

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES  
Programa De Pós-Graduação Em Administração  
Mestrado

Miria Lopes Gonçalves Mota

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E  
CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO  
SUS**

Belo Horizonte  
2018

**Miria Lopes Gonçalves Mota**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E  
CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO  
SUS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração, do Centro Universitário Unihorizontes como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Alves de Oliveira Melo

Linha de pesquisa: Estratégia, Inovação e Competitividade

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte

2018

MOTA, Miria Lopes Gonçalves

M917a

Avaliação do programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2018.  
116p.

Orientador: Dr. Alfredo Alves de Oliveira Melo

Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Administração – Centro Universitário Unihorizontes.

1. Políticas públicas – contratualização – hospital filantrópico I. Luiz Geraldo da Silva II. Centro Universitário Unihorizontes Programa de Mestrado em Administração. III. Título.

CDD: 361.3

## DECLARAÇÃO

Declaro que fiz a correção linguística de Português da dissertação de Miria Lopes Gonçalves Mota, intitulada “Avaliação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS: estudo de caso em duas instituições públicas de saúde da cidade de Viçosa-MG”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Viçosa, MG, 10 de agosto de 2018.



**Edir de Oliveira Barbosa**  
**Revisor de Textos – UFV**  
*[ebarbosaufv@gmail.com](mailto:ebarbosaufv@gmail.com)*

Um trabalho que temos a graça e a oportunidade de fazer é a nossa realização. Dedicar a alguém é demonstrar e reconhecer que ele também ajudou de algum modo. Dedico esta vitória à minha amiga Neiva Lopes, que sempre me apoiou, me incentivou e nunca mediu esforços para me fazer chegar aonde eu quisesse chegar.

## AGRADECIMENTO

Ao meu irmão Adalberto Lopes (*in memoriam*), por sempre ter-me apoiado, incentivado e nunca ter medido esforços para me fazer chegar aonde eu quisesse chegar.

Aos meus genros Carlos David Cacemiro e Diego Souza, por dedicam às minhas filhas apoio e compreensão com todo amor e companheirismo.

À minha neta Nicole, a quem sou profundamente grata por ter mudado totalmente o meu modo de ver o mundo.

Ao Pró-Reitor de Extensão e Cultura, Professor Clóvis Andrade Neves, e à Universidade Federal de Viçosa (UFV), pela liberação, pelo apoio e pela compreensão.

A todos os professores do curso de Mestrado em Administração da Unihorizontes, por terem-me enriquecido com seus ensinamentos e me proporcionado uma visão mais cidadã.

À técnica administrativa Raquel, por fazer muito mais que seu trabalho.

Ao professor Reynaldo Maia Muniz, pela paciência e por toda a ajuda; ao Wagner Rocha, por ter estado presente em todas as etapas desta dissertação, contribuindo para o amadurecimento do trabalho; e à Soraia Monteiro, pelo apoio em muitas etapas desta pesquisa, com muito carinho.

A todos os participantes das entrevistas, por terem disponibilizado seus preciosos tempos para responderem às minhas perguntas.

A todos os professores que tive na minha vida, por terem contribuído para que eu me tornasse o que sou hoje.

*O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.*

*(Abraham Lincoln)*

## RESUMO

A saúde frequentemente aparece como uma das principais preocupações dos brasileiros e também como uma dívida do Estado para com a sociedade, sendo sempre motivo de incerteza para a população. Os hospitais filantrópicos (HF) são uma saída para as dificuldades estruturais de oferta dos serviços básicos de saúde do Estado, que atua através da subsidiariedade destes espaços. Dado uma necessidade de maior formalidade e transparência na relação com os HFs, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos hospitais filantrópicos (PRCHF) através da Portaria MS/MG nº 1.721/05 em 21 de setembro de 2005. O Programa tem como objetivo a melhoria da assistência, da gestão e do financiamento nestes estabelecimentos de saúde. Desse modo, buscou-se, com o presente trabalho, identificar os resultados do Programa nos dois hospitais filantrópicos da cidade de Viçosa – MG, na percepção dos dirigentes das unidades e de atores diretamente envolvidos na implementação e acompanhamento das ações. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, com abordagem qualitativa por meio de estudo de caso. Após a análise do conteúdo das entrevistas, as discussões foram organizadas nas categorias: implementação, gestão, assistência e instrumentos de contrato. O principal resultado do PRCHF nos hospitais pesquisados foi a mudança no perfil de financiamento, onde o valor pré-definido do contrato é subdividido em um componente fixo e outro, variável e são repassados segundo o desempenho do Hospital, aliado ao conjunto de incentivos embutidos no programa. Foram apontados benefícios também nos campos da inserção na rede e qualificação da gestão. Entretanto, na qualificação da assistência não é perceptível mudanças. Apesar da maior integração dos hospitais na rede e do incremento de produção dos procedimentos de média e alta complexidade ainda há gargalos na oferta. Com relação ao quadro de profissionais que atuam nos hospitais, percebe-se a insuficiência de recursos humanos para cumprimento da proposta do modelo de assistência e a falta de recursos e de interesse para a qualificação dos mesmos. A falta de incentivo à humanização das relações entre profissionais, pacientes e dos procedimentos também é preocupante. Portanto, não é possível afirmar que a contratualização melhora a gestão, a assistência, a inserção e o desempenho dos hospitais, pois muitos outros elementos influenciam a atuação dos hospitais, principalmente os recursos advindos de outras fontes.

Palavras-chave: gestão, assistência, instrumentos de contratualização, políticas públicas da saúde

## ABSTRACT

Health often appears as one of the main concerns of Brazilians and also as a debt of the State to society, always being a reason for uncertainty for the population. The philanthropic hospitals are an outlet for the structural difficulties of offering the basic health services of the State, which acts through the subsidiarity of these spaces. Given the need for greater formality and transparency in this relationship, the Ministry of Health established the Restructuring and Contractualisation Program of philanthropic hospitals (PRCHF) through Administrative Rule MS/MG no. 1,721/05 on September 21, 2005. The Program improvement of care, management and financing in these health facilities. Thus, the present study aimed to identify the results of the program in two philanthropic hospitals of the city of Viçosa, MG, in the perception of the leaders of the units and of actors directly involved in the implementation and follow-up of the actions. The research was descriptive, with a qualitative approach through of case study. After analyzing the content of the interviews, the discussions were organized in the categories: implementation, management, assistance and contractual instruments. The main result of the PRCHF in the hospitals surveyed was the change in the financing profile, where the pre-defined value of the contract is subdivided into one fixed component and another variable, and are passed on according to the Hospital's performance, together with the set of incentives built into the program. Benefits were also pointed out in the fields of network insertion and management qualification. However in the qualification of the assistance is not noticeable changes. Despite the greater integration of hospitals in the network and the increase in the production of procedures of medium and high complexity, there are still bottlenecks in the offer. With regard to the professional staff that work in hospitals, it is possible to notice the insufficiency of human resources to fulfill the proposal of the assistance model and the lack of resources and interest for their qualification. The lack of incentive to humanize the relations between professionals and patients and the procedures is also worrying. Therefore, it is not possible to affirm that contracting improves the management, care, insertion and performance of hospitals, since many other elements influence the performance of hospitals, especially resources derived from other sources.

Key words: management, assistance, contract instruments, public health policies

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Presença de elementos de Gestão ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 2:** Presença de elementos de Gestão (número de profissionais, financiamento de cursos e treinamentos) ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 3:** Presença de elementos de Assistência (pacientes, leitos e demandas de urgência) nos Hospitais ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 4:** Presença de elementos de Assistência (protocolos, ouvidoria, comitê) nos Hospitais segundo os Atores 1 e 2 ..... **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Número de profissionais totais no período entre 2011 e 2017 nos Hospitais..... **Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 2:** Número de equipamentos totais no período entre 2011 e 2017 nos Hospitais 1 e 2..... **Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 3:** Recursos Físicos Hospitalares com especialidade cirúrgica, clínica, obstetrícia e pediátrica em relação a leitos de internação SUS e não SUS no período entre 2011 e 2017 no Hospital 1 ..... **Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 4:** Recursos Físicos Hospitalares com especialidade cirúrgica, clínica, obstetrícia e pediátrica em relação a leitos de internação SUS e não SUS no período entre 2011 e 2017 no Hospital 2 ..... **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE SIGLAS

AGROS – Instituto UFV de Seguridade Social

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BDTD – Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações

CAC – Comissão de Acompanhamento de Contrato

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social

CFB – Constituição Federal Brasileira

CIT – Comissão de Intergestores Tripartites

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

COAPS – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DNS – Departamento Nacional de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FAV – Fundação Assistencial Viçosense

HSJB – Hospital São João Batista

HSS – Hospital São Sebastião

IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização

IGH – Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar

IMAS – Instituto Municipal de Assistência Social

INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INTEGRASUS – Incentivo de Integração ao SUS

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

PAB – Piso de Atenção Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PLAMHUV – Plano de Assistência Médico-Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa

PO – Plano Operativo

PRCHF – Programa de Reestruturação e Contratualização dos hospitais filantrópicos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares

SMSV – Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
1.1. Objetivos da pesquisa .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.1.1. Objetivo geral .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.1.2. Objetivos específicos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.2. Justificativa.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>2. AMBIÊNCIA DA PESQUISA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
2.1. Cidade de Viçosa - MG .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2. Hospital São Sebastião .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 Hospital São João Batista.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
3.1. Políticas Públicas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1.1. Ciclo de Políticas Públicas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1.2. Avaliação de Política Pública.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2. Políticas públicas da saúde no Brasil .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.3. O Sistema Único de Saúde .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.4. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4. METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
4.1. Tipo, abordagem e método de pesquisa.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2. Unidade de análise e de observação e sujeitos de pesquisa..	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3. Técnica de coleta de dados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.4. Técnica de análise de dados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	Erro! Indicador não definido.
5.1. A Implementação do Programa de Contratualização e Reestruturação..	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.2. Avaliação dos eixos de orientação do Programa de Contratualização....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.2.1. Instrumentos do Contrato .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.2.2. O eixo Gestão.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

5.2.3. Assistência.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde frequentemente aparece como umas das principais preocupações dos brasileiros e também como uma dívida do Estado para com a sociedade, sendo sempre motivo de incertezas para a população. Rodrigues (2016, p. 38) aponta que antes da criação de um sistema único de saúde as ações, de caráter universal, do Ministério da Saúde (MS) se resumiam em “algumas atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças com pouca assistência médico-hospitalar”. Em nível nacional, Cotta *et al.* (1998), baseando-se em Buss (1995), ressaltam que no final da década de 1980 eclodiu uma crise na Previdência Social, e o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) intensificou uma discussão na tentativa de implementar programas com o objetivo de reestruturar as políticas de saúde do Brasil, dando início, portanto, à Reforma Sanitária.

Assim, deu-se a criação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) para articular o INAMPS, o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde, visando ao fortalecimento da rede pública e ao consenso da necessidade de unificar os sistemas de saúde com condução única em cada esfera de governo, mediante convênios tripartites<sup>1</sup> de prestação de serviços. Na segunda metade dos anos 70 foi definido que técnicos, comprometidos com a Reforma Sanitária, ocupassem espaços no MS. Assim, a implementação institucional das ideias reformistas é intensificada e, por volta da segunda metade da década de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de discutir a sua implantação com aprofundamento das estratégias das AIS. Surge, então, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), com o objetivo de promover amplamente a descentralização e desconcentração das ações de saúde (MARTINO JÚNIOR, 2011).

---

<sup>1</sup> Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso em: 20/08/2018.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde surgem os princípios básicos que seriam utilizados pela nova Constituição Brasileira, promulgada pelo legislativo por meio da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988. Assim, aprovou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes básicas estão descritos nos Artigos 196 a 200, os quais instituíram um novo paradigma no campo dos direitos sociais no Brasil, ampliando os direitos e as garantias dos cidadãos, mais especificamente na saúde pública, como direito de todos e dever do Estado (NUNES, 2000). Dessa forma, o que antes era uma prestação de serviços fragmentada e excludente passou a integrar uma estrutura única e descentralizada de assistência integral e universal.

Nesses anos de existência do SUS surgiram diversas outras leis e normativas – explorados no tópico políticas públicas de saúde - que constantemente vêm aprimorando-o e buscando a melhoria do sistema, ainda que sua qualidade de atendimento continue questionável e o crônico problema do financiamento esteja longe de uma solução (SILVA, 1996; QUINTELLA, 2007; BARBOSA; ELIAS, 2010).

A expectativa de vida, no Brasil e no mundo, tem se tornado cada vez mais alta, assim, garantir o direito à saúde a todos e gerir e financiar as ações do SUS exigem grandes esforços e dispêndios. Visando à máxima efetividade dos direitos sociais assegurados pela Constituição, a Nova Administração Pública (New Public Management) introduziu conceitos e práticas gerenciais voltados para decisões mais racionais e eficazes na direção de ações próprias do Estado (SEABRA, 2001; PAULA, 2011). Ainda assim, a política e o Estado brasileiro estão longe de alcançar o que seria necessário para concretizar a existência de um sistema nacional de saúde eficaz (SEABRA, 2001).

No que tange à filosofia do SUS, Quintella (2007) chama a atenção para o fato de ela estar ancorada nos princípios constitucionais da universalização e da integralidade, da gratuidade e da equanimidade (de tudo para todos) do serviço de saúde para a construção de uma cidadania plena e efetiva, o que esbarra na problemática do seu financiamento. O processo de construção e aprimoramento do SUS desenvolveu-se sobre esse terreno contraditório entre o setor contábil-financeiro – que prioriza a racionalidade de gastos como forma de equilíbrio dos déficits – e o setor social – que prioriza os gastos com o bem-estar da população. Para Quintella, “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).

Foi diante desse cenário que o Ministério da Saúde, em 2010, buscando o fortalecimento da integralidade da assistência e a melhor inter-relação entre os diversos segmentos (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária), lançou a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O governo propôs adotar novas posturas diante de algumas dificuldades enfrentadas, como as lacunas assistenciais, o financiamento insuficiente, a baixa distribuição dos recursos, a formação inadequada do modelo de atenção (incompatibilidade entre oferta de serviços e a real necessidade da população), a carência de profissionais em número e em seu alinhamento com a política de saúde pública, a distribuição dos serviços nos municípios e a pouca efetividade da vigilância e prevenção de doenças (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279 entende que a atenção à saúde estava fundamentada em um modelo de ações curativas ineficientes para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentáveis para enfrentamentos futuros. A mudança da visão curativa para a visão preventiva tem sido buscada há muito tempo e, de alguma forma, vem sendo abordada desde as primeiras legislações e políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010). Apesar da grande importância destinada à Atenção Primária à Saúde (APS), o MS reconheceu também a necessidade de complementaridade, pontuando que “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. Tem-se, assim, o rompimento conceitual entre a importância antes destinada a esses estabelecimentos (de centralidade) para uma visão mais restritiva (apoio apenas quando a APS tem suas capacidades esgotadas) (SILVA, 1996; QUINTELLA, 2007; COUTTOLENC, 2009; BARBOSA; ELIAS, 2010). Portanto, percebe-se 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” (BRASIL, 2010, p. 8).

Desse ponto de vista, Quintella (2007) argumenta que o Estado não consegue diretamente ofertar os serviços hospitalares e de diagnóstico e nunca conseguiu assumir toda a assistência a que se propôs após a criação do SUS. Assim, como uma forma de minimizar essa deficiência na estrutura, a CF permite, em seu Artigo 199, que a iniciativa privada possa participar dessa prestação de serviços de forma complementar, em que a preferência da prestação desse serviço recai sobre as instituições filantrópicas e as Organizações Não Governamentais (ONGs).

Com origem ainda no período colonial, os hospitais filantrópicos tinham como objetivo atender as pessoas carentes e necessitadas de serviços básicos de saúde não oferecidos pelo Estado. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os hospitais filantrópicos correspondem a 1/3 das unidades hospitalares do país. Barbosa (2003; 2004) aponta a significativa concentração de hospitais filantrópicos, também conhecidos como casas de caridade em cidades do interior, sendo, para a maioria desses municípios, a única referência de assistência à saúde da população.

Na área da saúde em específico, o interesse religioso sempre esteve presente, e as Casas de Misericórdia, pertencentes à Igreja Católica, foram precursoras da forma organizada de assistência no Brasil, auxiliando grupos socialmente marginalizados. De acordo com Mestriner (2008), são os hospitais das Santas Casas de Misericórdia e de outras instituições religiosas, em sua maioria, os estabelecimentos filantrópicos de saúde. Assim, esses hospitais filantrópicos e as ONGs são uma saída para as dificuldades estruturais de oferta dos serviços básicos de saúde do Estado, que atua através da subsidiariedade desses espaços.

Há toda uma legislação que reconhece o caráter de filantropia dessas organizações, por meio do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS) emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). O CEAS permite à organização filantrópica isenções fiscais e tributárias. Para a obtenção do CEAS, é exigido o

cumprimento de uma série de condições, entre elas, em especial para os hospitais, a exigência da oferta de no mínimo 60%, ou mais, das internações para o SUS (LIMA, 2012).

Com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, assistência e financiamento pelas quais essas instituições passam, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos hospitais filantrópicos (PRCHF), por meio da Portaria MS/GM nº 1.721/05, de 21 de setembro de 2005. Essa tentativa de reformulação do setor hospitalar filantrópico foi necessária, pois esses estabelecimentos atravessavam uma crise ocasionada por fatores ligados “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, p. 47).

O financiamento é uma das principais fontes de problemas desta política pública e acaba influenciando na implementação e resultados de todos os eixos de ação. Para os hospitais, por exemplo, o subfinanciamento é visível e incessantemente debatido entre as principais instituições representativas das partes. Essa política de subfinanciamento, transferindo aos hospitais valores abaixo dos custos necessários para a prestação dos serviços contratados, gera preocupantes crises financeiras nesses nosocômios (COUTTOLENC, 2009; BRASIL, 2012a; SPIGOLON, 2013).

O processo de contractualização das entidades filantrópicas se formalizou por meio de convênios entre o MS e os prestadores de serviços, estabelecendo as obrigações de ambas as partes e a definição de metas qualitativas e quantitativas, bem como instrumentos de monitoramento e avaliação dos resultados (BRASIL, 2005).

Visando aprimorar o Programa, foi instituída a Portaria nº 3.410/13 para encaixá-lo na Política Nacional de Atenção Hospitalar, criada em 2013, que prevê melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade dessa assistência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e gestão da força de trabalho, no financiamento, na contractualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, de 03/10/2017, que atribui novas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, a inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" – e para a superação de problemas financeiros –, na busca da qualidade e da eficiência gerencial. As relações intergestores, o sistema de assistência à saúde e as regras do SUS fazem da implementação desse Programa um processo complexo e potencialmente conflituoso, com possíveis contradições e desvios do objetivo inicial. Em face do exposto, insere-se o problema que orienta a realização desta pesquisa: Qual é a percepção dos gestores acerca dos resultados alcançados pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, na cidade de Viçosa-MG?

### **1.1. Objetivos da pesquisa**

A seguir são apresentados os objetivos (geral e específicos) que buscam responder à problemática apresentada.

#### **1.1.1. Objetivo geral**

O objetivo geral desta pesquisa é analisar os resultados do Programa de Contratualização e Reestruturação em dois hospitais filantrópicos de saúde conveniados ao SUS do município de Viçosa, MG, com base na percepção dos diretores, em seus três eixos estruturantes – gestão, assistência e contrato.

#### **1.1.2. Objetivos específicos**

Estes objetivos são descrever e avaliar:

- a) a implementação do Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS em estabelecimentos de saúde da cidade de Viçosa, MG;
- b) a percepção dos gestores sobre o contrato do Programa;
- c) a percepção dos gestores sobre a gestão do Programa;

d) a percepção dos gestores sobre a assistência do Programa.

## **1.2. Justificativa**

O setor hospitalar filantrópico possui papel estratégico para o SUS, sendo, muitas vezes, o único prestador de serviços hospitalares em municípios do interior, além de contribuir como prestador de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (BARBOSA, 2003).

A iniciativa do Ministério da Saúde, em 2005, de instituir um Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS veio para tentar solucionar ou amenizar as dificuldades enfrentadas nos estabelecimentos de saúde. Veio também para melhorar a qualidade de sua assistência aos cidadãos, estabelecer recursos financeiros pela produção de serviços e aprimorar a gestão dessas unidades hospitalares.

