; e 7) os três eixos estruturantes do programa podem, de forma fragmentada, ser conceituados e focalizados para construção de determinadas estratégias, mas são de difícil separação para a avaliação da política pública, considerando a inter-relação e a interdependência entre eles.

Como em toda pesquisa científica, há algumas limitações nos resultados apresentados neste trabalho. Expomos abaixo estas lacunas identificadas:

- a) Esta avaliação se restringe à etapa da implementação da política pública escolhida, não podendo ser considerada como um diagnóstico final de todo o processo. O foco não foi a pertinência ou não das regras e procedimentos estabelecidos no momento da formulação, mas se a implementação está de acordo com o que foi planejado por seus idealizadores. Uma avaliação mais completa da política pública pode ser obtida com a ampliação da pesquisa para as demais etapas (formulação e avaliação, principalmente);
- b) As entrevistas foram realizadas apenas com os integrantes da Comissão de Acompanhamentos dos contratos com os hospitais e, portanto, deixaram de incluir as opiniões de atores fundamentais no processo de atendimento hospitalar, como os usuários/cidadãos, os profissionais da atividade-fim destes estabelecimentos e os formuladores da política (Governo Federal);

- c) Qualquer resultado positivo ou negativo apresentado não pode ser associado diretamente à Contratualização, devido à complexidade organizacional dos hospitais e das variáveis e às influências dos demais programas governamentais. Novas pesquisas que desejarem suprir a deficiência deste trabalho precisarão desenvolver metodologias de isolamento das variáveis ou comparar resultados de hospitais inseridos na Contratualização com outros adeptos de outras modalidades de contratação e financiamento.

Sugerimos, para posteriores pesquisas, o foco na interação entre a Contratualização, as demais políticas nacionais e regionais de saúde pública, os princípios e as políticas prioritárias do SUS para, a partir de uma análise mais aprofundada dos resultados quantitativos, qualitativos e financeiros, identificar e entender melhor os impactos específicos do programa no desenvolvimento da atenção hospitalar no país. Outro caminho desejável para a construção do conhecimento na área é a percepção dos cidadãos sobre este processo e sobre a qualidade dos serviços disponibilizados, além de pesquisa do nível de atendimento de suas necessidades.

Esperamos com esta pesquisa fomentar o estudo e o debate sobre o financiamento hospitalar e suas consequências na assistência e na gestão. As constatações apresentadas indicam os avanços do programa avaliado e os obstáculos para sua implementação. É preciso, em especial, comunicação entre os atores envolvidos, tanto entre os membros da comissão de acompanhamento do contrato quanto entre a comissão e o Governo Federal, responsável pela formulação das políticas públicas de saúde, e entre a comissão e os principais interessados no sucesso da iniciativa, os cidadãos. Políticas que carecem de participação social, transparência, controle dos resultados e empenho dos implementadores estão mais próximas do fracasso. Esperamos, portanto, que o conteúdo apresentado induza a um aprimoramento do próprio programa e eleve sua capacidade de causar impactos positivos na sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 67-86, 2007.
- ALONSO, J. M.; CLIFTON, J.; DIAZ-FUENTES, D. The impact of New Public Management on efficiency: an analysis of Madrid's hospitals. **Health Policy**, Ireland, v. 119, n. 3, p. 333-340, Mar. 2015.
- AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, ago. 2010.
- BARBOSA, P. R. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004.
- BARBOSA, P. R. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 265-283, mar./abr. 2003.
- BARCELOS, M. A formação da área de análise de políticas públicas: do modelo “racional compreensivo” às abordagens “sintéticas” do processo da política pública. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, n. 1, p. 145-162, jun. 2013.
- BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.
- BERNARDES, J. *et al.* Gerenciamento de hospitais filantrópicos: confronto entre a técnica médica, o poder político e a administração hospitalar. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 7, 2010, Caxias do Sul. **Anais eletrônicos...** Caxias do Sul, 2010. Disponível em: <[http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos10/237\\_Gerenciamento%20de%20Hospitais%20Filantropicos%20-%20SEGET.pdf](http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos10/237_Gerenciamento%20de%20Hospitais%20Filantropicos%20-%20SEGET.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).
- BRASIL. Lei n.º 13.019, de 31 de julho de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 01 ago. 2014. Seção 1, p. 1-8.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721\\_15\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006**. Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3123\\_07\\_12\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3123_07_12_2006.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013b**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, estado social e reforma gerencial. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 112-116, mar. 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 5-25, jan./abr. 1997.

BURITI, M. C. **Apenas 747 hospitais filantrópicos são “contratualizados” no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://saudebusiness.com/noticias/apenas-747-hospitais-filantropicos-sao-contratualizados-no-brasil/>> Acesso em: 10 maio 2015.

CALMON, P. C. D. P.; COSTA, M. M. Análise de políticas públicas no Brasil: estudos sobre a formação da agenda governamental. In: ENANPAD, 31, 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B890.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. São Paulo, v. 61, p. 20-40, 2006.

CAVALCANTE, A. P. Contratualização da Rede Hospitalar SUS. In: Congresso FEHOSP, 21, 2012, Campinas. **Anais...** São Paulo, FEHOSP, 2012. Disponível em:

<<http://www.eventosfehosp.com.br/galeria2012/>> Acesso em: 10 maio 2015.