Tanto os hospitais filantrópicos quanto os governos das três esferas não possuem informações mais detalhadas sobre o desenvolvimento e resultados dessas ações. Além disso, o referido Programa é de suma importância para os hospitais filantrópicos no país, porque combate as fragilidades econômica e gerencial que ameaçam sua sobrevivência (BARBOSA, 2004).

A ideia inicial do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS era, ao mesmo tempo, resolver o problema financeiro dos hospitais e melhorar a assistência. Contudo, torna-se necessária a avaliação do Programa para maior compreensão da forma como os seus objetivos têm sido concebidos e como as intervenções têm sido planejadas, executadas e controladas. Souza (2003) aponta que grande parte dos estudos sobre políticas públicas foca suas análises no processo de implementação e pouco no processo de avaliação.

Em seus 12 anos de implementação, o Programa de Reestruturação e Contratualização encontra-se em constante alteração normativa, o que potencialmente, e de forma imediata, pode alterar as relações entre os atores

envolvidos (Estado, Sociedade Civil e hospitais filantrópicos) e a forma de executar o atendimento aos pacientes.

Segundo Banta (1990), além da importância acadêmica e prática da pesquisa de avaliação, esta apresenta pertinência em termos organizacionais e sociais. Sendo assim, no âmbito acadêmico, esta pesquisa se justifica por contribuir no aprofundamento dos estudos sobre o tema. Em uma revisão sistemática no banco de dados da Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), utilizando os descritores “SUS”, “contratualização”, “contratualização em hospital filantrópico”. Após o levantamento geral, delimitou-se como critério de inclusão os trabalhos publicados no período de 2013 até 2017. No total, foram encontrados 130 trabalhos abordando esses termos.

Com o intuito de aprofundar um pouco mais, buscou-se pela frase “Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS”, a qual apontou somente quatro trabalhos, entre eles uma dissertação e um trabalho de conclusão de curso de especialização. Na plataforma de busca Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizou-se a mesma frase, não sendo encontrado nenhum artigo correspondente ou que analisasse os aspectos organizacionais, a gestão e o comprometimento com os fins estatutários e com a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais filantrópicos.

Há uma necessidade prática de que essa política pública de saúde possa oferecer respostas e aprimorar este segmento da rede de atenção à saúde. Portanto, este estudo apresenta relevância social e acadêmica, por contribuir com o aprimoramento da construção do conhecimento nas áreas de Administração Pública, Políticas Públicas e Saúde Pública.

Diante do exposto, percebe-se também uma carência de estudos que avaliem o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS. Assim, este trabalho se justifica por colaborar com as discussões acerca da assistência à saúde e com as reformas administrativas, contribuindo, dessa forma, 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. Academicamente, justifica-se pela ausência de avaliações desse Programa em nível nacional e, principalmente, pela ausência de avaliações que considerem as influências de fatores culturais.

Além deste capítulo introdutório, este estudo é composto de mais seis capítulos. No segundo, são apresentados os locais onde este trabalho foi realizado – a ambiência; no terceiro, o referencial teórico, que ampara esta pesquisa; no quarto, a metodologia utilizada; no quinto, os resultados; e no sexto capítulo, as considerações finais, em que se evidenciam os limites da dissertação. Por fim, são apresentados as referências, o apêndice e os anexos.



## 2. AMBIÊNCIA DA PESQUISA

Neste capítulo, apresentam-se informações sobre a cidade e os hospitais pesquisados.

### 2.1. Cidade de Viçosa - MG

Viçosa é um município brasileiro de Minas Gerais, cuja população estimada, pelo IBGE, em 2017 eram de 78381 habitantes. Sua economia é voltada, essencialmente, para o ensino, agricultura, pecuária e prestação de serviços. A cidade dispõe de dois hospitais, uma Unidade de Tratamento Intensivo, dois Centros Cirúrgicos e obstétricos e diversos ambulatórios de atendimento.

Os dois hospitais da cidade são certificados como entidades com fins filantrópicos, nos níveis Municipal, Estadual e Federal. Para a manutenção do *status* de filantropia, essas instituições precisam observar os arranjos contratuais entre hospitais e a política de reestruturação com o MS e as Secretarias de Saúde Estaduais e, ou, Municipais. Ambos cumpriram as exigências constantes do Anexo I da Portaria nº 635/SAS/MS, de 10 de novembro de 2005, e tiveram seus processos homologados pela Portaria nº 3.123, de dezembro de 2006, que direcionou montantes de recursos para essas entidades. Os dois estabelecimentos de saúde deste estudo são reconhecidos também como hospitais de ensino desde o ano 2013.

Viçosa apresenta a particularidade de quase 31% da sua população estar acobertada por planos de saúde (Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa-MG). Os quatro maiores planos de saúde utilizados são: Instituto UFV de Seguridade Social (AGROS), Plano de Assistência Médico-Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa (PLAMHUV), Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED) e Instituto Municipal de Assistência Social (IMAS), que absorvem 42,31% das internações. Assim, a responsabilidade pelas internações da Secretaria Municipal de Saúde pelo SUS representa 57,69%, conforme o gerenciamento atual desse sistema de saúde. Desse modo, o estabelecimento das políticas de saúde macrorregionais, microrregionais e locais influencia na gestão dos hospitais. A seguir, apresentam-se algumas

características dos hospitais da cidade.

## **2.2. Hospital São Sebastião**

O Hospital São Sebastião (HSS), fundado em 1908, é mantido pela Associação Casa de Caridade de Viçosa, uma associação civil de direito privado, de caráter assistencial, sem fins lucrativos, que tem por finalidade precípua a prestação de assistência médico-hospitalar<sup>2</sup>.

Atualmente, o HSS está inserido em diversas atividades de ensino e pesquisa, por meio de parcerias com instituições de ensino superior e técnico da cidade, sendo, assim, reconhecido como Hospital de Ensino, com o oferecimento dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, em Pediatria, em Cirurgia Geral e em Radiologia.

O HSS é referência macrorregional em Atendimento à Gestante de Alto Risco e atendimento em Urgência e Emergência para a Microrregião de Viçosa. Atualmente, o hospital possui 110 leitos e oferece serviços de alta complexidade, como de CTI adulto tipo I, CTI neonatal e litotripsia extracorpórea.

## **2.3 Hospital São João Batista**

O Hospital São João Batista (HSJB) tem como entidade mantenedora a Fundação Assistencial Viçosense (FAV), fundada em 1974, de caráter privado e sem fins lucrativos.

Em 1975, foi iniciada a construção do Hospital São João Batista, coordenado pela Fundação e com recursos provenientes da comunidade e de várias outras entidades, bem como de empréstimos ao Fundo de Assistência Social da Caixa Econômica Federal.

---

<sup>2</sup> Informações disponíveis em: [http://www.hssvicosa.com.br/\\_antigo/?pagina=63](http://www.hssvicosa.com.br/_antigo/?pagina=63).

Em 1984, ano de sua inauguração, o HSJB foi vistoriado por uma equipe especializada do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e classificado como hospital de primeira categoria em serviços de saúde, classificação essa atribuída a poucas instituições em Minas Gerais.

O HSJB é credenciado no SUS para atendimento de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade. Desses, os serviços de CTI neonatal e litotripsia corpórea são referências para todos os municípios da Macrorregião Leste do Sul. Atualmente, possui 120 leitos e oferece os serviços de alta complexidade em tomografia computadorizada helicoidal, mamografia, nefrologia e CTI adulto tipo II. É considerado modelo tanto pela funcionalidade do conjunto arquitetônico quanto pela sofisticada aparelhagem, tudo de acordo com as normas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se um recorte teórico sobre os conceitos e os elementos de políticas públicas, o ciclo de políticas públicas; a avaliação de política pública; as políticas públicas da saúde no Brasil; o Sistema Único de Saúde; e o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos conveniados com o SUS.

#### 3.1. Políticas Públicas

As políticas públicas surgem como objetos de análise na década de 1960, nos Estados Unidos. O pressuposto analítico responsável pela constituição e consolidação dos estudos sobre políticas públicas é de que “em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes” (SOUZA, 2006, p. 22). Assim, os analistas de política (*policy analysis*) atuam na solução de problemas, diante dos quais se colocam os governos e, também, a atenção a questões relacionadas às políticas públicas.

Para compreender as políticas públicas, faz-se necessário estabelecer a distinção entre política (*politics*) e política pública (*public policy*). Ambos os termos possuem a mesma tradução, mas são conceitos diferentes. Para Frey (2000), o conceito de *policy* está relacionado aos conteúdos concretos da política, ou seja, à configuração dos programas políticos, a questões técnicas e ao conteúdo material das decisões políticas, enquanto o termo *politics* diz respeito ao processo político, normalmente de caráter conflituoso, quanto à imposição de objetivos, à definição de conteúdo e às decisões de distribuição de poder e de recursos públicos. Outro termo por ele definido é a *polity*, que se refere à organização do sistema político, moldada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. Considerando as definições apresentadas e a proposta desta pesquisa, aborda-se a política enquanto *policy* (FREY, 2000).

No campo das políticas públicas são diversas as definições. Nesta pesquisa, tomou-se política pública como um “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e, ou, analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e, ou, entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro” (SOUZA, 2003, p. 13). Melhor explicando, é um conjunto de ações geralmente ligadas à atuação dos governos e que irão impactar ou influenciar os cidadãos de maneira direta ou indireta. A definição proposta por Souza (2006) abrange a perspectiva de diversos teóricos, entre eles Laswell (1936), para quem as “decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê?, por quê? e que diferença faz?” (SOUZA, 2006, p. 24).

Dye (1992), entretanto, defende que a política pública não deve ser entendida apenas como o que o Estado faz (sua dimensão mais facilmente percebida), mas também como aquilo que ele deixa de fazer: suas ações, ou falta de ações, que refletem os comportamentos dos atores que nele atuam.

Pode-se afirmar que o estudo das políticas públicas está diretamente ligado aos direitos fundamentais do indivíduo, pois para sua promoção, por parte do Estado, é necessária uma complexa articulação de instituições (COMPARATO, 2003). Trata-se de um processo complexo, multicausal e multidirecional, interpretado teoricamente de variadas formas, por vezes contrastantes, e que nas últimas décadas tomou dimensão ampla, devido ao avanço das condições democráticas no mundo e aos diferentes arranjos governamentais.

No Brasil, os estudos sobre políticas públicas são mais recentes e, em sua maioria, estão relacionados à análise das estruturas das instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas (TREVISAN, 2008). Foi a partir da Constituição de 1988 que se colocaram em debate as dimensões institucional e coletiva dos direitos fundamentais (COMPARATO, 2003).

Portanto, a formulação de políticas públicas constitui elemento importante para compreender o processo de governabilidade, ou seja, como os “governos

democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2006, p. 26).

Como salientado anteriormente, o campo da política pública é marcado por diversos modelos explicativos para compreender as ações do governo e o modo como impactam na vida das pessoas. Apresenta-se a seguir a tipologia de Theodor Lowi (1964, 1972), uma das mais conhecidas. Lowi aponta que “cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas” (SOUZA, 2006, p. 28).

Lowi (1972) indica que as políticas públicas se dividem em quatro tipos, permeadas por disputas, a saber: (i) a arena distributiva, (ii) a arena redistributiva, (iii) a arena regulatória e (iv) a arena constitutiva.

A arena distributiva refere-se a recursos alocados pelos governos de forma atomizada, geralmente privilegiando indivíduos ou grupos pequenos. Em geral, possui objetivos pontuais, e seu financiamento ocorre por meio da sociedade, através de orçamento público. É pouco conflituosa socialmente, mas não é dada universalmente a todos. Um risco das políticas distributivas é a ocorrência do clientelismo, assistencialismo etc. (LOWI, 1972; FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

A arena redistributiva atinge maior número de pessoas e pode ser entendida como políticas sociais “universais”, como o sistema tributário, o sistema previdenciário, a reforma agrária (LOWI, 1972; SOUZA, 2006). Exemplo: o SUS, com o princípio da universalização de acesso às ações e aos serviços, em que todos, independentemente de contribuir ou não, podem utilizá-lo.

A arena regulatória, mais visível de todas, envolve burocracia e grupos de interesses, apresenta natureza coercitiva exercida de maneira direta e imediata sobre o comportamento individual. As coalizões que se formam em torno de questões regulatórias são pouco estáveis, dado que os interesses compartilhados em determinado momento podem se alterar em outro, alterando também a estrutura de poder (LOWI, 1972; FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006). Um exemplo

é a vigilância sanitária, que faz intervenções de controle e fiscalização em hospitais, lanchonetes, farmácias etc.

Por fim, a arena constitutiva estabelece políticas de procedimentos para decisões públicas e relações entre os atores, define regras da disputa política e provoca conflitos entre os atores, pois altera o equilíbrio de poder. Trata-se, portanto, de políticas relativamente raras, particularmente em contextos político-institucionais estabilizados (FERNANDEZ, 1996; MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006).

Para cada política, encontra-se uma arena típica de poder, um grupo especializado de atores com práticas e métodos próprios. Cada campo da política pública, seja na área econômica, social ou educacional, lida, de modo especializado, com as questões que lhe são postas.

Com base nessa afirmação, esta pesquisa trata da avaliação de uma política (*policy*) do SUS, uma política do tipo redistributiva, ou seja, que atinge grande parte da população e é vista como um direito social; um, entre os diversos que compõem a discussão da redução da desigualdade. A natureza redistributiva de políticas sociais como o SUS influencia o processo político (*politics*), no sentido da estabilização e centralização do conflito, o que faz que o processo de tomada de decisão fique mais restrito ao legislativo.

### **3.1.1. Ciclo de Políticas Públicas**

Os estudos sobre a implementação de políticas públicas foram muito influenciados por uma compreensão de desenvolvimento cíclico marcado de fases ou estágios. Um dos mais populares modelos de explicação e análise de políticas públicas é o denominado “Ciclo de Políticas Públicas”, cuja autoria remete a Laswell (1936). Segundo esse autor, a ação governamental dar-se-ia de forma sequencial, com a sucessão de fases compondo um procedimento com início e fim, e cada fase pode ser estudada e avaliada separadamente (MUNIZ, 1997; SOUZA, 2006; DEUBEL, 2008). E “cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como um ponto de veto” (SOUZA, 2006, p. 30).

Devido a suas características formais e lineares, esse modelo de ciclo de política (*policy cycle*) é bastante criticado, pois estabelece uma fragmentação entre formulação e implementação de uma política. A formulação remete ao momento de definição e tomada de decisões, enquanto a implementação consistiria apenas num processo de colocar em prática (SOUZA, 2006).

Lindblom (1991 *apud* MUNIZ, 1997) entende que as políticas públicas não surgem ou se desenvolvem de forma bem delimitada. Elas não são revolucionárias, mas, sim, aprimoramentos de ações já em implementação. Não há um ponto zero de partida nem um fim bem definido. Normalmente, as etapas ocorrem ao mesmo tempo ou em ordem diferente, e a análise em apenas uma das etapas acaba limitando a visão da política em seu conjunto.

Entretanto, não se pode desconsiderar a importância do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), pois ajuda a organizar as ideias, proporciona clareza e facilidade na formulação de teorias e avaliações (FREY, 2000), além de criar um referencial comparativo para outros casos. Segundo esse modelo, o processo de constituição de políticas públicas é composto por cinco fases, quais sejam: (i) definição da agenda política; (ii) formulação da política; (iii) tomadas de decisões políticas; (iv) implementação; e (v) avaliação. As fases não acontecem de modo linear, elas são um conjunto de atividades inter-relacionadas, a fim de alcançar determinado fim.

A definição de agenda está diretamente relacionada com a identificação de um problema, entendido enquanto a diferença entre a situação real e a ideal. Os problemas podem aparecer subitamente, no caso de uma catástrofe, ou aos poucos, como o problema de mobilidade urbana ou, ainda, estar presente na sociedade há muito tempo e não receber a devida atenção (VIANA, 1996). Os problemas são subjetivos, e uma situação pública passa a ser insatisfatória ao afetar a percepção de atores políticos relevantes.

Partidos políticos, agentes políticos, ONGs e a própria mídia são atores relevantes que se preocupam, pelos mais distintos motivos, em identificar os problemas públicos. A definição do problema envolve delimitar seus elementos, o conjunto de causas,

soluções, obstáculos, possíveis alternativas, custos e prioridades, entre outros (VIANA, 1996).

Desse modo, a definição de agenda implica a maneira como os governos decidem quais questões precisam de sua atenção e quais ações de política pública podem resolver o problema. Assim, diferentes agentes governamentais e até mesmo membros da comunidade estão, em determinado momento ou contexto, envolvidos na resolução de certos problemas, considerados de ordem pública. As prioridades dos diversos atores políticos são denominadas agenda política. Uma agenda governamental é objeto de jogos de interesses e de disputas pelo poder, em que os vários atores interagem baseados em interesses e nos recursos disponíveis, defendendo as propostas que lhes são mais favoráveis (SECCHI, 2009).

A segunda fase do ciclo denominada formulação da política consiste num diálogo entre intenções e ações. É o momento de elaboração de um projeto (ou formulação) que visa solucionar o problema anteriormente identificado. Nesse projeto são definidos o objetivo da política, quais serão os programas desenvolvidos e as linhas de ação. A formulação é considerada uma etapa do ciclo de políticas públicas que exige esforço de planejamento mais sofisticado e detalhado (CAPELLA, 2006; BAPTISTA; REZENDE, 2011).

O sucesso de uma ação governamental, muitas vezes, está diretamente relacionado ao desenho que foi feito dos insumos, dos processos, dos objetivos e dos resultados esperados. A fase de formulação envolve muito conhecimento técnico, mas também intensa atividade política (*politics*), em que os diferentes atores envolvidos defendem seus interesses através de barganhas, negociações e adaptações da política pública (*policy*) (CAPELLA, 2006).

Na terceira fase define-se a tomada de decisão, que representa os objetivos e metas bem definidos, ou seja, está pronta a solução para o problema e as decisões de como enfrentá-lo. O sucesso da tomada de decisão depende de evidências e de uma análise sólida para que as metas sejam atingidas (CAPELLA, 2006; BAPTISTA; REZENDE, 2011). O momento de decisão geralmente é uma sanção presidencial, uma decisão

judicial ou, mesmo, um Decreto legislativo. Todos esses instrumentos de tomada de decisão constituem o momento de formalização da intenção da política pública.

Formulada a política, chega-se ao momento de executá-la, isto é, realizar sua implementação. Conforme apresentam Meny e Thoenig (1992), a implementação define a fase de uma política pública durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, textos ou discursos. É o momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos e se parte para a prática. A fase de implementação consiste em utilizar os recursos humanos, materiais e financeiros disponibilizados pelo poder público para, por meio de procedimentos, fluxos e ações diversas, executar a política (*policy*). É a transformação das intenções em ações para redução do problema público (SECCHI, 2009).

Existem dois modelos de implementação de políticas públicas: o *top-down* (quando as decisões são tomadas no nível hierárquico mais elevado e cabe aos demais apenas seguirem os procedimentos recomendados, sem qualquer tipo de autonomia) e *bottom-up* (quando as decisões durante a implementação acontecem a partir da participação de todos os níveis hierárquicos, de forma democrática e transparente) (SUBIRATS, 1992; BAPTISTA; REZENDE, 2011; D'ASCENZI; LIMA, 2012).

Nas áreas de saúde e educação, diversas são as políticas públicas que destinam recursos aos governos estaduais e municipais com um objetivo predefinido, mas que também dão a oportunidade aos gestores para definirem as prioridades de forma discricionária (SUBIRATS, 1992; BAPTISTA; REZENDE, 2011; D'ASCENZI; LIMA, 2012).

O Programa de Contratualização e Reestruturação dos hospitais filantrópicos no âmbito do SUS é considerado uma iniciativa *bottom-up*, em que os gestores têm maior participação na busca de soluções e a implementação é avaliada pelos resultados conquistados *a posteriori* e não na obediência às regras. Portanto, uma avaliação do tipo *bottom-up* dedica-se mais à observação empírica de como a política é aplicada na prática, seus problemas e obstáculos do dia a dia (SUBIRATS, 1992).