CHINITZ, D.; MEISLIN, R.; ALSTER-GRAU, L. Values, institutions and shifting policy paradigms: expansion of the Israeli National Health Insurance Basket of Services. **Health Policy**, Ireland, v. 90, n. 1, p. 37-44, Apr. 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CONASS. **Nota Técnica 24/2013**: Política Nacional de Atenção Hospitalar. 2013. Disponível em <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2024-2013%20PNOHOSP%20vf.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

COSTA, M. M. O papel de atores governamentais e da sociedade civil na formação da agenda governamental. In: ENANPAD, 32, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-A2969.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

COUTTOLENC, B. F.; LA FORGIA, G. M. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

D'ASCENZI, L.; LIMA, L. L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, fev. 2006.

DEBESAY, J. *et al.* Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 119, p. 74-80, Oct. 2014.

DENHARDT, R. B. **Teorias da administração pública**. 6. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

DEUBEL, A. N. R. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? **Estudios Políticos**. Medellín, n. 33, p. 67-91, jul/dic, 2008.

DOESSEL, D. P.; WILLIAMS, R. F. G.; WHITEFORD, H. Deinstitutionalisation and managerialism in Queensland's public psychiatric institutions: challenging 'rhetoric' with empirical results. **Australian Journal of Public Administration**, v. 68, n. 4, p. 459-483, Dec. 2009.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In:

\_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980, p. 77-125.

DONADONE, J. C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas décadas no Brasil. **Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos**, Ciudad de Mexico, v. 59, p. 69–98, 2014.

FERLIE, E.; MCGIVERN, G.; FITZGERALD, L. A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 74, n. 3, p. 340-347, Feb. 2012.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 402-418, set./nov. 2013.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**. São Paulo: Saraiva, 2006, p.115-146.

GREY, C. Towards a critique of managerialism: the contribution of Simone Weil. **Journal of Management Studies**, Hoboken, v. 33, n. 5, p. 591-612, 1996.

GROSSO, A. L.; VAN RYZIN, G. G. Public management reform and citizen perceptions of the UK health system. **International Review of Administrative Sciences**, Brussels, v. 78, n. 3, p. 494-513, Sept. 2012.

GUERRERO, I.; MOSSE, P. R.; ROGERS, V. Hospital investment policy in France: pathways to efficiency and the efficiency of the pathways. **Health Policy**, Ireland, v. 93, n. 1, p. 35-40, Nov. 2009.

HAKULINEN, H.; RISSANEN, S.; LAMMINTAKANEN, J. How is the New Public Management applied in the occupational health care system? - decision-makers' and OH personnel's views in Finland. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 9, Aug. 2011.

JAKOBSEN, M. L. F. The effects of New Public Management: activity-based reimbursement and efficiency in the Scandinavian hospital sectors. **Scandinavian Political Studies**, Oslo, v. 33, n. 2, p. 113-134, June 2010.

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

MACHADO R. *et al.* **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013.

MALMMOSE, M. Management accounting versus medical profession discourse: hegemony in a public health care debate - A case from Denmark. **Critical Perspectives on Accounting**, Amsterdam, v. 27, p. 144-159, Mar. 2015.

MATTEI, P. The enterprise formula, new public management and the Italian health care system: Remedy or contagion? **Public Administration**, Washington, v. 84, n. 4, p. 1007-1027, Dec. 2006.

MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. A ideia do ciclo na análise de políticas públicas. In: \_\_\_\_\_. **Caminhos para análise das políticas públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 221-272.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003 - 2010**. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS – dificuldades, perspectivas e propostas**. Brasília: Editora MS, 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consulta Pública nº 20**. Brasília, 2012b.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Brasília: Universidade Católica, 2003.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLLAIK, L. G.; MEDEIROS, J. J. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1943-1967, dez. 2011.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, mar. 2005.

QUINTELLA, J. E. de V (Coord). **Estudos de contratualização de hospitais no âmbito do SUS**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

RAMESH, M. Autonomy and control in public hospital reforms in Singapore. **American**

**Review of Public Administration**, Washington, v. 38, n. 1, p. 62-79, Mar. 2008.

SALAMON, P. M. **The tools of government: a guide to the new governance**. New York: Oxford University Press, 2002.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jun. 2006.

SILVA H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. 132 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública)-Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SIMONET, D. Assessment of new public management in health care: the French case. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 12, Oct. 6 2014.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.

SPIGOLON, J. L. **Alguém contra a portaria do IAC**. 2013. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/blog/2013/09/alguem-contra-a-portaria-do-iac/>> Acesso em: 8 abr. 2015.

STOLT, R.; BLOMQUIST, P.; WINBLAD, U. Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 72, n. 4, p. 560-567, Feb. 2011.

SUBIRATS, J. Análisis de políticas públicas y eficacia de La Administración. In: **La puesta em practica de las políticas públicas**. Madrid: Ministério para las Administraciones Públicas, 1992, p. 101-123.

TAYLOR-GOOBY, P. Trust and welfare state reform: the example of the NHS. **Social Policy Administration**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 288-306, Jun. 2008.

VACS, A. Convergence and dissension: democracy, markets and structural reform in world perspective. In: SMITH, W.; ACÑA, C. e GAMARRA, E. (Ed). **Latin American political economy in the age of neoliberal reform**. New Brunswick and London, Transaction, 1994.

## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

### **Atores 1 e 2: Diretores das unidades hospitalares analisadas**

#### Informações Gerais:

1. Qual o seu cargo no Hospital?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o cargo já trabalhava no Hospital? Em que função?
4. Já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Qual?
5. Já tinha alguma experiência anterior com administração hospitalar? Onde? Por quanto tempo?
6. Qual o seu grau de instrução e sua formação?
7. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
8. Há algo no programa que você não possui conhecimento para abordar nesta entrevista?
9. Você já trabalhou com administração hospitalar com outra modalidade de contratação com o SUS? Qual? Onde? Quando?
10. Se a resposta para a pergunta anterior for positiva: você percebe diferenças entre as duas formas de contratação em termos burocráticos, administrativos, financeiros e assistenciais? Quais?
11. Você conhece algum hospital filantrópico que não aderiu à contratualização?
12. Como você definiria este programa?
13. Em sua concepção, quais os principais objetivos do programa?
14. Você acha que há ações concretas sendo desenvolvidas para atingir estes objetivos? Quais?
15. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para este hospital?
16. Você acredita que haja melhores alternativas de financiamento e contratação hospitalar para o SUS? Como seriam estas alternativas? Todos os envolvidos seriam beneficiados?
17. O hospital participa de algum outro programa governamental? Qual? Descreva-os sucintamente. Há algum relacionamento entre estes programas e a contratualização?

## Eixo 1: Gestão:

18. O hospital possui controle administrativo e financeiro de suas atividades (almoxarifado, faturamento, contas a pagar e a receber, pessoal, compras, etc)? É utilizado algum sistema de informações?
19. O controle administrativo e financeiro alterou-se nos últimos anos? Como? Você acredita que haja alguma influência da nova forma de contratação com o SUS?
20. A contratualização exige um melhor controle administrativo e financeiro das atividades do hospital?
21. O hospital passou a adotar alguma estratégia administrativa para controle de custos e/ou para melhoria da eficiência nos últimos anos? Explique-as sucintamente.
22. O número de profissionais administrativos aumentou nos últimos anos? Porquê?
23. O número de profissionais de saúde aumentou nos últimos anos? Porquê?
24. O hospital costuma promover ou financiar cursos e treinamentos para os trabalhadores administrativos? Em que área e com qual frequência? Trata-se de uma necessidade do hospital ou uma exigência firmada em contratos e convênios?
25. O hospital costuma promover ou financiar cursos e treinamentos para os trabalhadores da área de saúde? Em que área e com qual frequência? Trata-se de uma necessidade do hospital ou uma exigência firmada em contratos e convênios?
26. Você percebe melhorias na gestão e/ou na assistência conquistadas a partir destas qualificações?
27. Estas qualificações estão sendo mais frequentes nos últimos anos? Porquê?
28. Você tem conhecimento do nível de escolaridade médio ou mais frequente dos profissionais que trabalham na área administrativa? Qual seria? Houve alteração nos últimos anos? A que você atribui estas mudanças?
29. Como o hospital seleciona estes profissionais e o que é mais valorizado (experiência, formação, qualificação, desenvoltura pessoal, aparência, etc)?
30. As expectativas iniciais quanto ao perfil desejado são satisfeitos através desta seleção ou o profissional desejado não é encontrado disponível? Porquê?
31. Você considera alto o nível de rotatividade de profissionais no hospital? A que você atribui esta condição?
32. Como você avalia as condições de infraestrutura do hospital para as atividades

- administrativas (móveis, equipamentos, softwares...)? Houve uma melhoria nos últimos anos? Como esta melhoria tem sido financiada?
33. O hospital possui plano diretor? Descreva-o sucintamente.
  34. O hospital possui comissão de avaliação, comitê gestor ou equivalente? Quais suas funções e sua importância na administração hospitalar?
  35. O hospital possui setor de auditoria? Quais áreas e processos são avaliados?

#### Eixo 2: Financiamento:

36. Os custos gerados pela oferta de serviços ao SUS são cobertos pelos recursos recebidos pelos governos municipal, estadual e federal? Se não, como são custeadas as atividades: empréstimos, dívida, outras fontes de recursos?
37. Como o hospital é pago pelos serviços prestados ao SUS?
38. O pagamento é realizado dentro dos prazos e das condições estipuladas pelo contrato?
39. O hospital costuma atrasar o pagamento dos trabalhadores? Já sofreu penalidades por isso?
40. O hospital costuma atrasar o pagamento dos fornecedores? Se sim, acredita que as condições de pagamento e preço seriam melhores em condições financeiras melhores?
41. O hospital recorre frequentemente a empréstimos e financiamento? Vocês conseguem pagar as parcelas e demais condições em dia?
42. Os governos municipal, estadual ou federal estão em débito com o hospital? Referente a que serviço prestado? Como tem sido esta cobrança e que retorno têm obtido?
43. Em relação à pergunta anterior, esta dívida descumpra o contrato ou deve-se a uma falha da forma de contratação?

#### Eixo 3: Assistência

44. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve este crescimento: crescimento demográfico, recebimento de um número maior de pacientes de outras localidades, serviços de melhor qualidade, diminuição da utilização de planos de saúde, maior capacidade ou maior oferta de serviços no hospital, etc?
45. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes desta expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que

- possibilitam esta alteração de capacidade instalada?
46. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência?
  47. O hospital consegue atender a todas as demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde?
  48. O hospital já se recusou a receber pacientes encaminhados através de central de regulação? Porquê?
  49. O hospital promove ações voltadas à humanização do atendimento? Quais e por que foram adotadas, por iniciativa do próprio hospital ou por incentivo contratual?
  50. O hospital pretende expandir seus serviços em breve? Quais serviços? Como será financiada esta expansão?
  51. O hospital pretende contratar mais profissionais? Quais? Porquê? Há capacidade financeira para isso?
  52. O hospital adota protocolos clínicos? O número de protocolos tem crescido nos últimos anos? A que se deve este aumento ou redução? Está relacionado às exigências contratuais?
  53. O hospital possui setor de ouvidoria? Como são recebidas, encaminhadas e respondidas as demandas dos usuários?
  54. O hospital possui comitê de ética?
  55. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com a rede de atenção à saúde (atenção básica, vigilância sanitária, atendimento de urgência e emergência, média e alta complexidade, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?
  56. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com as demais políticas prioritárias do SUS (humanização, pré-natal e saúde materno-infantil, atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de urgência e emergência, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

#### Instrumentos da Contratualização

57. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
58. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência? Quem agenda e convoca os membros, por que meio e com que antecedência?
59. Você já faltou a alguma reunião? Porquê? Mandou substituto?
60. Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais?

61. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
62. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
63. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
64. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
65. Qual a data do último plano operativo? Com que frequência ele é refeito e assinado?
66. Qual a data do último contrato? Com que frequência ele é renovado e assinado?
67. Quem elencou e definiu as metas que constam no plano operativo e como elas foram parametrizadas?
68. A comissão de acompanhamento debate estas metas e a pertinência de cada uma?
69. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Porquê?
70. A comissão avalia o cumprimento das metas e penaliza o hospital em caso de não cumprimento destas?
71. Seu hospital já precisou justificar o não cumprimento de alguma meta? A comissão avaliou o pedido? Foi deferido ou indeferido?
72. Com que frequência ocorrem estas solicitações de reavaliação de metas e justificação de não cumprimento?
73. As metas alteraram ao longo dos últimos anos? Porquê?
74. Os percentuais que qualificam cada meta são alterados a cada período avaliado (ex.: o percentual definido na meta de taxa de mortalidade é reduzido a cada quadrimestre)?
75. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
76. Acredita que os interesses dos governos municipal e estadual e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
77. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
78. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
79. Há conflitos de interesse ou há unanimidade dentre as decisões da comissão?
80. Você descreveria a comissão como uma parceria entre as partes envolvidas no atendimento hospitalar ou há interesses sendo defendidos que destoam do interesse público e do bem comum?
81. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria

profissional, nível governamental, etc)? Porquê?

82. Você indicaria a algum hospital filantrópico não participante da contratualização a adesão ao programa? Porquê?
83. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

### **Ator 3: Representante da Secretaria Municipal de Saúde – Gestor Local do SUS**

Informações Gerais:

1. Qual o seu cargo/função na Secretaria Municipal de Saúde?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o cargo já trabalhava com saúde pública? Em que função? Por quanto tempo?
4. Qual o seu grau de instrução e sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Há algo no programa que você não possui conhecimento para abordar nesta entrevista?
7. Você já trabalhou com outra modalidade de contratação com o SUS? Qual? Onde? Quando?
8. Se a resposta para a pergunta anterior for positiva: você percebe diferenças entre as duas formas de contratação em termos burocráticos, administrativos, financeiros e assistenciais? Quais?
9. Você conhece algum hospital filantrópico que não aderiu à contratualização?
10. Como você definiria este programa?
11. Em sua concepção, quais os principais objetivos do programa?
12. Você acha que há ações concretas sendo desenvolvidas para atingir estes objetivos? Quais?
13. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para o governo municipal? E para a população? E para os hospitais?
14. Você acredita que haja melhores alternativas de financiamento e contratação hospitalar para o SUS? Como seriam estas alternativas? Todos os envolvidos seriam beneficiados?

15. A Secretaria de Saúde participa de algum outro programa governamental de atenção hospitalar? Qual? Descreva-os sucintamente. Há algum relacionamento entre estes programas e a contratualização?

Eixos 1 e 2: Gestão e Financiamento:

16. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
17. Acredita que estas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?
18. Como o(s) hospital(is) do município é(são) pago(s) pelos serviços prestados ao SUS?
19. O pagamento é realizado dentro dos prazos e das condições estipuladas pelo contrato?
20. Os governos municipal, estadual ou federal estão em débito com o hospital? Referente a que serviço prestado? Porquê?
21. Em relação à pergunta anterior, esta dívida descumpre o contrato ou deve-se a uma falha da forma de contratação?
22. Acredita que o hospital passa por dificuldades financeiras? A que ou a quem você atribui este problema?

Eixo 3: Assistência

23. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve este crescimento: crescimento demográfico, recebimento de um número maior de pacientes de outras localidades, serviços de melhor qualidade, diminuição da utilização de planos de saúde, maior capacidade ou maior oferta de serviços no hospital, etc?
24. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes desta expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam esta alteração de capacidade instalada?
25. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência?
26. O hospital consegue atender a todas as demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde?
27. O hospital já se recusou a receber pacientes encaminhados através de central de regulação? Porquê?
28. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com a rede de atenção

à saúde (atenção básica, vigilância sanitária, atendimento de urgência e emergência, média e alta complexidade, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

29. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com as demais políticas prioritárias do SUS (humanização, pré-natal e saúde materno-infantil, atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de urgência e emergência, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

#### Instrumentos da Contratualização

30. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
31. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência? Quem agenda e convoca os membros, por que meio e com que antecedência?
32. Você já faltou a alguma reunião? Porquê? Mandou substituto?
33. Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais?
34. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
35. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
36. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
37. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
38. Qual a data do último plano operativo? Com que frequência ele é refeito e assinado?
39. Qual a data do último contrato? Com que frequência ele é renovado e assinado?
40. Quem elencou e definiu as metas que constam no plano operativo e como elas foram parametrizadas?
41. A comissão de acompanhamento debate estas metas e a pertinência de cada uma?
42. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Porquê?
43. A comissão avalia o cumprimento das metas e penaliza o hospital em caso de não cumprimento destas?
44. O hospital já precisou justificar o não cumprimento de alguma meta? A comissão avaliou o pedido? Foi deferido ou indeferido?
45. Com que frequência ocorrem estas solicitações de reavaliação de metas e justificação de não cumprimento?
46. As metas alteraram ao longo dos últimos anos? Porquê?