Além dessa linha de abordagem, que se preocupa com a direção das decisões na implementação (*topdown* e *bottom-up*), há 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 na área administrativa com a execução de atividades com metas definidas (implementação). Isso consiste em uma sequência de passos e de investigação, quanto aos instrumentos políticos e aos processos a serem utilizados no decorrer da implementação (SUBIRATS, 1992).

Por fim, a última fase, em que a avaliação tem como finalidade verificar se os resultados pretendidos foram alcançados. A avaliação é um elemento crucial e um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo, contribuindo para o sucesso da ação. Dessa forma, não se restringe apenas à avaliação de resultados da política nem à etapa final do processo (SECCHI, 2009).

Existe uma série de teorias e conceitos voltados para melhorar as políticas públicas, afinal nem sempre as intenções são transformadas em ações, assim como nem sempre uma política pública diminui o problema público. Apresentam-se a seguir, de modo mais detalhado, os vários conceitos e questões envolvidos na avaliação de uma política pública.

### **3.1.2. Avaliação de Política Pública**

Avaliar é uma etapa essencial para aperfeiçoar as políticas públicas e aprimorar a alocação de recursos e a qualidade do gasto público, sendo também uma fonte de aprendizado para a produção de melhores resultados. Nela se controla e supervisiona a realização da política, o que possibilita a correção de possíveis falhas para maior efetivação. Inclui-se, também, a análise do desempenho e dos resultados do projeto. Dependendo do nível de sucesso da política, o poder público delibera se é necessário reiniciar o ciclo das políticas públicas (*policy cycle*) com as alterações cabíveis, ou se simplesmente o projeto é mantido e continua a ser executado (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Trata-se de uma etapa pouco estudada e pouco 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 esforço para identificar as lacunas e as possibilidades de melhoria, utiliza-se da avaliação como forma de *marketing* (COSTA; CASTANHAR, 2003).

A avaliação de uma política compreende a definição de critérios, indicadores e padrões. E uma forma de mensurar o desempenho de políticas e programas é estabelecer medidas para saber qual o resultado alcançado. Os critérios que podem ser utilizados são variados, e a escolha de qual privilegiar depende dos objetivos da avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Quanto à metodologia e às maneiras distintas de classificar a avaliação das políticas públicas, pode-se destacar: a avaliação de metas “tem como propósito medir o grau de êxito que um programa obtém com relação ao alcance de metas previamente estabelecidas” (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 979). A avaliação de impacto, ou *ex-post*, que procura identificar os efeitos produzidos sobre a população-alvo de um programa social, através da verificação das atividades executadas e dos resultados. Já a avaliação de processos investiga se a cobertura da política pública, em termos de estabelecimento do grau de população alcançado e, principalmente, através do acompanhamento dos processos internos. Por fim, a avaliação de resultados mensura os efeitos da política sobre a população-alvo como um todo e sobre os beneficiários do programa (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Desse modo, para avaliação do resultado do Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos conveniados com o SUS na cidade de Viçosa - MG e, com base no referencial de avaliação de políticas públicas apresentado, utilizou-se da avaliação de impacto (de médio e longo prazos), contando com dois tipos de indicadores de resultado: pesquisas de campo e o auxílio de bases de dados e/ou cadastros.

### **3.2. Políticas públicas da saúde no Brasil**

As políticas públicas de saúde sofreram influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. O processo de construção das políticas públicas de direito à saúde remonta a 1808, com a vinda da Corte Portuguesa, a partir do que a cidade do Rio de Janeiro passa a ter ações sanitárias (devido à ocorrência de diversas doenças graves que acometiam a população) e a fundar escolas de medicina para suprir a falta de médicos. Outra iniciativa foi a criação da Junta de Higiene Pública por volta de 1829, com médicos controlando medidas coletivas de higiene (CONASS, 2011).

Em 1889, com a Proclamação da República, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, como as doenças transmissíveis, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, conseqüentemente, promovendo a modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2004). Segundo Gonçalves (1983), os primeiros hospitais conhecidos tinham como função social dar abrigo aos doentes que não tinham família ou ela não podia cuidar deles.

No âmbito das políticas sociais, a Constituição de 1891 responsabiliza os Estados pelas ações de saúde, de saneamento e de educação. Em 1920 ocorreu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e em 1923 a aprovação, no Congresso Nacional, da Lei Elói Mendes, que marca a implementação da primeira política de saúde pública com reconhecimento legal e medidas definidas de assistência médica (CONASS, 2011). Essa Lei é reconhecida como o marco inicial da Previdência Social no país, ao criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Além disso, na década de 1920 foram promovidos vários congressos, em diversas capitais brasileiras, com o principal objetivo de debater e construir proposições sobre a higiene pública, considerada à época um problema nacional. No V Congresso Brasileiro de Higiene, em 1929, realizado em Recife, a higiene ficou definida como a ciência que “ensina a conservar a vida e a preservar, resguardar a saúde” (FIALHO, 1930, p. 56).

A partir de 1930, com o governo Vargas, foram criadas e estruturadas as leis trabalhistas e as políticas sociais no Brasil, trazendo acentuadas mudanças na política e na sociedade. Esse período representa um marco na trajetória da política social brasileira, uma vez que a “questão social” passa a receber tratamento bastante

diferenciado, se comparada ao período anterior. Fato importante desse período foi o investimento do governo em campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde (CONASS, 2011).

No que se refere em específico à política de saúde, foi criado, em 1953, o Ministério da Saúde, que passou a encarregar-se das atividades até então realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão que não conseguia mais atender aos importantes problemas da saúde pública. É nesse período também que ocorre a aliança entre o Estado e a filantropia, por meio da instituição do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) (MESTRINER, 2008).

A Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano 1965, consolida importante componente assistencial. A década de 1970 é considerada o período em que ocorreram as mais significativas discussões e debates políticos sobre as condições de saúde da população brasileira. Marcado por um contexto político e social de um governo autoritário, foi criado, em 1977, o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, como parte dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se torna o órgão governamental prestador da assistência médica à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados, em sua maioria, do setor privado (PIRES, 1998).

Já em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase à atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada (PIRES, 1998).

Na década de 1980, após a queda do regime militar, lideranças do movimento sanitário assumem importantes postos nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, foram aprovados o projeto da Reforma Sanitária e uma concepção ampliada de saúde, bem como o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado. Em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados

de Saúde (SUDS), com repasses de recursos do governo federal para os Estados e municípios ampliarem suas redes de serviços (PIRES,1998).

Com a aprovação da Constituição Federal (CF) em 1988, a saúde é estabelecida como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos:

As necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos, e a sua gestão deve ser descentralizada.

Estabelece, também, que o custeio do Sistema deverá ser organizado de maneira descentralizada e hierarquizada e baseado em princípios fundamentais da universalidade, equidade, integralidade, controle e participação social (CONASS, 2011).

Os Artigos 196 a 200 da CF dispõem especificamente sobre a saúde (BRASIL, 1988). O Artigo 199 define que a iniciativa privada pode participar da prestação de serviços de saúde pública de forma complementar, tendo preferência as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos. Percebe-se que a história da relação público-privado através das instituições filantrópicas é longa e os tradicionais instrumentos, como subvenção, isenção, utilidade pública, certificado de filantropia, contribuições, taxas e impostos, são, ainda hoje, amplamente utilizados (MESTRINER, 2008).

Os princípios e as diretrizes do SUS foram regulamentados através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e compõem a garantia de direito à saúde (PIRES, 1998). Assim, nasce o SUS, um novo modelo de atenção à saúde baseado na gestão compartilhada, no acesso universal, integral, igualitário e gratuito.

Portanto, o conceito mais difundido de política de saúde e internacionalmente adotado enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população (FLEURY, 2008; OUVÉNEY; NORONHA, 2013).

### **3.3. O Sistema Único de Saúde**

O SUS é marcado por princípios e diretrizes que no decorrer do tempo passam por aprimoramentos, mudanças e adaptações. Nos parágrafos subsequentes são abordados os principais dispositivos legais para a sua construção e operacionalização.

A criação do SUS aconteceu por força da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em que se detalham seus objetivos e atribuições, além da competência e atribuições de cada esfera política (federal, estadual e municipal). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, veio complementar a Lei Orgânica e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o repasse dos recursos financeiros. Foi através desta Lei que o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foram instituídos (BRASIL, 1990).

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo (nacional, estadual e municipal). Assim, cabe aos gestores setoriais o papel fundamental da concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 1988).

A partir das Leis Orgânicas, diversos dispositivos legais foram implementados, a fim de promover melhorias sobre a operacionalização do SUS. Em 1991, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartites (CIT), composta por representantes dos diferentes níveis governamentais, com a finalidade de fortalecer a gestão colegiada do SUS. Para regulamentar a descentralização e definir os repasses de recursos financeiros entre a União, os Estados e os municípios, o Ministério da Saúde adotou Normas Operacionais Básicas (NOBs). As duas primeiras NOBs, 91 e 92, transformaram os serviços públicos de saúde estaduais e municipais em serviços

ressarcidos conforme a produção, semelhante àqueles de naturezas privada e filantrópica, através dos convênios de municipalização (ORTIGA, 1999).

No ano 1993 foi publicada a NOB 93, que instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS e definiu um conjunto de estratégias para viabilizar a descentralização das ações e serviços de saúde. Essa norma previa, também, as formas de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena, relacionadas ao repasse dos recursos aos municípios, que se torna responsável pelo pagamento dos serviços públicos e também privados, como os hospitais filantrópicos (BRASIL, 1993). Foi a partir dessa norma que os atendimentos de alta complexidade foram incorporados ao SUS.

Dando continuidade ao processo de descentralização, foi instituída em 1996 a NOB 96, que alterou a condição de gestão semiplena para gestão plena e mudou a forma do financiamento da gestão municipal, e grande parte passou a ser feita pelo Piso de Atenção Básica (PAB), que define o montante de recursos por critério populacional, permitindo maior investimento em ações básicas de saúde. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar mantiveram o financiamento pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) (BRASIL, 1996).

Apesar dos avanços promovidos pela NOBs, a municipalização da gestão do SUS se mostrava ainda insuficiente, e em 2001, visando sanar essa dificuldade, foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), cuja ênfase é o processo de regionalização do SUS (BRASIL, 2002). O debate em torno da integração entre os níveis de governo e a definição das prioridades das partes foi definido a partir do Pacto pela Saúde, firmado em 2006, através da Portaria nº 399/GM. Esse pacto tem como finalidade “a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (CONASS, 2006). Além disso, comporta três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Uma das inovações é a regionalização enquanto eixo estruturante da RAS, a fim de possibilitar atenção integral aos cidadãos. O processo de regionalização dos serviços do SUS atenta para que todas as regiões ofertem serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, que devem ser articulados entre si. Em

regiões onde as ações porventura não forem ofertadas pela rede pública, elas podem ser contratadas do setor privado. A principal mudança ocorre em relação ao financiamento, que antes era feito por programas específicos e, depois, passa a ser realizado por blocos, a saber: Atenção Básica<sup>3</sup>, Atenção Média<sup>4</sup> e Alta Complexidade<sup>5</sup>, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais (CONASS, 2006).. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

Aliado às mudanças de financiamento e de estruturação da RAS, os hospitais de ensino e os filantrópicos representam uma estratégia de desenvolvimento do SUS no Brasil, e neles convergem potenciais de referência para várias áreas do conhecimento humano. De forma abrangente, envolvem questões de recursos físicos, tecnológicos, estruturais, assistenciais, de ensino e pesquisa, de forma a influenciar proativamente o modelo de saúde vigente no Brasil (BARBOSA, 2003, 2004).

É nesse contexto de reestruturação das prioridades e financiamento dos níveis governamentais que surge o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS, através da Portaria MS/GM nº 1.721/2005. O objetivo desse Programa é a superação da crise assistencial desses hospitais, através de melhorias na gestão e de financiamentos para a inserção nos sistemas local e regional de saúde (BRASIL, 2005).

Outra medida importante para a atual configuração do SUS é o Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa

---

<sup>3</sup> A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade (CONASS, 2007, p16).

<sup>4</sup> A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (CONASS, 2007, p 17).

<sup>5</sup> Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (CONASS, 2007, p 18).

(BRASIL, 2011). Esse decreto trata também do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), que formaliza o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção à saúde. A Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados e pelos municípios nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Por fim, tem-se a Portaria nº 3.390/ 2013, do Ministério da Saúde, que deu origem à Política Nacional de Atenção Hospitalar. A política pública parte da necessidade de inserir uma política específica para o setor hospitalar, de acordo com as demandas da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa portaria também faz alterações no programa de reestruturação e contratualização vigente. Além disso, essa política se inter-relaciona com a política nacional de regulação, de atenção básica, de atenção à urgência, de humanização, entre outras. Como principais alterações, observa-se a preocupação em definir claramente o papel dos hospitais diante de vários âmbitos do setor da saúde e da busca para desenvolver o setor hospitalar brasileiro (BRASIL, 2013).

Além desses dispositivos, foram instituídas diversas outras portarias ministeriais com indicativos que se referem à saúde, nas esferas municipal, estadual e federal de gestão do SUS. Atualmente, o SUS responde pela atenção à saúde da maioria dos brasileiros e abrange desde os serviços básicos até os serviços ambulatoriais especializados, serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica, serviço pré-hospitalar de urgência e emergência e a rede hospitalar de média e de alta complexidade.

O sistema de saúde foi construído por meio de disputas, ajustes e adaptações permeadas de forças de interesses distintos, cujo objetivo é garantir meios adequados para que os indivíduos tenham garantido o acesso à saúde (BERTOLLI FILHO, 2004). Portanto, os recortes legais apresentados mostram um panorama geral da constituição do SUS, permite maior compreensão da criação e dos ajustes da política de Reestruturação e Contratualização e dá suporte para a análise empreendida nesta pesquisa.

### **3.4. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS**

O atendimento hospitalar é um dos elementos-base da política pública de saúde e exige atenção especial do Estado. A relação público-privado entre instituições de saúde foi regulamentada pela Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 200, e reforçada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, no seu Artigo 6º. As demais leis e resoluções do SUS apresentadas afetaram direta ou indiretamente as instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas, definindo suas prioridades, foco de atendimento, estrutura, gestão e outros (BRASIL, 1990).

Com base nas demandas por serviços de saúde, o Estado estabeleceu estreita relação com os hospitais filantrópicos, sendo necessários planejamento e organização para inseri-los no sistema e integrá-los às demais políticas e princípios do SUS. Entretanto, apesar de existirem diversos instrumentos legais para garantir essa parceria público-privado, como convênios e subvenções, havia necessidade de maior formalidade e transparência nesse processo (MESTRINER, 2008).

Em 2005, buscando implementar uma política que fomentasse a reestruturação dessas instituições, a fim de atuar de forma integrada nas redes de serviços de saúde local e regional, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.721/05, criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Os objetivos do Programa estão relacionados à melhoria da assistência, da gestão e do financiamento desses estabelecimentos de saúde. Essa portaria visa normatizar a participação dos hospitais filantrópicos no SUS, cuja voluntária adesão implicaria nova relação jurídica e operacional conceituada como contratualização.

Os arranjos contratuais apresentam-se como alternativa para a administração pública, tendo em vista a melhoria do desempenho e da prestação de contas pelos prestadores de serviços de saúde. “O contrato é um instrumento que vincula a administração direta, ente financiador ao ente prestador” (BRASIL, 2004, p. 4).

Em termos sintéticos, o hospital filantrópico, ao aderir ao programa, tem alterado o modo de remuneração pela produção dos serviços prestados, ou seja, ao invés de o

pagamento ser feito a cada procedimento realizado pelo hospital, este passa a receber um pagamento global vinculado à produtividade e ao cumprimento de metas de qualidade (CAVALCANTE, 2012). As entidades filantrópicas deixam de ser prestadoras de serviços remunerados por produção para se integrarem a um plano de gestão rigidamente avaliado, sendo-lhes igualmente devidas as verbas de incentivo, entre elas Incentivo de Integração ao SUS (INTEGRASUS) e o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), que são pagas independentemente da produção dos serviços de saúde propriamente ditos (BRASIL, 2005).

O processo de adesão ao programa foi homologado no início de 2006, e a Portaria MS/SAS nº 284/2006 sugeriu um modelo de contrato e de Plano Operativo (PO) para o Programa. O POA deve apresentar os meios para alcançar os objetivos nos campos da assistência e da gestão e, também, os serviços que o hospital se compromete a oferecer, além da estrutura tecnológica e da capacidade instalada. São referenciados as metas e os indicadores de produção assistencial; de inserção na rede; de qualificação da assistência e de aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 2005).

Em 2013 foi publicada a Portaria nº 3.410 MS/GM/2013, que definiu as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS. A alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, que prevê melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade da assistência. Essa política 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 na 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, entre outras (BRASIL, 2013a).

Para auxiliar nesse processo, o Ministério da Saúde instituiu o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), substituído pelo Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IQGH), através da Portaria nº 3.410/13. Trata-se de um recurso extra à produção dessas unidades que tem como função estimular o investimento em qualificação profissional e em melhorias nos processos administrativos, sem prejuízo das 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).

Quando os hospitais não conseguem cumprir alguma das metas, há um desconto proporcional no valor devido (média dos últimos 12 meses). Os incentivos não sofrem descontos, mas há, assim, uma lógica de penalização pelo descumprimento de metas em vez de um sistema de incentivo ao seu cumprimento. O IAC não está relacionado aos resultados de produtividade ou de qualidade, uma vez que 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-se que o pagamento não está diretamente vinculado a ela. Utiliza-se essa 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 do programa, surge a necessidade de estabelecer um processo dinâmico e sistêmico de acompanhamento e avaliação. É para esses fins que se prevê a constituição das comissões permanentes de acompanhamento de contratos (BRASIL, 2005, 2013b). Esses 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 peça-chave de todo o processo. Isso porque 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. Todos os atores devem estar em sintonia em busca de um objetivo comum (BRASIL, 2005, 2013b).

Em 27 de janeiro de 2014, publicou-se a Portaria nº 142 MS/GM, que instituiu o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), em substituição ao IAC. Essa portaria, foi revogada e incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. E, em 1 de novembro de 2017, a Portaria GM/MS nº 2.925, revogou as legislações que instituem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) e instituiu que os hospitais que recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) permanecerão recebendo os valores já repassados em portarias específicas, podendo haver exclusão por requisição do gestor local do SUS

e/ou avaliação da área técnica competente. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 3.413, de 14 de dezembro de 2017, revogou o parágrafo único do Artigo 1 da Portaria GM/MS nº 2.925 e substituiu todos os termos "Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)" pelo termo "Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC)". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.185). Atualmente, recebem o IAC os hospitais que aderiram ao PRCHF. Ocorreu ainda, a dedução do repasse de recursos dos Incentivos do PRCHF através da Portaria GM/MS nº 467/2017.

Nesse contexto, este estudo analisa os resultados do Programa de Contratualização e Reestruturação em dois Hospitais Filantrópicos de Saúde credenciados ao SUS do município de Viçosa - MG, com o intuito de compreender a percepção dos atores selecionados sobre as mudanças advindas da implementação do Programa de Contratualização.

## **4. METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa: tipo, abordagem e método de pesquisa; unidade de análise e de observação e sujeitos da pesquisa; técnica de coleta de dados; e técnica de análise de dados.

### **4.1. Tipo, abordagem e método de pesquisa**

A pesquisa adotada é do tipo descritiva e busca observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Realizam-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (BARROS; LEHFELD, 2007). Para Triviños (1987, p. 110), “o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Nesta pesquisa, descrevem-se os resultados do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos da cidade de Viçosa, MG.

Este trabalho se caracteriza por uma abordagem qualitativa, que se traduz por aquilo que não pode ser mensurável quantitativamente, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa, quando se trata do sujeito, leva em consideração suas motivações, crenças, seus traços subjetivos e suas particularidades. Tais pormenores não podem ser traduzidos em números quantificáveis.

Na pesquisa qualitativa, os dados, em vez de serem tabulados de forma a apresentar um resultado estatístico, são retratados por meio de relatórios, levando-se em conta aspectos relevantes, como as opiniões e comentários do público entrevistado, definidos segundo o problema, os objetivos e o referencial teórico da pesquisa (GODOY, 1995; MATTOS, 2011). Conforme Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado e tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. Procura captar causas e consequências de determinado fenômeno social, dando atenção à sua origem, relações, mudanças, continuidades e rupturas.

Quanto ao método, esta pesquisa consiste em um estudo de caso. Um estudo de caso “estuda um fenômeno em seu contexto real” (YIN, 2010 p.15) e proporciona conhecimento amplo e detalhado sobre o fenômeno estudado (GIL, 2008). O método escolhido é ideal para o objetivo proposto neste estudo, uma vez que a intenção foi avaliar os resultados do Programa de Contratualização e Reestruturação em dois hospitais filantrópicos de saúde credenciado ao SUS do município de Viçosa, MG.

#### **4.2. Unidade de análise e de observação e sujeitos de pesquisa**

Segundo Godoy (1995), definir a unidade de análise é um ponto importante da pesquisa, uma vez que impõe limites, delimitando aquilo que é de interesse de estudo. Nesse aspecto, para a consecução deste trabalho, a unidade de análise é o contrato do Programa de Reestruturação e Contratualização dos dois Hospitais Filantrópicos de Viçosa - MG, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.721/05.

As unidades de observação são os dois hospitais de Viçosa, São Sebastião e São João Batista, ambos filantrópicos, de gestão plena e contratualizados desde 2007.

O sujeito de pesquisa é aquele que fornece os dados que ajudarão a compor a análise da pesquisa. Nesse sentido, a delimitação e a descrição dos sujeitos, bem como o seu grau de representatividade no ambiente em estudo, constituem importante momento do processo de construção da pesquisa (GODOY, 1995). Os sujeitos de pesquisa deste estudo são os diretores dos dois hospitais participantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e outros integrantes da comissão de acompanhamento (gestor local do SUS e os representantes do governo estadual, dos municípios da microrregião e do Conselho de Saúde), assim selecionados devido à posição estratégica que ocupam e as informações a que têm acesso.

#### **4.3. Técnica de coleta de dados**

Yin (2016) explica que o processo de levantamento de dados em um estudo de caso pode ser flexível, pois permite a utilização de diferentes técnicas. Podem ser qualitativas, quando se faz uso de documentos, observações e entrevistas; e, ainda,

quantitativas, caso o pesquisador tenha número maior de dados para análise e procederá ao uso de programas estatísticos.

Neste trabalho, os dados foram coletados, em um primeiro momento, por meio de documentos, como atas de reuniões e relatórios. Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos previamente definidos, além de um levantamento de dados secundários da plataforma do Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A entrevista semiestruturada contém perguntas, elaboradas previamente, usadas pelo pesquisador para garantir que todos os tópicos de interesse fossem abordados. Segundo Marconi e Lakatos (1996), a entrevista oferece a oportunidade de obter dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos, além da possibilidade de conseguir informações mais precisas, permitindo, ainda, questionamentos e discordâncias.

Os participantes foram previamente contatados, após o que se procedeu ao agendamento conforme dias, horários e locais combinados para a entrevista. Ao concordarem em participar deste estudo, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro do APÊNDICE, foram realizadas com os administradores dos dois hospitais filantrópicos participantes do programa, com o gestor local do SUS e os representantes do governo estadual, dos municípios da microrregião e um membro do Conselho de Saúde (denominados atores 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente). O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir do referencial teórico pesquisado, das definições propostas pelas Portarias nº 1.721/05 e nº 3.410/13 e do modelo de contrato utilizado pelo Ministério da Saúde e os Hospitais Filantrópicos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Foram examinados documentos acessíveis no *site* do Ministério da Saúde para analisar questões de produtividade, capacidade de atendimento, características epidemiológicas, informações financeiras etc.

#### 4.4. Técnica de análise de dados

Para exame dos dados, construção e apresentação dos resultados, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Essa análise compreende uma técnica de estudo de dados utilizada para condensar ideias e construir categorias. Também consiste em avaliar, de forma sistemática, um corpo de texto, a fim de desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chaves”. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo divide-se em três fases:

- a) pré-análise – é a fase da organização do material a ser analisado, com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias de acordo com as hipóteses e objetivos previamente definidos; é a etapa em que ocorre a leitura flutuante, ou seja, consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados, deixando-se invadir por impressões e orientações, preparação do material;
- b) exploração do material – consiste na etapa mais longa e cansativa; é o momento de organização dos dados e agregação em unidades, visando permitir a codificação e categorização (agrupar elementos com as mesmas características); e
- c) tratamento dos dados, inferência e interpretação – o tratamento dos dados permite condensar, agrupar e destacar informações a partir das quais são feitas inferências. Em geral, estas recorrem a indicadores e levam a interpretações no sentido de buscar o que se esconde sob os documentos ou sob as falas; é uma interpretação dos dados baseada na fundamentação teórica.

Após a transcrição das entrevistas, no processo de pré-análise, procedeu-se à leitura flutuante, tendo como eixo norteador o problema da pesquisa e os objetivos do trabalho. Foram identificados os elementos importantes para responder aos objetivos, e estes foram agrupados em categorias.

Para pesquisar a implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS nos dois estabelecimentos de saúde selecionados, a avaliação foi realizada com base em seus três eixos estruturantes: contratualização, assistência e gestão. No eixo assistência à saúde, a partir dos dados coletados nos documentos reunidos e no *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), analisam-se dados como a capacidade instalada, a utilização de leitos e a qualidade da prestação de serviços desses estabelecimentos. O eixo contratualização foi analisado a partir de dados do contrato/convênio entre os hospitais e a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa (SMSV), em relação às diretrizes colocadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais. Já o eixo gestão foi avaliado a partir das entrevistas semiestruturadas, com informações sobre a administração hospitalar, a situação de pré-adesão ao programa, as possíveis mudanças nos anos posteriores, as dificuldades enfrentadas e a situação atual.

Os recortes do conteúdo basearam-se nos eixos norteados do Programa e foram identificados com base na relação direta entre as falas e as diretrizes e propostas da referida política pública. Posteriormente, procedeu-se à exploração do material e à identificação das categorias a serem analisadas, previamente definidas. Com base nas categorias selecionadas, foi realizado o tratamento dos dados conforme Bardin (2011).

O próximo capítulo aborda a análise e discussão dos resultados da investigação anteriormente descrita.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, inicialmente, apresenta-se a implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS na cidade de Viçosa, MG. Na sequência, analisam-se, qualitativamente, os dados coletados, tendo por base os objetivos específicos propostos, a fim de contemplar o objetivo geral do estudo, que é descrever e analisar os resultados desse Programa, conforme o ciclo das políticas públicas, com ênfase na avaliação com base na percepção dos atores sobre o contrato, a gestão e a assistência.

Esta pesquisa foi realizada com seis atores, sendo dois diretores dos hospitais filantrópicos, um secretário municipal de saúde, um secretário da microrregião de saúde, um secretário estadual de saúde e um membro da Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC), assim selecionados segundo a posição estratégica que ocupam e as informações a que têm acesso.

### 5.1. A Implementação do Programa de Contratualização e Reestruturação

De acordo com os dados do último relatório de gestão do Ministério da Saúde (2017), os hospitais filantrópicos no Brasil que prestam serviços para o SUS somam 1.704 e são responsáveis por 37,72% dos leitos disponíveis e por 41,64% das internações hospitalares realizadas no âmbito do SUS. Eles realizam 7,50% dos atendimentos ambulatoriais do SUS, equivalendo a 49,14% do total de atendimentos ao SUS (internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 178).

O relatório de gestão 2017 do MS retrata ainda a relevância das entidades beneficentes para o funcionamento do sistema público e suplementar de saúde.

A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS, por grupo de procedimentos e complexidade da assistência, revela que o setor filantrópico executa o maior quantitativo de cirurgias oncológicas, neurológicas, transplantes e outros de alta complexidade, conforme discriminado abaixo:

✓ 58,95% das internações de Alta Complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos.

Ainda, nas especialidades de Alta Complexidade, os hospitais filantrópicos respondem por:

- ✓ 64,98% das internações de Cardiologia;
- ✓ 55,64% das internações para Transplantes;
- ✓ 67,06% dos procedimentos de Quimioterapia realizados em regime de internação;
- ✓ 67,19% das internações para Cirurgia Oncológica;
- ✓ 69,35% dos atendimentos ambulatoriais em Tratamento Oncológico (Quimioterapia e Radioterapia);
- ✓ 69,59% dos atendimentos ambulatoriais em Procedimentos Clínicos de Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos;
- ✓ 70,23% dos atendimentos ambulatoriais em Processamento de Tecidos para Transplante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 179).

Como apontado pelo relatório, os hospitais filantrópicos são prestadores de serviços especializados ao SUS ou em muitos dos pequenos municípios do interior, como é o caso dos hospitais de Viçosa-MG, são prestadores únicos de serviço ao SUS no âmbito de média e alta complexidade. Especialmente em Viçosa-MG, os hospitais São Sebastião e São João Batista são referência não apenas no município, mas em toda microrregião e recebe pacientes de diversas cidades vizinhas.

Viçosa caracteriza-se, segundo a tabela do Ministério da Saúde, por um município de gestão plena, ou seja, é o responsável pela distribuição dos recursos para os hospitais filantrópicos São Sebastião e São João Batista. Desse modo, é responsável também pela gestão integral da Atenção Primária e dos procedimentos de média e alta complexidades. Condizente com as diretrizes das Normas Operacionais Básicas, é responsabilidade do município a definição, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação da política no âmbito de seu território (BRASIL, 1993).

O primeiro contrato entre os hospitais filantrópicos e o SUS, nos moldes da Portaria MS/GM nº 1.721, de 2005 (ANEXO A), que instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos de Viçosa, MG, foi firmado em maio de 2007, e o atual diretor de um dos hospitais analisados participou desse processo, pois era o secretário de saúde do município no período.

O PRCHF tem como metas e indicadores de produção assistencial os números de internações, consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, além da qualificação da assistência e do aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 2005). O contrato possui de 20 a 30 itens a serem acompanhados, entre indicadores de produção e produtividade, indicadores de

qualidade, processo de melhoria da informação e processo de melhoria do controle financeiro (PERDICARES, 2012).

A Contratualização no âmbito do Programa foi de difícil entendimento para os envolvidos e as condições impostas para a efetivação da contratualização necessitaram de tempo para sua adequação e regularização (DALTRO, 2013). Corroborando com as inúmeras dificuldades apontadas por Daltro (2013) no processo de implementação do Programa, em Viçosa, segundo um dos atores, as primeiras dificuldades se apresentaram na própria escrita do contrato, pois “era uma novidade a contratualização, nós não tínhamos o suporte de nada, o primeiro rascunho está tudo com minha letra, pegamos cláusula por cláusula e estudamos” (ENTREVISTA ATOR 6).

Os convênios/contratos têm duração máxima de cinco anos e o plano operativo que define os indicadores e metas que os hospitais devem atingir tem renovação anual. Nos hospitais de Viçosa, segundo o ator 1, “estamos hoje no 3ª contrato, por que cada contrato vale cinco anos, tivemos o primeiro contrato de 2007 a 2012, um segundo de 2012 a 2017 e em 2017 que entrou em vigor o terceiro, em cinco de outubro de 2017” (ENTREVISTA ATOR 1). Para a definição das metas são consideradas a produção dos últimos doze meses anteriores ao processo. A contratualização definiu um valor pré-fixado e um valor pós fixado para os repasses dos recursos. Os orçamentos dos hospitais contratualizados são elaborados considerando os recursos para produção ambulatorial e para produção hospitalar acrescido de incentivos. Conforme apontado por Neves, Ferreira e Tonelli (2017), a alteração do método de financiamento foi uma das principais mudanças trazidas pelo PRCHF.

Para fins de acompanhamento e monitoração, todos os atendimentos, ambulatorial ou hospitalar (sem e com internação, respectivamente), são registrados em sistemas oficiais do MS, desenvolvidos e acompanhados pelo departamento de informações do SUS, o DATASUS. Os procedimentos ambulatoriais são processados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e os hospitalares no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). Todas as informações são registradas para fins de acompanhamento das metas e indicadores (NEVES, FERREIRA E TONELLI, 2017).

Os pagamentos são realizados da seguinte maneira: até o quinto dia útil do mês são pagos os procedimentos de média complexidade e, no vigésimo quinto dia, os procedimentos de alta complexidade. Em relação à exigência de 60% da capacidade instalada dedicada ao SUS (BRASIL, 2005), ambos os hospitais atendem um índice superior, no entanto bastante variável, conforme a fala do diretor do H1: “as vezes eu tenho 90% de ocupação, [...], mas tem dia que tem 40%, na média temos 70 ou 75%” (ENTREVISTA ATOR 1).

Percebe-se que as questões gerais ligadas ao contrato são bem avaliadas pelos gestores e funciona de modo a suprir a maioria das necessidades dos hospitais, conforme apontado, por Barbosa (2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS), em um relatório sobre o uso de contratos na área da saúde, observa que estes se transformaram de uma ferramenta técnica em uma abordagem estratégica, buscando agilizar e facilitar repasse de recursos do sistema de saúde. Na percepção diretores dos hospitais, os contratos trouxeram maior inserção na rede de atenção à saúde e um incremento na regulação e relacionamento com a secretaria de saúde municipal, pois conforme a fala de um dos entrevistados, “o modelo é bem concebido, é bem interessante, por que ele avalia os hospitais tanto qualitativo como quantitativo” (ENTREVISTA, ATOR 1).

É interessante destacar que a proposta da implementação como controle e monitoramento (ou medição) na teoria e na realidade cotidiana são diferentes. O dia a dia sempre envolve barganha, adaptação e ajustes. Outro ponto interessante é o dimensionamento das estimativas de financiamento e de custos, que quando não elaborado de maneira adequada geram transtornos na implementação e na continuidade dos arranjos contratuais (FIGUERAS et al., 2005; ABRANTES 1999; LIMA, 2009). O entrevistado 1 aponta para a o problema da tabela do SUS que está

“sem correção a muitos anos, mais de 15 anos, tem valores a mais de 20 anos sem uma atualização e outra questão é a avaliação do contrato [...], por exemplo o hospital São João Batista, especificamente, foi muito prejudicado no último contrato, porque tivemos incremento de produção de 2012 até 2016 entorno de 60% a mais de produção. Isso representou o que? Mais custo para os hospitais com medicamento, alimentação, com honorários, com energia, com tudo, tá certo com funcionários e não nós acrescentou nem um centavo a mais” (ENTREVISTA ATOR 1).

A fala incide com os apontamentos de Bardach (1977) ao definir o problema da

implementação como o do "dilema" que se estabelece quando é preciso dirigir e controlar um grande número de programas de numerosas e diferentes organizações e atores. No âmbito financeiro, um ponto que chama atenção é a lógica percebida pelos autores, segundo o qual um hospital filantrópico deve funcionar sob um pressuposto distinto de uma lógica de mercado, para a qual o lucro é o fim a ser alcançado.

(...) a lógica de um hospital filantrópico não é lucro, a lógica do hospital é de prestar serviço, tá certo, então ele tem [que] atender pelo SUS, porque quem equipa, quem constrói, quem investe no hospital é o SUS, com emenda parlamentar, mas ele precisa [de convênio com] plano de saúde também para subsidiar, ele ajuda no investimento, mas no custeio ele é ruim (ENTREVISTA ATOR 1)

De maneira semelhante, para o ator 2: "(...) porque saúde não é uma matemática um mês eu estou alto, eu estou em baixa, então há momento também que temos crise" (ENTREVISTA ATOR 2). Essas falas corroboram com os achados de Pinheiro Filho (2017), que ao realizar uma revisão sistemática sobre os trabalhos produzidos sobre a relação dos hospitais filantrópicos com o SUS, estes apontam a fragilidade econômica e gerencial dos hospitais filantrópicos que ameaçam sua sobrevivência e, por conseguinte, pode influenciar a resposta do SUS aos problemas de saúde da população.

Apesar da lógica apontada pelo diretor e dos problemas financeiros recorrentes nos hospitais filantrópicos, é preciso ter clareza de que são um espaço para a ação com objetivos privados de seus dirigentes ou de grupos de profissionais que em tese lhes prestam serviços. O que ocorreu ao longo do tempo é que "[...] os propósitos beneficentes diferenciaram-se, e distorções em relação à função social original de tais entidades foram geradas [...]" (PORTELA et al., 2000, p. 80). A partir dessa mudança de propósitos, a natureza pública dos hospitais filantrópicos deve-se somente ao seu financiamento público, por parte do SUS.

Esse contexto, coloca em questão, a determinação de formulação, implementação e avaliação de qualquer política de saúde, incluindo PRCHF, posicionando-o na intersecção de duas instituições sociais elementares: a política e a economia. Ainda que sob uma lógica econômica distinta, os hospitais filantrópicos precisam manter

uma sustentabilidade financeira, o que os obriga a manter um equilíbrio no eixo de assistência entre atendimentos pelo SUS e pelos planos de saúde conveniados.

Essa influência política e econômica é conjugada de maneira aplicada nas ações dos atores sociais, não apenas em termos conjunturais, amplo e abstrato, mas em dois eixos fundamentais que compõem o Programa de Contratualização: a assistência e a gestão. Esse binômio não é apenas influenciado pela conjuntura política e econômica do país, mas também influencia as ações e as percepções dos atores com o objetivo de manter um equilíbrio entre os eixos.

O binômio gestão-assistência será trabalhado mais adiante no trabalho. É importante ressaltar que essas relações afetam a determinação da ação dos atores envolvidos na política pública de saúde e, conseqüentemente, no próprio rumo da política, dentre as quais o Programa de Contratualização.

## **5.2. Avaliação dos eixos de orientação do Programa de Contratualização**

Após apontamentos sobre a implementação do Programa passa-se à avaliação dos três eixos específicos que orientam sua formulação: Gestão, Assistência e Financiamento, conjugando a utilização de dados secundários, a partir de consultas em bases de dados, particularmente o CNES, com o discurso dos atores entrevistados, empreendendo uma triangulação dos dados. Foi selecionado como referência para a coleta desses dados quantitativos o intervalo entre 2011 e 2017 para compreender a presença de elementos de gestão e do perfil assistencial dos hospitais analisados, abordando um panorama temporal de vigência do modelo de contratação atual (através de metas e incentivos) (BRASIL, 2005).

Um ponto importante para a compreensão desta análise é a percepção que cada ator possui sobre o Programa de Contratualização. Essa dimensão permite relacionar ações e percepções, teoria e prática, formulação, implementação e avaliação da política pública, já que se trata dos próprios atores que protagonizaram as relações e as decisões que derivam e orientam a continuidade dessa política.

### 5.2.1. Instrumentos do Contrato

A alocação de recursos com base no desempenho e formalizado por meio de contrato em um instrumento formal assinado entre duas partes (Secretária de Saúde Municipal e Hospitais), estabelecem os compromissos e responsabilidades em relação à prestação de serviços de saúde. Seu tripé de sustentação é constituído por três elementos: (1) um plano de atividades (POA) com definição de recursos financeiros; (2) um sistema de monitoramento e avaliação das metas e indicadores; e (3) um sistema de incentivos (IAC) que vincula o repasse de recursos financeiros ao alcance das referidas metas e indicadores (BRASIL, 2013).

Como apontado anteriormente, o valor pré-definido do contrato é subdividido em um componente fixo e outro, variável e são repassados segundo o desempenho do Hospital, de acordo com a avaliação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento. O componente fixo é repassado de acordo com o cumprimento das metas físicas de produção, e o variável segundo o cumprimento de metas de qualidade de atenção e gestão. O hospital que não atingir ao menos 70% das metas físicas pactuadas é penalizado com a volta do recebimento por procedimentos e o POA precisa ser refeito. (BRASIL, 2005). Nesse sentido, o Hospital 2 passou por essa situação e teve como penalização o não recebimento de partes dos recursos e a necessidade de ajustes do POA. Segundo a fala da diretora, “a gente foi penalizado na última [avaliação] e a gente deixou de receber trinta e sete mil e quinhentos, se você for contabilizar outubro, novembro, dezembro, janeiro, fevereiro e março, já é quase duzentos mil que a gente deixou de receber” (ENTREVISTA ATOR 2).

Conforme aponta Neves, Ferreira e Tonelli (2017, p.9), o financiamento hospitalar no SUS, é mais complexo do que o preconizado pelas regras do PCRHF, pois “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”. No entanto, assim como apontado pela análise de Neves, Ferreira e Tonelli (2017), nos hospitais de Viçosa, os dirigentes afirmam que os valores, baseados na tabela do SUS, não cobrem os custos dos serviços prestados. Geralmente, para arcar com todos os custos, os hospitais contam com outros recursos ou mesmo, outros programas do SUS.