47. Os percentuais que qualificam cada meta são alterados a cada período avaliado (ex.: o percentual definido na meta de taxa de mortalidade é reduzido a cada quadrimestre)?
48. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
49. Acredita que os interesses do hospital, dos governos estadual e dos municípios da região e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
50. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
51. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
52. Há conflitos de interesse ou há unanimidade dentre as decisões da comissão?
53. Você descreveria a comissão como uma parceria entre as partes envolvidas no atendimento hospitalar ou há interesses sendo defendidos que destoam do interesse público e do bem comum?
54. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental, etc)? Porquê?
55. Você indicaria a algum hospital filantrópico não participante da contratualização a adesão ao programa? Porquê?
56. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

#### **Ator 4: Representante das Secretarias Municipais de Saúde da Microrregião**

##### Informações Gerais:

1. Qual o seu cargo/função na Secretaria Municipal de Saúde?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o cargo já trabalhava com saúde pública? Em que função? Por quanto tempo?
4. Qual o seu grau de instrução e sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Há algo no programa que você não possui conhecimento para abordar nesta entrevista?

7. Você já trabalhou com outra modalidade de contratação com o SUS? Qual? Onde? Quando?
8. Se a resposta para a pergunta anterior for positiva: você percebe diferenças entre as duas formas de contratação em termos burocráticos, administrativos, financeiros e assistenciais? Quais?
9. Você conhece algum hospital filantrópico que não aderiu à contratualização?
10. Como você definiria este programa?
11. Em sua concepção, quais os principais objetivos do programa?
12. Você acha que há ações concretas sendo desenvolvidas para atingir estes objetivos? Quais?
13. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para o governo municipal? E para a população? E para os hospitais?
14. Você acredita que haja melhores alternativas de financiamento e contratação hospitalar para o SUS? Como seriam estas alternativas? Todos os envolvidos seriam beneficiados?
15. A Secretaria de Saúde participa de algum outro programa governamental de atenção hospitalar? Qual? Descreva-os sucintamente. Há algum relacionamento entre estes programas e a contratualização?

Eixos 1 e 2: Gestão e Financiamento:

16. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
17. Acredita que estas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?
18. Acredita que o hospital passa por dificuldades financeiras? A que ou a quem você atribui este problema?

Eixo 3: Assistência

19. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve este crescimento: crescimento demográfico, recebimento de um número maior de pacientes de outras localidades, serviços de melhor qualidade, diminuição da utilização de planos de saúde, maior capacidade ou maior oferta de serviços no hospital, etc?
20. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa

nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes desta expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam esta alteração de capacidade instalada?

21. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência?
22. O hospital consegue atender a todas as demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde?
23. O hospital já se recusou a receber pacientes encaminhados através de central de regulação? Porquê?
24. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com a rede de atenção à saúde (atenção básica, vigilância sanitária, atendimento de urgência e emergência, média e alta complexidade, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?
25. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com as demais políticas prioritárias do SUS (humanização, pré-natal e saúde materno-infantil, atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de urgência e emergência, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

#### Instrumentos da Contratualização

26. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
27. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência? Quem agenda e convoca os membros, por que meio e com que antecedência?
28. Você já faltou a alguma reunião? Porquê? Mandou substituto?
29. Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais?
30. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
31. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
32. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
33. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
34. Quem elencou e definiu as metas que constam no plano operativo e como elas foram parametrizadas?
35. A comissão de acompanhamento debate estas metas e a pertinência de cada uma?
36. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Porquê?

37. A comissão avalia o cumprimento das metas e penaliza o hospital em caso de não cumprimento destas?
38. O hospital já precisou justificar o não cumprimento de alguma meta? A comissão avaliou o pedido? Foi deferido ou indeferido?
39. Com que frequência ocorrem estas solicitações de reavaliação de metas e justificação de não cumprimento?
40. As metas alteraram ao longo dos últimos anos? Porquê?
41. Os percentuais que qualificam cada meta são alterados a cada período avaliado (ex.: o percentual definido na meta de taxa de mortalidade é reduzido a cada quadrimestre?)?
42. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
43. Acredita que os interesses do hospital, dos governos estadual e do município sede do hospital e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
44. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
45. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
46. Há conflitos de interesse ou há unanimidade dentre as decisões da comissão?
47. Você descreveria a comissão como uma parceria entre as partes envolvidas no atendimento hospitalar ou há interesses sendo defendidos que destoam do interesse público e do bem comum?
48. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental, etc)? Porquê?
49. Você indicaria a algum hospital filantrópico não participante da contratualização a adesão ao programa? Porquê?
50. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

#### **Ator 5: Representante da Secretaria Estadual de Saúde**

Informações Gerais:

1. Qual o seu cargo/função na Secretaria Estadual de Saúde?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?

3. Antes de assumir o cargo já trabalhava com saúde pública? Em que função? Por quanto tempo?
4. Qual o seu grau de instrução e sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Há algo no programa que você não possui conhecimento para abordar nesta entrevista?
7. Você já trabalhou com outra modalidade de contratação com o SUS? Qual? Onde? Quando?
8. Se a resposta para a pergunta anterior for positiva: você percebe diferenças entre as duas formas de contratação em termos burocráticos, administrativos, financeiros e assistenciais? Quais?
9. Você conhece algum hospital filantrópico que não aderiu à contratualização?
10. Como você definiria este programa?
11. Em sua concepção, quais os principais objetivos do programa?
12. Você acha que há ações concretas sendo desenvolvidas para atingir estes objetivos? Quais?
13. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para o governo? E para a população? E para os hospitais?
14. Você acredita que haja melhores alternativas de financiamento e contratação hospitalar para o SUS? Como seriam estas alternativas? Todos os envolvidos seriam beneficiados?
15. A Secretaria Estadual de Saúde participa de algum outro programa governamental de atenção hospitalar? Qual? Descreva-os sucintamente. Há algum relacionamento entre estes programas e a contratualização?

Eixos 1 e 2: Gestão e Financiamento:

16. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
17. Acredita que estas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?
18. Acredita que o hospital passa por dificuldades financeiras? A que ou a quem você atribui este problema?

### Eixo 3: Assistência

19. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve este crescimento: crescimento demográfico, recebimento de um número maior de pacientes de outras localidades, serviços de melhor qualidade, diminuição da utilização de planos de saúde, maior capacidade ou maior oferta de serviços no hospital, etc?
20. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes desta expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam esta alteração de capacidade instalada?
21. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com a rede de atenção à saúde (atenção básica, vigilância sanitária, atendimento de urgência e emergência, média e alta complexidade, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?
22. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com as demais políticas prioritárias do SUS (humanização, pré-natal e saúde materno-infantil, atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de urgência e emergência, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

### Instrumentos da Contratualização

23. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
24. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência? Quem agenda e convoca os membros, por que meio e com que antecedência?
25. Você já faltou a alguma reunião? Porquê? Mandou substituto?
26. Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais?
27. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
28. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
29. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
30. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
31. Quem elencou e definiu as metas que constam no plano operativo e como elas foram parametrizadas?
32. A comissão de acompanhamento debate estas metas e a pertinência de cada uma?

33. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Porquê?
34. A comissão avalia o cumprimento das metas e penaliza o hospital em caso de não cumprimento destas?
35. O hospital já precisou justificar o não cumprimento de alguma meta? A comissão avaliou o pedido? Foi deferido ou indeferido?
36. Com que frequência ocorrem estas solicitações de reavaliação de metas e justificação de não cumprimento?
37. As metas alteraram ao longo dos últimos anos? Porquê?
38. Os percentuais que qualificam cada meta são alterados a cada período avaliado (ex.: o percentual definido na meta de taxa de mortalidade é reduzido a cada quadrimestre)?
39. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
40. Acredita que os interesses do hospital, dos governos municipais e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
41. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
42. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
43. Há conflitos de interesse ou há unanimidade dentre as decisões da comissão?
44. Você descreveria a comissão como uma parceria entre as partes envolvidas no atendimento hospitalar ou há interesses sendo defendidos que destoam do interesse público e do bem comum?
45. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental, etc)? Porquê?
46. Você indicaria a algum hospital filantrópico não participante da contratualização a adesão ao programa? Porquê?
47. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

## **Ator 6: Representante do Conselho Municipal de Saúde**

Informações Gerais:

1. Qual o seu cargo/função no Conselho Municipal de Saúde?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?

3. Antes de entrar no Conselho já trabalhava com saúde pública? Em que função? Por quanto tempo?
4. Qual o seu grau de instrução e sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Há algo no programa que você não possui conhecimento para abordar nesta entrevista?
7. Você já trabalhou com outra modalidade de contratação com o SUS? Qual? Onde? Quando?
8. Se a resposta para a pergunta anterior for positiva: você percebe diferenças entre as duas formas de contratação em termos burocráticos, administrativos, financeiros e assistenciais? Quais?
9. Você conhece algum hospital filantrópico que não aderiu à contratualização?
10. Como você definiria este programa?
11. Em sua concepção, quais os principais objetivos do programa?
12. Você acha que há ações concretas sendo desenvolvidas para atingir estes objetivos? Quais?
13. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para o governo? E para a população? E para os hospitais?
14. Você acredita que haja melhores alternativas de financiamento e contratação hospitalar para o SUS? Como seriam estas alternativas? Todos os envolvidos seriam beneficiados?

Eixos 1 e 2: Gestão e Financiamento:

15. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
16. Acredita que estas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?
17. Acredita que o hospital passa por dificuldades financeiras? A que ou a quem você atribui este problema?

Eixo 3: Assistência

18. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve este crescimento: crescimento demográfico, recebimento de um número maior de pacientes

de outras localidades, serviços de melhor qualidade, diminuição da utilização de planos de saúde, maior capacidade ou maior oferta de serviços no hospital, etc?

19. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes desta expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam esta alteração de capacidade instalada?
20. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência? O hospital já se recusou a receber pacientes que procuraram diretamente o hospital ou os que foram encaminhados através de central de regulação? Porquê?
21. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com a rede de atenção à saúde (atenção básica, vigilância sanitária, atendimento de urgência e emergência, média e alta complexidade, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?
22. Você acredita que a contratualização propicia maior integração com as demais políticas prioritárias do SUS (humanização, pré-natal e saúde materno-infantil, atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de urgência e emergência, etc)? Se sim, como? Se não, por quê?