Conforme apontado pelos dirigentes dos hospitais e coincidindo com os resultados de Neves, Ferreira e Tonelli (2017), além dos planos de saúde, outra fonte de recursos em maior escala são as emendas constitucionais que vem como recurso livre e pode ser aplicado de acordo com as necessidades do hospital.

Em relação aos planos de saúde, os hospitais de Viçosa atendem a vários deles, incluindo o PLAMHUV<sup>6</sup> – Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa. Trata-se de uma Fundação sem fins lucrativos de Assistência à Saúde, iniciada em 1995, que atende Viçosa e região e instituído pelos próprios hospitais. Outro plano de grande interesse para os hospitais é o Agros<sup>7</sup> – Instituto UFV de Seguridade Social, que segundo os dirigentes é o plano de saúde que melhor remunera as entidades. Os hospitais atendem também outros planos como o Unimed (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas), o IPSENG (Instituto de previdência Social dos Servidores do Estado de Minas Gerais). Entretanto, chama a atenção o modo como a classe médica se relaciona com os chamados pequenos planos, segundo um dos dirigentes “eles não recebem muita atenção dos médicos, tipo o próprio médico não quer atender, por que os volumes deles são muito pequenos, ai a burocracia para você receber, para emitir conta” (ENTREVISTA ATOR 1). Nesse grupo se encaixam os planos dos correios, da CAIXA, do Branco do Brasil, da polícia militar entre outros que apresentam pequenos volumes.

Outro quesito importante para a manutenção da contratualização é a certificação de entidade filantrópica regulada pela Lei 12.101/2009, que reconhece uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos como sendo de assistência social e permite a elas a isenção de pagamentos das contribuições para a seguridade social. Com o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), as entidades podem celebrar convênios com o poder público, obter subvenções sociais (repasses para cobrir despesas de custeio) e até obter desconto na conta de energia elétrica.

---

<sup>6</sup> Sobre o PLAMHUV: <http://plamhuv.com.br/index.php>

<sup>7</sup> O Agros é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar (EFPC), conhecida também como Fundo de Pensão. Foi criado em 8 de maio de 1980 pela Universidade Federal de Viçosa, para suplementar os benefícios pagos pela previdência oficial aos empregados dos patrocinadores e seus familiares, por intermédio do seu Plano de Benefícios, o Plano A (CLT).

A renovação do POA também é um dos elementos da contratualização. Esse quesito teve posicionamentos divergentes dos entrevistados, enquanto o gestor e o membro do conselho disseram que ele acontece com a devida regularidade, o dirigente do hospital 1 afirmou que a renovação tanto do PA, quanto do orçamento não ocorre com a devida regularidade. No entanto, junto à secretária de saúde do município, a situação dos hospitais se encontram regular, com todas as dimensões recomendadas pelo Programa de Reestruturação.

Uma importante condição de estruturação da contratualização é a constituição por parte da secretária de saúde do município de uma comissão de acompanhamento dos contratos para monitorar e avaliar a execução do POA (Brasil, 2005). Os atores 1, 2, 3 e 6 participam da Comissão de Acompanhamento do Contrato. Sobre a questão da participação nas reuniões, é colocado em pauta o fator dos interesses políticos e/ou pessoais que podem orientar os atores ali dispostos.

Desse modo, percebe-se que o ambiente da reunião, enquanto espaço de decisão, é um espaço eminentemente político, onde os atores assumem posicionamentos e interesses relacionados à sua instituição/instância. O ator 1 explicita esse caráter político das reuniões da Comissão ao afirmar:

(...) olha, até a última comissão existia muito conflito de interesse da comissão e existia pessoas que eram para ser imparcial e não eram. Eu sou parcial. Eu sou Hospital 1 [nome dos hospital], tá, mas gente de dentro da secretaria de saúde não podia ter tendência [a] nenhum hospital. E tinha, tá. Eu sou o Hospital [nome do hospital], eu vou para comissão defender o hospital. (ENTREVISTA ATOR 1).

Contudo, ainda que o espaço das reuniões propriamente dito seja marcado pela tomada de decisões a partir de interesses, a dimensão de conflito não se restringe ao espaço propriamente dito, mas antecede a realização da própria reunião. Nesse sentido, para uma pergunta aparentemente consensual, como a regularidade com que são as realizadas as reuniões, emergem fortes posicionamentos que demonstram a marca de um importante conflito entre os hospitais e a prefeitura, entre as instituições e a instância política que assinam e definem o contrato, fato que influencia diretamente, por consequência, as etapas (formulação, implementação e avaliação) de

desenvolvimento do Programa de Contratualização e suas implicações.

As falas expõem a falta de regularidade nessas reuniões e na avaliação do contrato.

(...) o município ficou mais de cinco anos sem fazer a revisão, estou falando, não foi avaliado, o último contrato não foi avaliado, nós não tivemos várias reuniões, mas nunca teve uma decisão de efetivar um remanejamento de recursos, de contemplar a melhoria e desempenho que nós tivemos (ENTREVISTA ATOR 1).

(...) o último quadrimestral, por exemplo, ele seria de outubro a janeiro. Nós estamos finalizando março [e] nós não teve uma reunião, a gente está quase acabando o outro quadrimestre [e] não tivemos avaliação do contrato anterior (...) (ENTREVISTA ATOR 2)

Em particular na fala do Ator 1, há uma crítica direcionada à instância municipal no que se refere a essa avaliação, marcando o conflito acima mencionado. Se tomarmos, contudo, a explicação dada pelo Ator 3, Secretário Municipal de Saúde, há uma completa inversão na crítica, responsabilizando os diretores dos hospitais da falta de regularidade das reuniões. Em sua fala, exposta de maneira enfática:

(...) não estava sendo feita, mas por intervenção dos próprios diretores hospitalares, eles não aceitava cortes, eles, eu tenho as atas das reuniões antigas guardadas, eles causavam briga, eles causavam para não ter avaliações, então é muito fácil jogar responsabilidade no município. Não fez, o município não faz, sendo que eles perturbava o ambiente, eles criavam a briga, eles faziam o discurso ir para caminho estreito, que até técnicos da saúde que são fidedigno eram discriminados, massacrado (ENTREVISTA ATOR 3).

Se, por um lado, para os dirigentes dos hospitais há uma falta de atenção da instância municipal para com a realização de reuniões; para o Secretário Municipal de Saúde, por sua vez, é expressamente o inverso que ocorre: os representantes dos hospitais são quem “impedem” ou atrapalham a realização das reuniões de Acompanhamento.

O dirigente do hospital 1 articula sua percepção sobre as ações municipais no que se refere à saúde, mencionando um dos atores entrevistados e os eventuais conflitos derivados dessa tomada de decisão, ainda que mantenha um tom elogioso ao representante municipal. Já a dirigente do hospital 2, do mesmo modo, faz uma crítica às ações municipais, em especial à lógica de escolha do cargo do Secretário Municipal de Saúde.

O secretário municipal, por sua vez, inverte a crítica feita pelos dirigentes e direciona sua fala no sentido de defender a instância municipal em relação a suas ações no que se refere às políticas de saúde e desloca a responsabilidade de sua instância de representação (município) para as instituições dos hospitais, particularmente quanto à utilização que as mesmas fazem dos investimentos/pagamentos recebidos pela contratualização, argumentando que há um erro na percepção dos hospitais quanto ao direcionamento das verbas. O membro do conselho de acompanhamento segue uma lógica semelhante, afirmando que há um desequilíbrio de participação na tomada de decisões entre profissionais administrativos (diretores dos hospitais) e profissionais de saúde (corpo clínico), o que prejudica a efetividade das ações propostas pela contratualização.

O eixo de Instrumentos da Contratualização, portanto, é marcado por um conflito entre a instância municipal e as instituições de saúde. Esse conflito se dá tanto em âmbito discursivo quanto na tomada de decisões do município e/ou do hospital. Percebe-se, desse modo, uma defesa de interesses dos atores em relação a sua instância/instituição de representação. Um exemplo de exposição desse conflito está na realização das reuniões da Comissão de Acompanhamento do Contrato, espaço eminentemente político onde os atores defendem suas pautas e seus interesses; e nos próprios entraves relacionados à realização dessas reuniões, havendo uma transferência de responsabilidade sobre os motivos pelos quais elas não ocorrem de maneira sistemática: se para os dirigentes dos hospitais as reuniões não ocorrem por falta de atenção da instância municipal, para o secretário, de modo inverso, elas não ocorrem por mecanismos empreendidos pelos dirigentes.

A existência desse conflito não se limita às reuniões de Acompanhamento, mas é exposta de maneira enfática pelos atores quando fizemos a questão: “Acredita que os interesses dos governos municipal e estadual e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?” Há, novamente, uma transferência de responsabilidades no que diz respeito às ações a serem tomadas para alcançar uma relação harmônica e sistêmica entre os atores e as instâncias representadas.

Apesar dos problemas relacionados ao monitoramento do POA, por parte da comissão de acompanhamento, internamente ambos os hospitais realizam o monitoramento do PA e de seu orçamento. Assim como apontado por Lima (2009), os hospitais ainda recebem uma insuficiente capacitação gerencial da secretaria para lidar com a lógica contratual, decorrendo em dificuldades para a elaboração e avaliação do POA. Um dos pontos mencionados é a dificuldade de identificar de metas e indicadores consistentes e passíveis de monitoramento. Outra dificuldade apontada é a estimativa inadequada e insuficiente do financiamento da contratualização.

Em seus trabalhos, Lima (2009, p 179) infere que “a previsão inadequada dos recursos necessários pode ser uma das explicações para o não alcance dos resultados esperados com a contratualização”. Nesse sentido, a avaliação da contratualização e o monitoramento e avaliação adequado do POA, tendo em vista identificar se os objetivos colocados estão sendo alcançados e se os incentivos estão produzindo os efeitos esperados são essências para a eficiência do programa.

Portanto, para a avaliação dos instrumentos da contratualização foram considerados a existência de plano de saúde elaborado, a renovação da certificação, a renovação do POA e do orçamento, a presença no POA em todas as dimensões recomendadas pelo Programa de Reestruturação, a avaliação periódica da comissão de acompanhamento e a existência de outras formas de monitoramento.

### **5.2.2. O eixo Gestão**

A partir das diretrizes do PCRHF, no eixo de gestão, há uma série de ações a serem trabalhadas, dentre elas: democratizar a gestão interna, elaborar plano diretor, utilizar ferramentas gerenciais, incluindo a incorporação de sistemas de avaliação de custos e da satisfação dos usuários, manter o equilíbrio econômico-financeiro do convênio, aplicar integralmente os recursos financeiros provenientes do SUS no hospital, alimentar regularmente os Sistemas de Informações do Ministério da Saúde, estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação com definição de indicadores integrados a instrumento jurídico, dentre outros (Brasil, 2004).

Uma das ações mais destacadas é dimensão financeira dos HF, procurando um

equilíbrio entre uma otimização das finanças, ao mesmo tempo em que garante uma melhoria na assistência. Orientando-se pela análise feita por Machado e Forster (2017), o eixo de Gestão pode ser avaliado segundo elementos concretos antes e após a implementação do modelo de metas presente na concepção do contrato, elementos estes que se referem ao controle administrativo, às estratégias financeiras e à existência de comissões e auditorias para assuntos e setores dos hospitais e suas implicações no quadro de funcionários (administrativos e de saúde), no financiamento de cursos e treinamentos para tais profissionais e as modificações na infraestrutura dos hospitais.

A pesquisa buscou verificar a presença desses elementos em ambos os hospitais e sua possível correlação com a implementação do modelo de contratualização. Para tal, foram comparadas as informações repassadas pelos atores 1 e 2, referentes às instituições de saúde aqui analisadas, com os dados disponíveis no CNES. Sobre a presença de um controle administrativo, estratégia de custos e comissões e auditorias internas, as instituições organizam-se como exposto no quadro a seguir (quadro 1):

**Quadro 1:** Presença de elementos de Gestão

Hospitais	Presença de elementos de Gestão						Há alteração dos elementos após a Contratualização?
	Plano Diretor	Grupo Gestor	Comissão de avaliação interna	Controle Adm e Financ	Estratégia Adm para custos	Auditoria	
Hospital 1	Não	Sim	Sim	Sim	NR*	Sim	Não
Hospital 2	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

\* Não respondeu.

**Fonte:** Dados de campo, 2018.

Como demonstra o quadro, os HF 1 e 2 apresentam elementos de gestão que facilitam sua manutenção administrativa e financeira, quais sejam: controle administrativo e financeiro, estratégica administrativa de finanças, comissões internas de avaliação e de qualidade, auditorias para decisão de assuntos internos e um grupo gestor para o controle das atividades e orientação de equipes e pessoal. Entretanto, apenas o hospital 2 possui plano diretor estruturado, enquanto o hospital 1 não possui, apesar de investir em outras ferramentas com o mesmo fim, tais como comissões setorializadas,

relatórios setorizados e reuniões de gestores.

Todas as condições presentes no HF 1 e 2 foram implantadas independentemente da contratualização. Os diretores não informaram se a atualização das informações nos sistemas de informação oficiais do MS – cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde/CNES, sistema de informações hospitalar/SIH e ambulatorial/SIA – foi decorrente da contratualização. Observa-se que o dirigente do HF 1 não se referiu a práticas de controle de custos, entretanto considerando a existência de diversos outros elementos de gestão é possível inferir que haja esse controle.

Entretanto, apesar da presença dos elementos de gestão, o PCRHF ainda possui limitações que influenciam na eficiência da contratualização enquanto melhoria dos elementos de gestão. Para o ator 1, o déficit na avaliação do contrato impede a objetividade procurada por sua concepção enquanto política de saúde. Segundo o qual,

(...) se tivesse um contrato mais bem avaliado, mais frequente, com mais regularidades, sem dúvida alguma os hospitais iam ter obrigação de estar mais enxuto, cumprido as metas direitinho e tal, porque então, na realidade, nós trabalhamos sobre pressão. (...) pela falta de avaliação do contrato, se o contrato fosse mais avaliado mais rigoroso, vou te falar ele foi muito bem concebido, mas ele não foi colocado em prática como deveria colocado (ENTREVISTA ATOR 1).

Do mesmo modo, para a dirigente do HF 2, as melhorias nos elementos de gestão não se relacionam à contratualização, já que os repasses de verbas, em termos de valores, não são suficientes para abranger tais elementos. Essa constatação relaciona-se à crítica feita à lógica de contratualização por metas físicas (quantitativas e qualitativas). Em suas palavras:

(...) olha, a gente melhorou, nossa estrutura física, a parte antiga ela não dá muitas condições, mas em relação a equipamento, a gente tem até além de muitos hospitais. A gente consegue através do Prouge que é uma emenda do governo e por emenda parlamentar, **não através no contrato, contrato não dá para nada, o contrato mal dá para pagar médico, só.** (ENTREVISTA ATOR 2, grifo da autora)

De maneira inversa, para os atores 3 e 6, o Programa de Contratualização contribuiu para a melhoria no gerenciamento dos elementos de gestão. Para o ator 3, há uma melhoria na infraestrutura dos hospitais e um deslocamento decisório dos

profissionais de saúde para os profissionais administrativos. Para o ator 6, a contratualização funciona como uma ferramenta de gestão que pode ser aplicada de maneira eficiente ou não. Nas instituições e no município analisado, contudo, há uma melhoria, em particular no relacionamento entre as esferas de poder.

Percebe-se que aqueles que atuam diretamente com a parte financeira dos hospitais frisam os problemas relacionados a recursos, enquanto aqueles que não o fazem tem uma avaliação positiva, haja visto que o estado e o município transferem as responsabilidades para os hospitais e estes não encontram o apoio esperado e proposto pelo programa para a resolução de seus problemas financeiros. Desse modo, as dificuldades financeiras dos hospitais e a que isso se deve, implica num conflito entre instâncias de poder e as relações de gestão, além de dificuldades que derivam não apenas gestão das unidades hospitalares, mas também de fatores conjunturais relacionados à dinâmica demográfica e econômica do país.

No entanto, um elemento que merece destaque se refere à gestão dos hospitais. O dirigente do HF 1 destaca a questão dos valores repassados, baseados na tabela do SUS, que são defasados, no entanto ele também levanta a questão da má gestão financeira: “eu falo muito isto, hoje o dinheiro é pouco? É, mas ainda é muito desperdiçado, a primeira coisa que deveria acontecer é definir aquilo que é realmente resolutivo [...], porque não adianta jogar mais água na caixa d’água, se ela estiver furada, e hoje tem muito furo, muito desperdício ainda” (ENTREVISTA ATOR 1).

Esse diagnóstico é semelhante à análise feita por Neves, Ferreira e Tonelli (2017), na medida em que as questões referentes à gestão dos hospitais, antes e após o Programa de Contratualização, apresenta uma ambiguidade na avaliação dos atores envolvidos nessa política. Ora positiva, ora negativa, essa avaliação passa por elementos contraditórios.

É possível verificar determinados elementos relacionados ao andamento da gestão das instituições analisadas através do número de profissionais e a presença de equipamentos, o que se relaciona, respectivamente, aos recursos humanos e à infraestrutura dos hospitais. Para tanto, cruzou-se as percepções dos atores entrevistados aos dados disponíveis no CNES. A presença de profissionais e a oferta

de cursos/capacitações segue a dinâmica organizada no quadro a seguir:

**Quadro 2:** Presença de elementos de Gestão (número de profissionais, financiamento de cursos e treinamentos)

Hospitais	Presença de elementos de Gestão			
	Aumento no n.º. Profissionais Adm	Aumento no n.º. Profissionais Saúde	Cursos profissionais administrativos	Cursos profissionais saúde
Hospital 1	NR*	NR*	Não	Não
Hospital 2	Diminui	Diminui	Não	Não

\* Não respondeu.

**Fonte:** Dados de campo, 2018.

Em relação aos elementos de recursos humanos, isto é, à presença de profissionais administrativos e de saúde, há uma diminuição ao longo do tempo. Há, ainda, uma defasagem na oferta de cursos e treinamentos, embora isso seja uma estratégia administrativa para controle de custos que não se relaciona ao programa de contratualização.

Até 2016 sim [oferecíamos cursos aos profissionais administrativos], de 2016 para cá a gente cortou, umas das medidas para tentar driblar as dívidas, crise, a gente passou a não financiar mais, mas a gente já financiou muito. Não, não tem nada a ver com o contrato, o contrato não exige nada disto, não (ENTREVISTA ATOR 2).

O diagnóstico é confirmado pelos dados registrados no CNES<sup>8</sup>, como segue no quadro a seguir:

<sup>8</sup> Dentre as informações disponíveis para consulta, a plataforma não faz uma discriminação entre profissionais administrativos e profissionais de saúde, o que, contudo, não inviabiliza a utilização dos dados.

**Tabela 1:** Número de profissionais totais no período entre 2011 e 2017 nos Hospitais

<b>CNES - Profissionais Total - Hospital 1</b>							
2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação** (entre 2016 e 2017)
310	333	334	343	358	387	362	-6%
<b>CNES - Profissionais Total - Hospital 2</b>							
2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação** (entre 2015 e 2017)
362	342	357	359	367	311	334	-9%
* Valores referentes ao mês de janeiro.							
** A variação é calculada com base nos maiores e menores valores segundo os respectivos anos.							

**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Consulta em 28/05/2018.

Embora não seja substancial em termos percentuais, há uma variação negativa em ambos os hospitais no que se refere ao número total de profissionais: -6% para o Hospital 1 e -9% para o Hospital 2 nos últimos 7 anos. Os dados demonstram, contudo, que de 2013<sup>9</sup> para 2014 há um tímido aumento no número de profissionais, panorama que se modifica, para o Hospital 1, de 2016 para 2017, apresentando uma variação negativa; e, para o Hospital 2, de 2015 para 2016, alcançando a maior variação negativa (aproximadamente -15%) em comparação aos outros anos. Não é possível sustentar, portanto, que essa diminuição seja consequência do novo modelo de contratualização, mas por consequência de fatores diversos, tanto internos quanto externos.