#### Instrumentos da Contratualização

23. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
24. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência? Quem agenda e convoca os membros, por que meio e com que antecedência?
25. Você já faltou a alguma reunião? Porquê? Mandou substituto?
26. Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais?
27. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
28. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
29. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
30. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
31. Quem elencou e definiu as metas que constam no plano operativo e como elas foram parametrizadas?
32. A comissão de acompanhamento debate estas metas e a pertinência de cada uma?

33. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Porquê?
34. A comissão avalia o cumprimento das metas e penaliza o hospital em caso de não cumprimento destas?
35. O hospital já precisou justificar o não cumprimento de alguma meta? A comissão avaliou o pedido? Foi deferido ou indeferido?
36. Com que frequência ocorrem estas solicitações de reavaliação de metas e justificação de não cumprimento?
37. As metas alteraram ao longo dos últimos anos? Porquê?
38. Os percentuais que qualificam cada meta são alterados a cada período avaliado (ex.: o percentual definido na meta de taxa de mortalidade é reduzido a cada quadrimestre)?
39. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
40. Acredita que os interesses do hospital, dos governos estadual e municipal estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
41. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
42. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
43. Há conflitos de interesse ou há unanimidade dentre as decisões da comissão?
44. Você descreveria a comissão como uma parceria entre as partes envolvidas no atendimento hospitalar ou há interesses sendo defendidos que destoam do interesse público e do bem comum?
45. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental, etc)? Porquê?
46. Você indicaria a algum hospital filantrópico não participante da contratualização a adesão ao programa? Porquê?
47. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

**ANEXO A – Contrato dos Hospitais****CONTRATO N° \_\_\_\_\_ - Secretaria Municipal de Saúde**

CONTRATO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE  
\_\_\_\_\_ ATRAVÉS DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE, E \_\_\_\_\_,  
PARA PRESTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE  
CONFORME DESCRITO NO  
PLANO OPERATIVO ANUAL.

CONTRATANTE: (informações do Município e da Secretaria Municipal de Saúde)

CONTRATADA: (informações do hospital)

Por este instrumento e na melhor forma de direito, tem entre si, sujeitando-se às seguintes cláusulas e condições que reciprocamente outorgam e aceitam:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DA CONTRATAÇÃO**

1.1 – Este contrato decorre do processo de INEXIGIBILIDADE N.º \_\_\_\_\_ e será regido pela Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO**

2.1 – O presente contrato tem por objetivo a integração do HOSPITAL no Sistema Único de Saúde – SUS, com a missão de se caracterizar como referência para a prestação de assistência integral à saúde dos usuários do SUS, particularmente nas áreas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em conformidade com Plano Operativo Anual previamente definido entre as partes, onde firmam os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais, de acesso, de qualidade da assistência, de educação permanente e atividades constantes no Plano Operativo Anual.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

3.1 – A CONTRATADA tem como missão a de prestar assistência hospitalar a quem a procura, utilizando-se de profissionais capacitados e das melhores técnicas possíveis, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de acordo com os princípios regidos pelas normas reguladoras do Sistema Único de Saúde, regulamentadas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e em consonância com a Política Nacional de Humanização do SUS.

3.2 – A CONTRATADA ainda deverá se inserir na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS da microrregião \_\_\_\_\_ com a missão de se caracterizar como

referência para a prestação de assistência integral à saúde dos usuários, principalmente nas áreas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

4.1 – Considerando as especificidades e diretrizes da contratualização e, em consonância com o artigo 6º da Portaria 3.410, de 30 de dezembro de 2013, serão consideradas responsabilidades da CONTRATADA no âmbito da contratualização os eixos da: Assistência, Gestão e Pesquisa (quando houver) e Avaliação.

4.2 – No eixo da Assistência, compete à CONTRATADA:

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;

b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o inciso II do art. 23;

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados;

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

4.3 – No eixo da Gestão, compete à CONTRATADA:

- I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
- II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
- IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
- VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
- IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
- X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente;
- XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
- XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
- XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
- XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
- XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o inciso XII do art. 5º; e
- XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32.

4.4 – No eixo da Avaliação, compete à CONTRATADA:

- I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
- III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
- V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
- VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos

financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

## **CLÁUSULA QUINTA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE**

### 5.1 – Compete à CONTRATANTE:

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sócio-demográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas;

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuação no âmbito do subsistema de saúde indígena;

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados;

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de:

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação;

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32;

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de:

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori";

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização;

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores quali-quantitativos; e

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização;

IX - alimentar o sistema de informação previsto no inciso V do art. 4º, quando disponibilizado;

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente;

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde;

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas:

- a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
- c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- d) Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);
- e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC);
- f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e
- g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS;

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local;

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS;

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo.

## **CLÁUSULA SEXTA – DO ACOMPANHAMENTO**

6.1 – O acompanhamento será realizado por comissão instituída pela Portaria Municipal \_\_\_\_\_, ou a que vier a substituir, que acompanhará a execução das metas e indicadores de desempenho acordados no Plano Operativo Anual.

6.2 – A avaliação ocorrerá mensalmente pela Comissão de Acompanhamento do Contrato, que deverá ser composta por: dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente técnicos envolvidos com o serviço de regulação, controle, avaliação e auditoria; dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde; dois representantes de cada hospital contratualizado do município \_\_\_\_\_; um representante do Conselho Municipal de Saúde; e um representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da microrregião \_\_\_\_\_.

6.3 – Caberá a esta Comissão monitorar e avaliar a capacidade instalada, a produtividade, as metas do Plano Operativo Anual e os indicadores a seguir:

- I - Taxa de mortalidade geral
- II - Taxa de ocupação geral
- III - Tempo médio de permanência geral
- IV - Taxa de infecção hospitalar

6.4 – A Comissão de Avaliação da Contratualização determinará a pontuação atingida pela CONTRATADA na avaliação de seu desempenho, o que indicará o valor da parcela variável a ser repassada, conforme metas e indicadores estabelecidos no Plano Operativo Anual.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DO VALOR E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

7.1 – O valor disponível para realização do objeto contratual, conforme fixado no Plano Operativo Anual dos serviços será de R\$ \_\_\_\_\_ pelo período de 12 (doze) meses, considerando-se a estimativa de R\$ \_\_\_\_\_ mensais, conforme metas e previsão definidas no Plano Operativo Anual.

§ 1º O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas no Plano Operativo Anual, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento do contrato.

§ 2º Os valores previstos poderão ser alterados, de comum acordo entre o Gestor Local do SUS e a CONTRATADA, mediante a celebração de Termo Aditivo e de acordo com disponibilidade orçamentária e financeira, observadas as determinações legais.

§ 3º A Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_ revisará os valores do teto financeiro e o repasse de recursos de que trata este CONTRATO na medida em que o Ministério da Saúde revisar o valor dos procedimentos existentes na tabela do SUS vigente e ou em portarias específicas publicadas. Anualmente, quando da renovação ou aditivo deste CONTRATO, poderão ser feitas as revisões dos valores financeiros, mediante decisão do Gestor Local do SUS e de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras.

§ 4º Os recursos referentes à Produção do teto MAC-AIHs e ambulatorial são transferidos pelo Fundo Municipal de Saúde à CONTRATADA, sob a forma de pagamento pré-fixado, em até 48 horas úteis após o crédito em conta pelo Fundo Nacional de Saúde. Os recursos referentes à produção de FAEC e Alta Complexidade serão transferidos pós-produção e processamento, de acordo com repasse do Fundo Nacional de Saúde.

7.2 – A CONTRATADA deverá enviar o RELATÓRIO MENSAL DOS SERVIÇOS realizados entre o primeiro e o último dia do mês, à Secretaria Municipal de Saúde para fins de conferência para posterior pagamento.

7.3 – Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pela Secretaria Municipal de Saúde, ficará disponível à CONTRATADA os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal.

7.4 – Após a entrega do documento fiscal à Divisão Financeira da Secretaria de Saúde, a mesma providenciará o pagamento ao Credenciado nos prazos fixados em lei.

Parágrafo Único. Mediante Termo Aditivo e de acordo com a capacidade operacional da CONTRATADA e as necessidades do CONTRATANTE, o presente contrato poderá, por interesse público, sofrer acréscimos e/ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores limites deste, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações e mediante justificativa.

## **CLÁUSULA OITAVA – CRITÉRIOS DE CUMPRIMENTO DAS METAS DE PRODUÇÃO**

8.1 – Considera-se completamente satisfatório o cumprimento das metas físico-financeiras que apresente uma variação em torno de 10% (dez por cento) para mais ou para menos. Quando do alcance de 90% (noventa por cento) das metas de produção, será repassado 100% dos recursos relacionados ao componente.

8.2 – O cumprimento das metas físicas menos que 89% (oitenta e nove por cento) corresponderá ao recebimento de recursos proporcional conforme definido no Plano Operativo Anual.

8.3 – O cumprimento de menos de 70% das metas pactuadas, por 03 (três) meses consecutivos ou 05 (cinco) meses alternados, implicará no pagamento por produção dos procedimentos

realizados para o SUS por um período máximo de 02 (dois) meses, período definido como limite para a apresentação de um novo Documento Descritivo, pactuado entre o Gestor Local do SUS e a CONTRATADA.

### **CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA E DA EXECUÇÃO**

9.1 – O presente contrato terá prazo de execução de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura.

9.2 – O presente contrato terá prazo de vigência de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

10.1 – As despesas decorrentes do presente contrato correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

<b>Despesa</b>	<b>Classificação Funcional Programática</b>						<b>Atividade/Projeto/Elemento de Despesa</b>		<b>Fonte</b>
2245	0803	10	0030 2	7	2	51	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	339039503000	496

10.2 – As dotações aqui descritas poderão, eventualmente, ser substituídas por outras no decorrer da vigência do presente contrato, em virtude de votação da Lei Orçamentária pela Câmara dos Vereadores.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES**

11.1 – Fica a CONTRATADA sujeita a multa conforme o disposto na Lei nº 8.666/93, no caso de descumprimento, por qualquer um dos partícipes, por infração de qualquer cláusula ou condição deste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa.

Parágrafo Único: O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DENÚNCIA**

12.1 – Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente convênio/contrato, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderam ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o encerramento deste convênio/contrato.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS CASOS OMISSOS**

13.1 – Fica definido que as questões que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes serão encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, principalmente as referentes ao Plano Operativo, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO**

14.1 – Constituem motivos para rescisão do presente contrato o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima Primeira.

Parágrafo Único: A CONTRATADA reconhece, desde já, os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO**

15.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de \_\_\_\_\_ com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas partes.

15.2 – Ficam ratificadas em todos os termos e condições as demais cláusulas do Contrato, incluindo o Plano Operativo Anual que são partes integrantes deste contrato, a fim de que juntos produzam um só efeito.

E por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas, para que se produza o necessário efeito legal.

(cidade e data)  
(assinaturas)