Sobre a dimensão da infraestrutura, isto é, a presença de equipamentos de gêneros diferentes relacionados a diversos procedimentos, tanto de média quanto de alta complexidade, o quadro a seguir apresenta um panorama sobre os últimos 7 anos, entre 2011 e 2017:

<sup>9</sup> Ano de revogação e aprimoramento da Portaria nº 1.721/05, que criou o Programa de Contratualização, pela Portaria nº 3.410/13, implementando sua reestruturação segundo a Política Nacional de Saúde.

**Tabela 2:** Número de equipamentos totais no período entre 2011 e 2017 nos Hospitais 1 e 2

<b>CNES - Recursos Físicos - Equipamentos – Em Uso – Hospital 1</b>								
Equipamento	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação (entre 2011 e 2017)
Equipamentos de diagnóstico por imagem	8	8	8	8	8	8	8	0%
Equipamentos de infraestrutura	3	3	3	3	3	3	3	0%
Equipamentos para manutenção da vida	148	169	169	169	169	169	169	14%
Equipamentos por métodos gráficos	6	6	6	6	6	6	6	0%
Equipamentos por métodos ópticos	3	3	3	3	3	3	3	0%
Outros equipamentos	33	32	32	32	32	32	32	-3%
Total	201	221	221	221	221	221	221	10%
<b>CNES - Recursos Físicos - Equipamentos – Em Uso – Hospital 2</b>								
Equipamento	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação (entre 2011 e 2017)
Equipamentos de diagnóstico por imagem	6	6	6	6	6	6	4	-33%
Equipamentos de infraestrutura	1	1	1	1	1	1	1	0%
Equipamentos de odontologia	1	1	1	1	1	1	1	0%
Equipamentos para manutenção da vida	76	76	76	76	76	76	76	0%
Equipamentos por métodos gráficos	2	2	2	2	2	2	2	0%
Equipamentos por métodos ópticos	3	3	3	3	3	3	3	0%
Total	89	89	89	89	89	89	87	-2%

\* Valores referentes ao mês de janeiro.

**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Consulta em 28/05/2018.

Não há uma variação percentual significativa para os hospitais em termos de aquisição de equipamentos, embora o Hospital 1 apresente um aumento de 10% entre 2011 e 2017 e o Hospital 2, por sua vez, apresente uma pequena variação negativa de -2% (relacionado a equipamentos de diagnóstico por imagem). Nesse sentido, é possível afirmar há uma estabilidade nos hospitais quanto à infraestrutura. O posicionamento dos atores 1 e 2, contudo, novamente não apontam para uma relação entre estes elementos e a contratualização. Ao contrário, mencionam outros Programas do SUS para aquisição dos equipamentos e sobretudo a utilização de emendas parlamentares. O dirigente do HF1 enfatiza a importância do SUS para a

aquisição e manutenção desses equipamentos, creditando a este sistema a manutenção na infraestrutura do hospital, como segue em sua fala:

(...) este financiamento normalmente para aquisição de equipamentos no hospital, elas ocorre por emenda parlamentar, sempre pelo custo do SUS e por isto que os hospitais do interior, principalmente as pessoas ficam falando que o SUS, para parar de produzir pelo SUS, porque dá prejuízo (...) mas quem equipa, quem constrói, quem investe no hospital é o SUS, com emenda parlamentar (ENTREVISTA ATOR 2).

Já na avaliação da dirigente do HF 2, percebe-se uma crítica explícita ao financiamento repassado pelo atual modelo de contrato. Em sua fala, já citada anteriormente, ela aponta para a limitação financeira advinda do contrato, o qual seria suficiente apenas para o pagamento dos serviços de profissionais de saúde.

Os dados disponíveis no CNES corroboram, em alguma medida, os diagnósticos apresentados pelos atores 3 e 6. Há variação negativa, entre 2011 e 2017, no número total de profissionais em ambos os hospitais, embora não seja possível identificar o(s) fator(es) que tenham causado tal diminuição, podendo derivar tanto da reestruturação do modelo de contrato, a partir de 2013, como da má gestão interna ou de fatores conjunturais externos, particularmente a partir de 2015, não cabendo à extensão desse estudo a análise específica desse fenômeno. As variações relativas aos equipamentos, por sua vez, não são significativas e apontam para uma estabilidade na infraestrutura material dos hospitais.

Portanto, no que se refere ao aprimoramento gerencial dos hospitais, embora os dirigentes entrevistados avaliem o PCRHF positivamente, não há indícios de melhorias nos elementos estruturais, nem nas atividades de gestão.

### **5.2.3. Assistência**

O eixo de Assistência é de suma importância para a compreensão do Programa de Contratualização e sua relação com as ações e percepções dos atores no que se refere a elementos primordiais para a manutenção da função última de um hospital público ou filantrópico: prestar assistência média à população nacional ou, em nossa unidade de análise, à população de Viçosa (MG). Para empreender essa análise, são explorados elementos de assistência, tais como a demanda de pacientes pelo SUS,

demandas de urgência, a oferta quantitativa de leitos, ações voltadas à humanização do atendimento, existência de protocolos clínicos, auditorias e comitês de ética (BRASIL, 2004).

Sobre os primeiros elementos mencionados acima, de acordo com as respostas das entrevistas dos atores 1 e 2, respectivamente referentes aos Hospitais 1 e 2, a lógica assistencial dos hospitais organiza-se da seguinte maneira:

**Quadro 3:** Presença de elementos de Assistência (pacientes, leitos e demandas de urgência) nos Hospitais

Hospitais	Elementos de assistência					
	Demanda de pacientes do SUS	Oferta de leitos	Atende (todas) demandas de urgências	Atende demandas da SMS**	Recusa de pacientes	Ações voltadas à humanização
Hospital 1	Aumentou	NR*	Não	Sim	Não	Não
Hospital 2	Aumentou	Aumentou	Sim	Sim	Sim	Não

\* Não respondeu.  
 \*\* Secretaria Municipal de Saúde.

**Fonte:** Dados de campo, 2018.

Nesse sentido, é consenso que a demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos para ambas as instituições aqui analisadas. Sobre esse aumento, são apontadas diversas explicações pelos atores entrevistados, desde mudança na lógica demográfica do município à transferência de pacientes de um hospital para outro. Na avaliação do Ator 1, esse aumento se dá tanto pela lógica demográfica como pelo aumento da violência. Em seu discurso, contudo, emerge uma crítica à lógica política de saúde do município e da microrregião, argumentando que há uma carência de investimento em atenção básica/primária de saúde, o que acarreta na transferência de pacientes para os hospitais.

(...) a demanda do SUS aumentou, aumentou a população seguindo da violência, seja ela de trânsito, seja ela de violência de crime e tal, a mudança do perfil demográfico da população, a população estar envelhecendo, tá certo, e vou te falar o seguinte: é a falta de atenção básica nos municípios que envolve a microrregião de Viçosa, atenção primária, é aquela historia que a partir que você melhora um pouco a porta de entrada, cria mais gente, cria mais demanda em Viçosa (ENTREVISTA ATOR 1).

Emerge, nesse sentido, um conflito entre as instâncias de saúde, particularmente em suas demandas assistenciais, já que a transferência de pacientes do SUS para os hospitais deriva da falta de atenção para com instituições primárias de saúde, como postos presentes em bairros. Nos apontamentos do Ator 2, por sua vez, a explicação para esse aumento não está localizada na transferência de instituições primárias para os hospitais, mas transferências entre os próprios hospitais, deslocando a instância de conflito para relações entre o Hospital 1 e 2.

Sobre esse aumento na demanda de pacientes, o ator 3 propõe uma explicação distinta daquelas dadas pelos atores anteriores. Em sua concepção, o aumento deve-se a um aumento em serviços de vigilância, os quais estão relacionados ao Programa de Contratualização. Os hospitais foram obrigados a fazer registro dos óbitos a cada final de semana, o que incorreu em um aumento no registro de dados de vigilância. Em uma de suas expressões: “quando a gente fala de aumento da contratualização, tudo se aumenta” (ENTREVISTA ATOR 3).

Por sua vez, o ator 6 conjuga os fatores dados pelos atores anteriores, articulando elementos demográficos, contratuais, evolução assistencial, articulando o aumento nos serviços oferecidos pelo SUS com a dinâmica demográfica do país, que tem se modificado nos últimos anos.

(...) não posso dizer que seja este aumento estar relacionado com a contratualização na qual estamos tratando aqui, né, mas existe todas estas coisas, nós temos uma população flutuante grande, né, e estes serviços todos que estão aumentando, a questão do SUS tem a ver com a saúde suplementar, porque as pessoas estão saído da saúde suplementar para serem atendidos pelo sistema único de saúde, teve a demanda sim, sem dúvida e é assim no Brasil todo. Todos os setores teve crescimento demográfico populacional, só aí já justifica, e Viçosa é uma cidade de franco progresso (ENTREVISTA ATOR 6).

Esse aumento na demanda de pacientes do SUS relaciona-se diretamente à oferta de leitos, os quais se configuram por serem leitos hospitalares SUS ou Não SUS, segundo classificação presente no CNES. Sobre o número de leitos, os atores afirmam que as instituições seguem com o mesmo número de leitos SUS, tendo aumento em leitos particulares. Sobre esse elemento de assistência, é possível fazer uma verificação precisa a partir de dados disponíveis no CNES. Para os Hospitais 1 e 2 nos últimos 7 anos, o quantitativo de leitos de internação SUS e Não SUS

configurou-se da seguinte maneira:

**Tabela 3:** Recursos Físicos Hospitalares com especialidade cirúrgica, clínica, obstetrícia e pediátrica em relação a leitos de internação SUS e não SUS no período entre 2011 e 2017 no Hospital 1

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação SUS</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Varição (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	16	27	27	24	20	20	25	56,3%
Clínicos	27	23	23	25	31	31	32	18,5%
Obstétrico	1	1	1	1	0	0	0	-100,0%
Pediátrico	12	9	9	4	4	4	4	-66,7%
Total	56	60	60	54	55	55	61	8,9%
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Não SUS</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Varição (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	17	16	16	19	19	19	21	23,5%
Clínicos	18	17	17	15	18	18	18	0,0%
Obstétrico	0	0	0	0	0	0	0	...
Pediátrico	2	2	2	7	0	0	0	-100,0%
Total	37	35	35	41	37	37	39	5,4%
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Total</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Varição (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	33	43	43	43	43	39	39	18,18%
Clínicos	45	40	40	40	40	49	49	8,9%
Obstétrico	1	1	1	1	1	0	0	-100,0%
Pediátrico	14	11	11	11	11	4	4	-71,43%
Total	93	95	95	95	92	92	100	7,53%

\* Valores referentes ao mês de janeiro.

**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Consulta em 28/05/2018.

**Tabela 4:** Recursos Físicos Hospitalares com especialidade cirúrgica, clínica, obstetrícia e pediátrica em relação a leitos de internação SUS e não SUS no período entre 2011 e 2017 no Hospital 2

<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação SUS</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	15	16	16	16	16	16	13	-13,3%
Clínicos	15	21	21	21	21	21	21	40,0%
Obstétrico	12	13	13	13	13	13	13	8,3%
Pediátrico	12	8	8	8	8	8	9	-25,0%
Total	54	58	58	58	58	58	56	3,7%
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Não SUS</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	8	7	7	7	7	7	14	75,0%
Clínicos	10	10	10	10	10	10	16	60,0%
Obstétrico	8	7	7	7	7	7	8	0,0%
Pediátrico	5	6	6	6	6	6	2	-60,0%
Total	31	30	30	30	30	30	40	29,03%
<b>CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação Total</b>								
Especialidade	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	Variação (entre 2011 e 2017)
Cirúrgicos	23	23	23	23	23	23	23	0,00%
Clínicos	25	31	31	31	31	31	31	24,0%
Obstétrico	20	20	20	20	20	20	20	0,0%
Pediátrico	17	14	14	14	14	14	14	-17,65%
Total	85	88	88	88	88	88	96	12,94%

\* Valores referentes ao mês de janeiro.

**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Consulta em 28/05/2018.

Em termos percentuais, a variação no número de leitos totais de internação é pequena, mas positiva para as duas categorias (SUS e Não SUS) em ambos os hospitais, respectivamente 7,53% e 12,94%, o que confirma, de maneira geral, a percepção dos atores a respeito da permanência do número de leitos nos últimos anos. Quanto ao Hospital 1, a variação para leitos SUS (8,9%) é maior do que para leitos Não SUS (5,4%); para o Hospital 2, por sua vez, a lógica é invertida. A variação para leitos SUS (3,7%) é substancialmente menor do que leitos Não SUS (29,03%), confirmando o diagnóstico feito pelo Ator referente à distribuição de leitos nos últimos anos. Há um aumento substancial de leitos Não SUS em relação a leitos SUS, resultado que

confirma o panorama apresentado pelos atores a respeito do aumento na demanda de pacientes do SUS e a permanência no número de leitos. Outra importante fonte de recursos para os HF são os planos de saúde. Conforme os quadros acima apresentados, percebe-se que o financiamento do SUS e o não SUS, em termos de leitos disponíveis, apontam para a influência do financiamento, assim como identificado por Neves, Ferreira e Tonelli (2017).

Um dado que chama a atenção, na comparação hospitais 1 e 2, é a diminuição dos leitos SUS e Não SUS obstétricos, a partir de 2015. Esse fato é explicado pela baixa resolutividade do hospital 1, onde todas as atividades do segmento foram transferidas para o hospital 2. Portanto, a partir de 2015, apenas o hospital 2 atende as demandas obstetrícias e neonatal.

Quanto à presença de protocolos clínicos, ouvidoria e comitê de ética, não houve uma construção discursiva dos atores no que se refere às implicações de sua presença ou ausência, apresentando uma configuração relativamente simples quanto a tais elementos, como expõe o quadro a seguir:

**Quadro 4:** Presença de elementos de Assistência (protocolos, ouvidoria, comitê) nos Hospitais segundo os Atores 1 e 2

Hospitais	Elementos de assistência		
	Protocolos clínicos	Ouvidoria	Comitê de ética
Hospital 1	Sim	Sim	Sim
Hospital 2	Sim	Sim	Sim

**Fonte:** Dados de campo, 2018.

Por outro lado, em relação à percepção dos atores sobre implicações do Programa de Contratualização nos Hospitais no que se refere aos elementos de assistência, há uma multiplicidade de posicionamentos.

Sobre as implicações do PCRHF à integração tanto com a rede de atenção à saúde como às políticas prioritárias do SUS, de acordo com Lima (2009, p. 130), os mecanismos de inserção na rede consideram como indicativo da inserção a “disponibilização de procedimentos - leitos gerais e intensivos, consultas

especializadas de primeira vez e exames laboratoriais e de imagem - através de algum mecanismo formal para a secretaria de saúde”. Nos hospitais pesquisados esses mecanismos já eram praticados antes do PCRHF. Assim como a disponibilidade de procedimentos, os serviços de urgência e emergência também já eram ofertados antes do PCRHF. Nesse sentido, a inserção na rede já acontecia e não sofreu alteração após a contratualização.

Entretanto, o ator 1 expõe a falta de atenção à saúde primária mobilizando uma crítica à prefeitura, às ações do governo municipal no que se refere aos elementos assistenciais e, conseqüentemente, na implementação efetiva do contrato enquanto integração das instituições de saúde municipais. Sua crítica articula elementos de gestão e de assistência, atribuindo um erro na ação dos gestores políticos, particularmente quanto à sua contribuição para a integração da rede de saúde.

Já os atores 3 e 6 situam a integração dessa rede em relação à contratualização entre hospital e município, apontando a diferença entre o contrato e o plano diretor regional, ou seja, da relação entre hospital, município e região, e a constituição dessa rede. Nesse sentido, a efetividade assistencial de um hospital não está relacionada apenas à contratualização, mas a diversos outros fatores, embora aquela seja um incentivador.

(...) vou dizer o que te falei, ele conseguiu organizar, mas em relação à assistência ele acaba diminuindo, quando você fala de vigilância, você fala em tudo, ele traz sim um envolvimento maior, nós temos aqui agora um exemplo da febre amarela, dois casos de febre amarela de morte, praticamente com atendimento firmado no município de Viçosa, sendo que outros municípios com a mesma proporção tiveram dez, doze, houve uma interligação muito forte, mas não é a contratualização que faz isto, é um serviço de um todo, neste a vigilância de saúde que foi institucionalizada, né, a contratualização também ajuda (ENTREVISTA ATOR 3).

O Ator 6, por sua vez, situa a dimensão da integração em aspectos mais técnicos e descritivos, demonstrando a importância de formação dessa rede e o quanto a contratualização pode contribuir para tal:

(...) a contratualização é baseado no POA, né. Então o que acontece nesse sentido é o que a gente tem referenciado. Os hospitais, através da contratualização e a contra referência, à medida que os pacientes tem alta vão para os seus municípios e dão continuidade ao tratamento e o que a gente busca no SUS é a formação de uma rede, porque você tem, por exemplo, os hospitais, tem estas cidades que contratualizam através da PPI

conosco junto, estas cidades tem às vezes um postinho só de atendimento, eles só tem atenção básica e PSF, eles [utilizam serviços] através da gente, mas estas cidades são somente da atenção básica (ENTREVISTA ATOR 6).

O posicionamento do Ator 6 traz à tona sua percepção geral sobre a contratualização, seu caráter enquanto instrumento/ferramenta de gestão e de assistência entre os hospitais, a prefeitura e outras instâncias políticas. Se bem aplicado, o Programa de Contratualização promove, junto a outros fatores, todos os elementos mencionados anteriormente.

Foi possível verificar um consenso entre os atores de que há um aumento na demanda de pacientes do SUS nos últimos anos, nas duas instituições de saúde aqui analisadas; ao passo que, em relação à oferta de leitos, não há um crescimento proporcional ao aumento da demanda de pacientes, diagnóstico confirmado tanto pelos atores quanto pelos dados disponíveis no CNES, os quais indicam um tímido crescimento no quantitativo total de leitos de ambos os hospitais, apresentando, contudo, um aumento percentual substancial (29,03%, tabela 4) nos últimos 7 anos em leitos Não SUS no Hospital 2, o que indica um panorama inversamente proporcional ao aumento da demanda de pacientes. Se, por um lado, não são apresentados problemas relacionados ao atendimento de urgências e emergências em ambas as instituições, nenhuma delas promove ações humanitárias sistemáticas (incentivadas pelo Programa de Contratualização) no atendimento de pacientes.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Programa de contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS está relacionado à ideia de que o Ministério da Saúde, por si só, não consegue responder à complexidade das demandas sociais no âmbito da saúde e promover os serviços demandados. Para sanar essa carência parcerias são formadas com os hospitais filantrópicos para que se possam atingir melhores resultados para a população, especialmente em cidades do interior, onde os HF são extremamente importantes e às vezes os únicos a atenderem os procedimentos de média e alta complexidade. Essa associação MS e HF, geralmente, é realizada com base na compra de serviços, que envolve a transferência da prestação de serviços que

previamente estavam sob a responsabilidade da esfera pública para agentes privados.

O PCRHF se difere da contratação clássica ao estabelecer metas quantitativas e qualitativas de desempenho baseadas num plano operativo anual (POA) e especificando a durabilidade desse contrato em 5 anos com renovação mediante documentos que comprovem a regularidades das entidades filantrópicas. O contrato estabelece também o nível e as especialidades de serviços esperados da entidade contratada.

Um elemento importante para a adesão ao programa de contratualização são o conjunto de incentivos embutidos no programa. O Incentivo a Contratualização (IAC) e a mudança na forma de repasse de recursos para os hospitais constituíram um poderoso elemento para a formalização do contrato.

Viçosa – MG é uma cidade de médio porte e ambos os hospitais do município são de fins filantrópicos. A assistência à população é muito anterior ao PCRHF e este é um importante mecanismo para minimizar os problemas financeiros dos hospitais e promover maior integralidade do cuidado à saúde. Para a consecução desse objetivo, é imprescindível a estruturação e condução de uma rede integrada de serviços que requer o fortalecimento da capacidade técnica e política dos gestores do SUS e a adoção de instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde.

O programa de contratualização objetiva que a entidade alcance determinadas metas previamente acordadas e se tornou uma estratégia do governo para reestruturar os sistemas de saúde, definindo assim compromissos mútuos.

Sendo assim, buscou-se com o presente trabalho identificar os resultados do PCRHF na percepção dos dirigentes dos hospitais, do secretário de saúde do município, do gestor regional e de membro do conselho de acompanhamento, nos seus três eixos norteadores: gestão, assistência e instrumentos da contrato. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva com abordagem qualitativa por meio de estudo de caso. A descrição dos resultados se deram com base na análise de conteúdo das entrevistas relacionado-as com documentos legais e dados disponíveis na base de dados do

CNES.

Foram analisados os dois hospitais de Viçosa – MG, a saber Hospital São Sebastiao e Hospital São João Batista. Em relação os entrevistados estes foram selecionados pelos cargos estratégicos que ocupam. Todos os selecionados participaram da pesquisa. Após a análise do conteúdo das entrevistas, foi mantido as categorias iniciais de gestão, assistência e instrumentos de contrato. Foi acrescida a categoria implementação. Na categoria gestão foi feita a subcategorização em elementos de gestão, infraestrutura e profissionais. Na categoria assistência foi feita a subcategorização em elementos de assistência, oferta de leitos e recursos físicos. Na categoria instrumentos de contrato foi feita a subcategorização em financiamento e comissão de acompanhamento.

Nos hospitais pesquisados observa-se que o principal resultado dos contratos de gestão foi a mudança no perfil de financiamento. Foram apontados benefícios também nos campos da inserção na rede e qualificação da gestão. Entretanto na qualificação da assistência não é perceptível mudanças.

Apesar da maior integração dos hospitais na rede e do incremento de produção dos procedimentos de média e alta complexidade ainda há gargalos na oferta dos mesmos como a coordenação entre as unidades componentes da rede de atenção, assegurando a integração entre seus diferentes pontos de atenção (hospital, ambulatório de atenção básica e especializada, etc) e entre os diferentes pontos de atenção no interior de uma mesma unidade (emergência, internação, etc.).

Com relação ao quadro de profissionais que atuam nos hospitais, percebe-se a insuficiência de recursos humanos para cumprimento da proposta do modelo de assistência e a falta de recursos e de interesse dos hospitais para a qualificação destes. A falta de incentivo à humanização das relações entre profissionais e pacientes também preocupante.

O conflito entre as instituições de saúde e a instância municipal, particularmente nos Instrumentos de Contrato, pode ser revertido e/ou modificado, garantindo, desse modo, um prosseguimento adequado segundo os objetivos do Programa de

Contratualização e, conseqüentemente, às políticas públicas de saúde existentes no município.

Quanto ao objetivo geral deste trabalho, não é possível afirmar que a contratualização melhora a gestão, a assistência, a inserção do hospital na rede e o desempenho dos hospitais, pois muitos outros elementos influenciam a atuação dos hospitais, principalmente os recursos advindos de outras fontes. Porém, é preciso reconhecer, que nos ambientes estudados, a contratualização trouxe maior segurança financeira. A contratualização na percepção dos dirigentes dos hospitais não parece ter ocasionado grandes modificações na gestão e na assistência, inclusive, alegam que não houve alteração de disponibilização de procedimentos dos hospitais para as secretarias após a contratualização.

A contratualização demandou dos hospitais a instauração ou melhoria dos mecanismos de prestação de contas, como as avaliações das comissões de acompanhamento e dos conselhos gestores, e também a melhoria dos sistemas de ouvidorias. Conforme apontado, um dos principais desafios de avaliação do programa, ainda é a falta de Feedback das metas alcançadas.

Em relação aos pontos de aperfeiçoamento do Programa, se destacam as dificuldades enfrentadas na implementação do contrato, tais como o conhecimento e habilidade para lidar com a lógica contratual, tanto por parte da secretária quanto dos hospitais. Outro elemento é a prestação de contas e acompanhamento da comissão de avaliação, que devido a falta de regularidade de reuniões incide em financiamento inadequado à operacionalização dos hospitais. A dificuldade de acompanhamento do POA resulta na inadequação e incompletude da estrutura de incentivos. Essas dificuldades estão mais relacionadas a questões regionais do que necessariamente ao programa de contratualização.

A melhoria de desempenho dos sistemas de saúde e dos hospitais públicos através de arranjos contratuais e incentivos permanece sendo uma questão importante, mas não facilmente gerenciada e controlada. Deve-se sublinhar que o arranjo contratual não passa de um instrumento a serviço de uma política de saúde, incluindo a política hospitalar que articule missão e papel dos hospitais frente às demandas de saúde da

população. Os contratos não substituem ou suplantam a ausência e/ou deficiência da referida política e também não devem se reduzir a meros instrumentos de contenção de custos.

Assim como apontado por outros estudos, o sucesso da contratualização é influenciado pela profissionalização dos responsáveis pela elaboração e acompanhamento dos contratos, internamente e externamente aos hospitais. Nesse sentido, o papel da comissão de acompanhamento é extremamente importante, pois são os responsáveis pelas avaliações dos resultados da política. Internamente é preciso que todos os segmentos de profissionais entendam a importância da contratualização e atuem no sentido de cumprir as metas.

O eixo assistência, portanto, releva uma multiplicidade de elementos que tornam sua análise mais complexa em relação aos outros eixos. Foi possível verificar, contudo, que os entrevistados, em sua maioria, possuem uma percepção convergente no que concerne ao aumento da demanda de pacientes do SUS nos últimos anos nas duas instituições de saúde. Entretanto, a oferta de leitos permaneceu praticamente estável, diagnóstico confirmado tanto pelos relatos dos entrevistados quanto pelos dados disponíveis no CNES (2018). Sobre as implicações do Programa na integração de redes de atenção à saúde e de outras políticas prioritárias do SUS, os entrevistados consideram que o Programa promove a integração gerencial das partes entre a Secretaria Municipal de Saúde e os hospitais, mas com a ressalva de que essa integração nem sempre se dá de modo eficaz e nem se promove apenas pelo Programa, mas por uma multiplicidade de fatores assistenciais e de gestão.

Nesse sentido, foi possível identificar, através das percepções sobre o contrato e sobre os eixos que orientam a estrutura do Programa, convergências e divergências, as quais estão diretamente relacionadas à posição/instâncias e instituições representadas pelos entrevistados no espaço social. Tal fato demarca o caráter político (*status*, interesses, conflitos) das ações em torno de políticas públicas, elementos que são particularmente “captados” em uma abordagem qualitativa.

Uma sugestão para sanar essa defasagem situa-se no apoio ao desenvolvimento gerencial do hospital e da secretaria, em especial ao processo de aperfeiçoamento de

elaboração do POA, de seu monitoramento e avaliação, e ainda na melhoria, por parte da secretária, do aperfeiçoamento dos mecanismos de inserção do hospital na rede. Outro elemento importante a ser considerado é a melhoria das práticas de prestação de contas, além do compartilhamento das experiências de contratualização, considerando que há hospitais onde esse processo é melhor trabalhado.

Este trabalho contribui, do ponto de vista acadêmico, para o desenvolvimento de estudo na área de políticas públicas e para a avaliação de programas de governo a partir da percepção dos atores nele envolvidos. Além disso, acrescenta ao arcabouço teórico na área do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Há uma necessidade prática de que a política pública de saúde ofereça respostas e aprimore este segmento da rede de atenção à saúde. Portanto, este estudo apresenta relevância acadêmica, institucional e social ao contribuir com o aprimoramento da construção do conhecimento nas áreas de Administração Pública, Políticas Públicas e Saúde Pública. Ademais, colabora com as discussões acerca da assistência à saúde e das reformas administrativas, diante de sua importância e essencialidade para a maioria da população e para o bem-estar geral da sociedade.

Como fator limitante desta pesquisa, destaca-se o fato dos cargos serem políticos, conseqüentemente havendo constantes mudanças dos atores, pois os cargos são de livre nomeação e exoneração, o que faz com que tenham pouco interesse e contato com as cláusulas contratuais. Outro fator é a dificuldade de acesso a alguns dos atores, que devido ao cargo político e o excesso de compromissos, adiaram várias vezes a entrevista.

Por fim, esta dissertação teve como objetivo contribuir com discussões sobre as avaliações de políticas públicas na área de saúde e não esgota o assunto. Para trabalhos futuros, recomenda-se avaliar e comparar os resultados da contratualização em hospitais públicos, filantrópicos e de ensino.

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. **Contracting Public Health Care Services in Latin America, The World Bank Draft**, 1999.

BANTA, H. D. Future health care technology and the hospital. **Health Policy**, v. 14, n. 1, p. 61-73, jan.-fev. 1990.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia do ciclo na análise de políticas Públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas públicas de saúde**, 2011, p. 138-172. Online. Disponível em: [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5): 2483-2495, 2010.

BARBOSA, P. R. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**. Rio de Janeiro, 37 (2): 265-283, Mar/Abr 2003.

BARBOSA, P. R. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 38 (6): 811-818, 2004.

BARDACH, Eugene. *The implementation game; what happens after a bill beames a law*. Cambridge, Mass., The MIT Press, 1977.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011

BARROS, Aidil; LEHFELD, Neide. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo. Prentice-Hall, 2007.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. Resolve aprovar preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, na forma deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS SUS 01/2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas**. Brasília: Editora MS, 2012.

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

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

BUSS, P. M. O SUS e a reforma do Estado. **Revista Tema – Programa Radis**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, n. 14, jun. 1995.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. São Paulo, n. 6, 1º semestre de 2006. P. 25-52.

CAVALCANTE, A. P. Contratualização da rede hospitalar SUS. In: CONGRESSO FEHOSP, 21., 2012. **Anais...** [S.l. : s.n.t.], 2012.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica nº 13/06**. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS, 2006. v. 4.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 24/2013**: Política Nacional de Atenção Hospitalar. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2024-2013%20PNOHOSP%20vf.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

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.

COTTA, T. C. Metodologia de avaliação de programas e projetos sociais de resultados de impactos. **Revista do Serviço Público**, v. 2, abr./jun. 1998.

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. **Revista Sociologia Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez-2013.

DALTRO, E. F. M. A. **Contratualização e desempenho hospitalar**: uma análise aplicada aos hospitais filantrópicos do Estado da Bahia. 2013. 86 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

DEUBEL, A. N. R. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas publicas: ¿de la razón científica al arte retórico? **Estudios Políticos**. Medellín, nº 33, Jul/Dez, 2008, p. 67-91.

DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1992.

FALSARELLA, Ana Maria. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 20, n. 3, p. 703-715, Nov. 2015.

FERNANDEZ, A. **Las Políticas Púbricas**. In: BADIA, M. C.(Org.) Manual de ciência política. 1. ed. Madrid: Tecnos, 1996. cap. 4.

FIALHO, Abreu. Conferência: Organização higienica do Ensino. Hygiene do trabalho mental. Hygiene das férias. In: **Annaes do 5º Congresso Brasileiro de Hygiene**. Vol. I. Rio de Janeiro: Oficinas Graphicas da Inspectoria de Demographia Sanitaria, p. 55-68, 1930.

FIGUERAS, J; ROBINSON, R. J.; JAKUBOWSKI. E. (eds). **Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series**, Open University Press, England, 2005

FLEURY, Sonia; OUVENERY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia; Et. Al. (Orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. [Online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008, p. 25-58.

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

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º Edição. Editora Atlas. São Paulo. 2008

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, abr. 1995.

GONÇALVES, E.L. – **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo, Pioneira, 1983.

LASWELL, H.D. **The decision process**: seven categories of functional analysis. College Park: University of Maryland, 1936.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2012.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. “Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro”. Rio de Janeiro, RJ. 2009. **Tese de Doutorado**. Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. 2009.

LOWI, T. J. American business, public policy, case studies, and political theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, mar. 1964. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/2009452?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2009452?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 27 jan. 2018.

LOWI, T. J. Four systems of policy politics and choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, jul./aug. 1972. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/974990?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/974990?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acesso em: 27 jan. 2018.

MACHADO, Renato Carlos; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP. Espaço para a saúde – **Revista de saúde pública do Paraná**: Londrina, v. 18, n. 1, p. 81-89, 2017.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: **Atlas**, 1996.

MARTINO JÚNIOR, R. Gestão administrativa e eficiência dos gastos públicos: estudo de caso dos municípios da microrregião Leste-Sul – MG. 2011. 162 f. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2011.

MATTOS, P. L. C. L. de. “Os resultados desta pesquisa (qualitativa) não podem ser generalizados”: pondo os pingos nos is de tal ressalva. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. especial, p. 450-468, jul. 2011.

MÉNY, I.; THOENIG, J. C. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

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

MINAYO, M. C. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. In: MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 3, p. 244, 2010.

MUNIZ, R. M. **Relaciones intergubernamentales y política de médio ambiente em Brasil: um enfoque de gestión intergubernamental**. 1997. 213f. Tese Doutorado Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1997.

NEVES, César Augusto; FERREIRA, Patrícia Aparecida; TONELLI, Dany Flávio. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento. **XX SEMEAD: Seminários em Administração**, ISSN 2177-3866, novembro de 2017.

NUNES, E. Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

ORTIGA, A. M. B. **Efeitos da Municipalização no acesso e na Integralidade dos Serviços de Saúde**, Blumenau, SC. 1994 - 1998. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Saúde Pública. UFCS. 1999.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. **Fiocruz**, v. 3, p. 143-182, 2013.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

PERDICARES, Priscilla Reinisch. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração direta no Estado de São Paulo**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo. São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2012.

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival. Hospitais filantrópicos e sua relação com o sistema de saúde brasileiro: dependência e limites para a expansão da rede pública de serviços de saúde. **Anais...** In: I Seminário de Políticas Públicas e Desenvolvimento territorial, Araraquara-SP, 2017.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: CUT Annablume, 1998.

PORTELA, M. C. et al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 79-98, mar.-abr. 2000.

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

REZENDE, E. J. C. *et al.* Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Revista Panamericana De Salud Pública**, v. 28, n. 1, 2011.

RODRIGUES, Thais Ferreira. **Cidadania, desigualdade social e política sanitária no Brasil**. Curitiba, PR: Appris, 2016.

SEABRA, S. N. A nova administração pública e mudanças organizacionais. **Rev. Adm. Pública**. v. 35, n. 4, p. 19-43, Rio de Janeiro, jul./ago., 2001.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rev. Adm. Pública**. v. 43, n. 2, p. 347-369, Rio de Janeiro, mar./abr.2009.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº 16, Jul/Dez, p. 20-45, 2006.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SPIGOLON, J. L. **Alguém contra a portaria do IAC**. FEMIPA, 2013. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/blog/2013/09/alguem-contra-a-portaria-do-iac>>. Acesso em: 8 set. 2017.

SUBIRATS, J. Análisis de políticas públicas y eficacia de La Administración. Madrid: Ministério para las Administraciones Públicas, 1992. **La puesta em practica de las políticas públicas**, p. 101-123.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP- Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 3, p. 529-50, mai./jun. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: **Atlas**, 1987.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

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

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do início ao fim**. Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva, Porto Alegre: Penso. 2016.

## APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA

<b>Atores 1 e 2: Diretores das unidades hospitalares analisadas</b>
<b>Informações Gerais</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Qual o seu cargo?</li><li>2. Há quanto tempo trabalha nesta função?</li><li>3. Antes de assumir o seu cargo atual já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Onde trabalhou?</li><li>4. Qual a sua formação?</li><li>5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?</li><li>6. Como você definiria este programa?</li></ol>
<b>Instrumentos do Contrato</b> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato?</li><li>8. Há reuniões regulares entre os membros da comissão?</li><li>9. Você acredita que estas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?</li><li>10. Você conhece o plano operativo anual do hospital?</li><li>11. Qual a data do último plano operativo? Com que frequência ele é feito?</li><li>12. Qual a data do último contrato? Com que frequência ele é renovado?</li><li>13. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Por quê?</li><li>14. Você acredita que os interesses dos governos municipal e estadual e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?</li><li>15. Há conflitos de interesse ou há unanimidade entre as decisões da comissão?</li><li>16. 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?</li><li>17. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental etc.)? Por quê?</li></ol>
<b>Gestão</b> <ol style="list-style-type: none"><li>18. O hospital possui controle administrativo e financeiro de suas atividades</li></ol>

(almoxxarifado, 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 devido a alguma influência da nova forma de contratualização com o SUS? Há exigências de um melhor controle administrativo e financeiro das atividades do hospital por causa da nova forma de contratualização do SUS?
20. O hospital passou a adotar alguma estratégia administrativa para controle de custos e, ou, para melhoria da eficiência nos últimos anos? Explique sucintamente.
21. O número de profissionais administrativos aumentou nos últimos anos? Por quê?
22. 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?
23. Como você avalia as condições de infraestrutura do hospital para as atividades administrativas (móveis, equipamentos, softwares...)? Houve melhoria nos últimos anos? Como essa melhoria tem sido financiada?
24. O hospital possui plano diretor? E comissão de avaliação, comitê gestor ou equivalente? O hospital possui setor de auditoria?

### **Assistência**

25. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos?
26. A que se deve esse 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.)
27. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos?
28. Quais os determinantes dessa expansão ou retração?
29. Estão sendo disponibilizados recursos financeiros que possibilitam essa alteração de capacidade instalada?
30. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência?

31.O hospital consegue atender a todas as demandas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde?

**Ator 3: Representante da Secretaria Municipal de Saúde – Gestor Local do SUS**

**Informações Gerais**

1. Qual o seu cargo?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o seu cargo atual já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Onde trabalhou?
4. Qual a sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Como você definiria este programa?

**Instrumentos do Contrato**

7. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
8. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Os demais integrantes da comissão são assíduos e pontuais? Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
9. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
10. Você acredita que essas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
11. Qual a data do último contrato? Com que frequência ele é renovado e assinado?
12. A comissão de acompanhamento debate essas metas e a pertinência de cada uma?
13. Você concorda com as metas e os percentuais definidos? Por quê?
14. Como você qualifica a participação dos demais integrantes da comissão de acompanhamento?
15. Você acredita que os interesses do hospital, do governo estadual e dos governos municipais da região e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
16. Há conflitos de interesse ou há unanimidade entre as decisões da comissão?

17. Você sente falta de algum tipo de representação no conselho (algum setor, categoria profissional, nível governamental etc.)? Por quê?

### **Gestão**

18. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?

19. Acredita que essas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?

20. Como o(s) hospital(is) do município é(são) pago(s) pelos serviços prestados ao SUS?

21. Você acredita que o hospital passa por dificuldades financeiras? A que ou a quem você atribui esse problema?

22. O pagamento é realizado dentro dos prazos e das condições estipuladas pelo contrato?

### **Assistência**

23. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve esse 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?

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. 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?

28. 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?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o seu cargo atual já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Onde trabalhou?
4. Qual a sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Como você definiria este programa?

**Instrumentos do Contrato**

7. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
8. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência?
9. Quem agenda e convoca os membros, por qual meio e com que antecedência?
10. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
11. Você acredita que essas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
12. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
13. 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?
14. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas nas reuniões?
15. Há conflitos de interesse ou há unanimidade entre as decisões da comissão?
16. 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?

**Gestão**

17. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
18. Você acredita que essas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?

**Assistência**

19. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve esse 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 dessa expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam essa 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? Por quê?
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. 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?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?

3. Antes de assumir o seu cargo atual já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Onde trabalhou?
4. Qual a sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
6. Como você definiria este programa?

### **Instrumentos do Contrato**

7. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
8. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência?
9. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
10. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas nas reuniões?
11. Há conflitos de interesse ou há unanimidade entre as decisões da comissão?
12. 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?
13. Acredita que os interesses do hospital, dos governos municipais e dos usuários do SUS estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
14. Você acredita que essas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
15. Você conhece o plano operativo anual do hospital?

### **Gestão**

16. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?
17. Você consegue perceber alguma alteração na forma de **gestão** hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
18. Acredita que essas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?
19. De maneira geral, você acredita que o programa trouxe mais benefícios ou mais prejuízos para os hospitais?

**Assistência**

20. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos? A que se deve esse 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.?
21. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos? Para maior ou para menor? Quais os determinantes dessa expansão ou retração? Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam essa alteração de capacidade instalada?
22. 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?
23. 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?
24. 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?
2. Há quanto tempo trabalha nesta função?
3. Antes de assumir o seu cargo atual já tinha alguma experiência anterior na área de saúde pública? Onde trabalhou?
4. Qual a sua formação?
5. Você conhece o Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS?

6. Como você definiria este programa?

### **Instrumentos do Contrato**

7. Você faz parte da Comissão de Acompanhamento do contrato? Há quanto tempo?
8. Há reuniões regulares entre os membros da comissão? Com qual frequência?
9. Quem agenda e convoca os membros, por qual meio e com que antecedência?
10. Descreva a rotina das reuniões: onde acontece, quem participa, o que é discutido, de que forma...
11. São escritas e aprovadas pelos membros as atas das reuniões? Você recebe cópia?
12. Você acredita que essas reuniões são produtivas e contribuem para a melhoria do atendimento hospitalar?
13. Você conhece o plano operativo anual do hospital?
14. Você acredita que os interesses do hospital, dos governos estadual e municipal estão sendo considerados e defendidos pelos respectivos representantes?
15. Suas sugestões e críticas são normalmente discutidas entre os membros e acatadas?
16. O clima das reuniões é de cordialidade e respeito mútuo?
17. Há conflitos de interesse ou há unanimidade entre as decisões da comissão?
18. 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?

### **Gestão**

19. Você consegue perceber alguma alteração na forma de gestão hospitalar através da implementação da contratualização? Quais?
20. Você acredita que essas mudanças estão diretamente relacionadas ao programa?

### **Assistência**

21. A demanda de pacientes do SUS aumentou nos últimos anos?
22. A que se deve esse 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.?
23. A oferta de leitos, de equipamentos ou de procedimentos sofreu alteração quantitativa nos últimos anos?
24. Quais os determinantes dessa expansão ou retração?
25. Estão sendo disponibilizados maiores recursos financeiros públicos que possibilitam essa alteração de capacidade instalada?
26. O hospital consegue atender a todas as demandas de urgência?
27. O hospital já se recusou a receber pacientes que procuraram diretamente o hospital ou os que foram encaminhados através de central de regulação?
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. Há alguma consideração adicional a fazer ou alguma pergunta que gostaria de responder e que não foi realizada?

## ANEXO A

### PORTARIA 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.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições, que lhe confere o Inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a importância e a participação do setor filantrópico no Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto nº 2.536 de 6 de abril de 1998 e suas alterações,;

Considerando a crise que os Hospitais Filantrópicos atravessam, 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 localregional de saúde;

Considerando a necessidade de buscar alternativas de apoio gerencial que favoreçam o saneamento financeiro dessas instituições, dentro das prerrogativas e princípios do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de reformular a política específica para o setor hospitalar filantrópico, resolve:

Art. 1º Criar o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Considera-se Hospital Filantrópico, para fins de adesão a este Programa, a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos certificada como Entidade de Fins Filantrópicos.

§ 2º Não se enquadram nesse Programa o universo potencial dos Hospitais Filantrópicos de Ensino, de que trata a Portaria nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004, dos Hospitais de Pequeno Porte, de que trata a Portaria nº 1.044/GM, de 1º de junho de 2004 e a Portaria nº 852/GM, de 7 de junho de 2005 dos Hospitais Psiquiátricos, objeto de políticas adequadas às suas especificidades.

Art. 2º Estabelecer que o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS pressuponha as seguintes ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;

II - definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e

III - qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 3º Estabelecer que as ações estratégicas de que trata o artigo 2º desta Portaria sejam definidas e especificadas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e

indicadores, que deverá ser aprovado pelas Comissões Intergestores Bipartites - CIB e homologado pelo Ministério da Saúde.

§ 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.

§ 2º Serão considerados hospitais prioritários para o processo de contratualização as unidades hospitalares onde o gestor municipal e/ou estadual do SUS já aloquem recursos próprios.

§ 3º Na definição das metas qualitativas e quantitativas dos hospitais de referência regional, deverá haver participação do gestor do município sede se o hospital estiver sob gestão estadual ou do gestor estadual se o hospital estiver sob gestão municipal, em ambas as situações, deverão participar representantes dos municípios abrangidos pela referência.

Art. 4º Estabelecer que os recursos financeiros destinados à implantação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS referem-se à parcela correspondente aos hospitais e compreendem os seguintes componentes:

I - recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;

II - o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, a partir da data da publicação desta Portaria;

III - o incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS;

IV - o Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena - IAPI;

V - quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada;

VI - os novos recursos por meio do incentivo de Adesão à Contratualização - IAC referentes ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS; e

VII - recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelos municípios e ou estados, sejam estes recursos atuais ou futuros;

Parágrafo Único. Os recursos financeiros parte do novo convênio, conforme explícito nos itens I a VI deste Artigo que atualmente não estejam incluídos nos limites financeiros dos estados e municípios deverão incorporar-se aos mesmos a partir da competência do convênio.

Art. 5º Estabelecer que o Ministério da Saúde destine R\$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) para o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC, que deverá incorporar-se aos limites financeiros dos estados e municípios.

Parágrafo único. Os recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC destinado a cada unidade hospitalar será repassado em parcelas mensais de 1/12 (um doze avos) do valor anual correspondente em conformidade com o disposto no artigo 6º desta Portaria.

Art. 6º O repasse dos recursos financeiros referentes ao inciso VI do artigo 4º desta Portaria dar-se-á em duas etapas, a saber:

I - Etapa de Adesão para a qual serão destinados 40% do valor definido para cada estabelecimento hospitalar, a partir da competência em que for formalizada a intenção de aderir a esse programa, e

II - Etapa de Contratualização na qual haverá a incorporação dos recursos financeiros referentes ao percentual residual de 60% do valor definido para cada estabelecimento hospitalar.

Art. 7º Determinar que a intenção de adesão ao Programa dar-se-á mediante envio à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/MS de ofício do gestor do SUS acompanhado da Ficha cadastral da unidade no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde -CNES e de seu Certificado de Filantropia.

Parágrafo único. A partir da adesão ao Programa, fica estabelecido o prazo de 120 (cento e vinte) dias para as partes, gestor do SUS e representante legal da instituição hospitalar, concluírem o processo de contratualização sob pena de suspensão do repasse do incentivo da Etapa de Adesão.

Art. 8º Definir que a alocação dos recursos financeiros de Incentivo de Adesão a Contratualização - IAC tome como base a produção paga de internações na média complexidade, no ano-base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses, obedecendo aos seguintes critérios:

I - cinquenta por cento (50%) desse valor serão destinados a todos os hospitais que se enquadram neste Programa em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses;

II - vinte e cinco por cento (25%) para os hospitais que se enquadram neste Programa e que apresentam trinta por cento (30%) ou mais de atendimento a pacientes de outros municípios em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses; e

III - vinte e cinco por cento (25%) para os hospitais que se enquadram neste Programa e que estão cadastrados com produção de internações nas seguintes especialidades: clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e traumatologia-ortopedia, em parcelas mensais proporcionais à produção paga de internações na média complexidade, no ano base de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses.

Art. 9º Constituir Grupo de Trabalho formado por 2 (dois) representantes dos órgãos e instituições abaixo relacionadas, com a finalidade de apresentar proposta de regulamentação do processo de contratualização e de modelo de alocação dos recursos referidos no inciso II do artigo 6º, desta Portaria, adotando-se a orçamentação mista:

I - Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS:

a) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas -DRAC;

b) Departamento de Atenção Especializada - DAE;

II - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB;

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; e

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho terá um prazo de 30 (trinta) dias para apresentar a mencionada proposta de regulamentação.

Art 10. Determinar que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada; e

II - 10.302.1220.8587 – Atenção à Saúde da População nos Municípios Não-Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não-Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12. Fica revogada a Portaria nº 1.083/GM, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 127, de 5 de julho de 2005, Seção 1, página 55.

SARAIVA FELIPE

## ANEXO B

### Modelo de Contratualização

**TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 01/2017 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE VIÇOSA POR INTERMÉDIO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA/ÓRGÃO GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, E A FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL VIÇOSENSE, MANTENEDORA DO HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX.**

O **Município de Viçosa**, Estado de Minas Gerais, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 18.132.449/0001-79, com sede à Rua Gomes Barbosa, n. 803, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Ângelo Chequer, brasileiro, solteiro, portador do doc. de identidade nº MG 12.595.257, inscrito no CPF sob o número 054.320.696-36, residente e domiciliado na cidade de Viçosa, Estado de Minas Gerais, na Rua Doutor Jorge Teotônio Teixeira, nº 65, Centro, CEP 36.570-000, adiante denominado **CONTRATANTE**, exercendo seu direito como gestor pleno do sistema de saúde da cidade de Viçosa e a **Fundação Assistencial Viçosense**, sediada à Rua XXXXXXXX, no Município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, CNPJ XXXXXXXX, mantenedora do **Hospital XXXXXXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representado por seu Presidente XXXXXXXXXXXX, inscrito no CPF sob o XXXXXXXX, com carteira de identidade XXXXXXXXXX, residente e domiciliado nesta cidade, resolvem celebrar o presente contrato, aplicando-se a este instrumento as disposições contidas nos artigos 29, 30, 37 e 196 a 200 da CF/88, nos artigos 186 a 192 da Constituição do Estado de Minas Gerais, das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, Lei 4.320/64, na Portaria GM/MS nº 1.721/05, Portaria GM/MS 3.126/06, Resolução SES/MG nº 3.392/12, Portaria 2.035/13, Emenda constitucional nº 19/1998, Lei Complementar nº 141 de 13/01/2012, Lei 8.666/1993, Portaria GM/MS 1.559/2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do SUS, Portaria 3.390, de 30/12/2013 – PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar Portaria 142 de 27/01/2014 – IGH- Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar, Portaria 3410 de 30/12/2013 – Diretrizes para Contratualização de hospitais do SUS, Manual de Orientações para contratação de Serviços de Saúde do MS, SAS, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília, 2016, Portaria MS/GM nº 1737, 19 de agosto de 2004. – Hemoterapia, Portaria N°2351 GM/MS de 5 de outubro de 2011 – Altera a Portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011, Resolução SES/MG N° 5.232 de 13 de abril de 2016 – Define novos indicadores e metas da Rede Cegonha, no âmbito do Estado de MG, Portaria SAS/MSN°221, de 17 de Abril de 2008 – Condições Sensíveis à Atenção Primária, Portaria GM/MS N°3916 de 30 de outubro de 1998 – Aprova a Política Nacional de Medicamentos e Decreto 7508/11; bem como as disposições contidas neste instrumento de contratualização, como se lê adiante.

#### Cláusula Primeira - Do Objeto

1.1 O presente contrato tem por objeto a contratualização do referido Hospital para a realização de serviços de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, PNHOSP, serviços esses de internações hospitalares e urgência e emergência 24 horas ambulatorial, sempre conforme sua capacidade instalada e declarada pelo CNES e o atesto do prestador, para o atendimento à população do

Município e a referenciada pela Programação Pactuada Integrada - PPI, conforme o Plano Operativo Anual - POA, parte descritiva e instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação e ensino e pesquisa.

Parágrafo Primeiro – O POA será atualizado anualmente em decorrência do processo de adequação e remanejamento da PPI, reajustes da Tabela SUS, assim como incrementos e incentivos Municipais, Estaduais e Federais, Programações Pactuadas Regionais e outras políticas que visem organizar a atenção em Saúde.

Parágrafo segundo – A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestor público de saúde e hospital integrante do SUS por meio de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, e segundo as necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou CIR, definindo as ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor do SUS, o estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualitativas e quantitativas, aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais e efetivo controle social e garantia de transparência.

### **Cláusula Segunda - Das Disposições Gerais - Eixo de Assistência Hospitalar, das obrigações da CONTRATADA**

Na execução do presente instrumento, a **CONTRATADA** deverá observar as seguintes disposições gerais segundo o Eixo de Assistência Hospitalar, e compete ao Hospital:

2.1 Garantia e respeito à Porta de Entrada do SUS que se compõem dos Serviços de Urgência e Emergência contratualizados na unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgência e emergências em clínicas médicas e cirúrgicas, Saúde Mental e Ortopédicas, reguladas pelo SUS Fácil de Urgência e os Procedimentos Eletivos de Regulação Municipal pelo Agendamento Eletivo do SUS Fácil;

2.2 Garantia, na Porta de Entrada de urgência e emergência, da implementação do acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas;

2.3 Obrigatoriedade do Prontuário Único, que é conjunto de documentos em saúde, padronizados e ordenados na internação do SUS, ou atendimento ambulatorial, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde durante o período da assistência;

2.4 A fixação em local visível aos seus usuários de aviso de sua condição de estabelecimento integrante da REDE SUS e da gratuidade dos serviços prestados pelo SUS, assim como informações da Ouvidoria Geral do SUS para sugestões, reclamações e denúncias, e o número do presente termo de contratualização contendo o valor, o objeto, metas e indicadores pactuados, data de assinatura e termo de vigência;

2.5 Garantia de todas as ações e serviços executados pela **CONTRATADA** em decorrência do presente contrato, sem ônus para o paciente em hipótese alguma, respeitando os procedimentos que constam na tabela SUS e os serviços credenciados.

2.6 Observância da Política Nacional de Medicamentos- RENAME e Genéricos – quanto às prescrições de medicamentos, excetuadas as situações ressalvadas em protocolos aprovados pela ANVISA, ou Comissão de Farmacoterapêutico da **CONTRATADA**;

2.7 Ter a equipe de saúde integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais, assegurando assim o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente;

2.8 A organização do acesso à atenção hospitalar em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, RENASES, e Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na comissão intergestora Bipartite CIB ou Comissão Intergestora Regional CIR;

2.9 Cabe ao hospital realizar auditoria clínica interna periódica, no mínimo a cada dois anos com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar;

2.10 Garantia de que o corpo clínico realize a prestações de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no documento descritivo POA (anexo II);

2.11 Manutenção do serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 horas e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;

2.12 Realização da gestão de leitos hospitalares com vistas a otimização da utilização;

2.13 Disponibilização do acesso aos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis, de acordo com as normas aplicáveis

2.14 A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para a efetivação da equipe de referência com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares;

2.15 Deverá ser utilizado hemocomponente e hemoderivado da Rede Estadual de Sangue – Hemominas, conforme Portaria MS/GM N°1737, 19 de agosto de 2004. – Hemoterapia e atualizações;

2.16 Garantia de que os protocolos de atendimento adotados terão como referência os estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Gestores Estadual e Municipal, atendendo as melhores práticas no contexto Técnico Científico e Ético;

Parágrafo Primeiro - O Hospital deverá identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, de urgência e emergência, nos ambulatórios de especialidades e demais serviços.

Parágrafo Segundo - Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhantes 24 horas por dia.

Parágrafo Terceiro - Diretrizes terapêuticas e Protocolos clínicos devem ser práticas de excelência hospitalares, assim como a atuação de equipes multidisciplinares, alta hospitalar responsável e todas ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde, garantido assim o melhor atendimento ao usuário.

Parágrafo Quarto - Os casos que demandem a utilização de equipamentos, que venham a apresentar defeitos ou qualquer necessidade outra de interrupção de sua atividade, assim como a ausência temporária de profissionais, é de responsabilidade da **CONTRATADA** a comunicação do fato e a imediata solução visando a não interrupção da assistência.

Parágrafo Quinto - Emitir ao final de cada quadrimestre de execução do contrato, relatórios de avaliação global das metas pactuadas e detalhadas no POA (anexo II).

2.17 Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

### **Cláusula Terceira - das Disposições Gerais - Eixo de Gestão, das obrigações da CONTRATADA**

Na execução do presente instrumento, a **CONTRATADA** deverá observar as seguintes disposições gerais segundo o Eixo de Gestão Hospitalar:

3.1 Manter a gestão da atenção hospitalar apta para garantir o acesso e a qualidade da assistência, o cumprimento das metas pactuadas na contratualização com o gestor, eficiência e transparência da aplicação dos recursos e no planejamento participativo e democrático;

3.2 A gestão da atenção hospitalar será definida em consonância com o desenho da Rede de Atenção a Saúde, RAS, respeitando o seu papel na rede, a implementação de fluxos regulatórios, a contratualização e os critérios de monitoramento e avaliação;

3.3 O hospital disponibilizará ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização;

3.4 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 pactuadas com o gestor e para a sustentabilidade institucional. Assim, os contratos terceirizados do hospital devem respeitar a contratualização prestando serviços de saúde também ao SUS;

3.5 Cabe ao hospital desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos contratualizados e que estas sirvam de ferramenta para planejamento da gestão hospitalar;

3.6 A gestão deve ser 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;

3.7 Deve ser garantido o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS;

3.8 Devem ser informados aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;

3.9 Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;

3.10 Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados do SUS;

3.11 Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à atenção à saúde;

3.12 Participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC e acatar as normas de repasse dos recursos financeiros conforme estabelecido no instrumento de contratualização, condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas;

3.13 Garantir as melhores práticas assistências dentro do padrão técnico e ético em toda a Atenção à Saúde dos pacientes do SUS, e neste contexto manter o Prontuário como documento

comprobatório desta atenção;

3.14 Ter as Comissões em funcionamento e regulamentadas com as devidas atas como a Comissão de Ética, Infecção Hospitalar;

3.15 Unir esforços à **CONTRATANTE** para a redução das internações nas Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde – CSAP – no tocante às suas atribuições como Porta de Entrada de Internação do SUS, conforme Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. As CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser reduzida através de uma atenção primária oportuna e eficaz, porém “valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem” conforme Portaria supracitada nº 221;

3.16 Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

Parágrafo único - Os casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham apresentar defeitos técnicos ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, serão comunicados à **CONTRATANTE** com as propostas de soluções visando a não interrupção da assistência.

3.17 Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

3.18 Obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato de saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;

3.19 Responsabilizar-se por todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e previdenciários que incidam ou venham incidir sobre o objeto deste termo;

#### **Cláusula Quarta - das Disposições Gerais - Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, das obrigações da CONTRATADA**

4.1 Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde do SUS constituem-se em campo de prática de ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo o hospital desempenhar um importante papel na formação de suas equipes como de novos profissionais de saúde;

4.2 Valorização dos trabalhadores com avaliação de desempenho, educação permanente e avaliação da atenção à saúde do trabalhador;

#### **Cláusula quinta - Da competência do CONTRATANTE**

Na execução do presente instrumento, o **CONTRATANTE** deverá observar as seguintes disposições/obrigações:

5.1 Coordenar no âmbito do Município a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com a pactuação na CIB e na CIR;

5.2 Estabelecer, no Plano Municipal as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;

5.3 Estabelecer com o Estado, de forma pactuada, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;

5.4 Co-financiar a atenção hospitalar do SUS de forma Tripartite;

5.5 Estabelecer a contratualização do hospital sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;

5.6 Estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar através de indicadores de desempenho e qualidade;

5.7 Prestar assessoria técnica ao hospital sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;

5.8 Registrar e atualizar as informações relativas ao hospital no âmbito de seu território, nos Sistemas Nacionais de Informação em saúde;

5.9 Acompanhar, controlar, regular, fiscalizar e auditar a execução das ações e serviços CONTRATADAS;

5.10 Instituir a Comissão de Acompanhamento da Contratualização – CAC;

#### **Cláusula Sexta – Do Plano Operativo Anual – POA**

O Plano Operativo Anual – POA, parte integrante deste contrato e condição de sua eficácia, deverá ser elaborado conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde e Hospital, que deverá conter (anexo II):

6.1 Todas as ações e serviços deste contrato;

6.2 A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;

6.3 Definição das metas quantitativas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com seus quantitativos e fluxos de referência e contra-referência;

6.4 Definição das metas qualitativas;

6.5 Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial àquelas referentes:

a) Aos sistemas de apropriação de custos;

b) A prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital;

c) Ao trabalho de equipe multidisciplinar;

d) Ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;

e) Ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito);

f) À implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento;

g) Elaboração de painel de indicadores de acompanhamento de performance institucional;

Parágrafo Único - O POA somente poderá ser revisto a partir de 120 (cento e vinte) dias de vigência para correção de eventuais deficiências programáticas.

### **Cláusula Sétima - Do Repasse dos Recursos Financeiros – Encargo do CONTRATANTE**

O repasse financeiro será de maneira regular e condicionada ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas, observando-se o seguinte:

7.1 O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

1 - 40% condicionados ao cumprimento das metas qualitativas

2 - 60% condicionados ao cumprimento das metas quantitativas

a) Sendo que 10% (dez por cento) dos recursos qualitativos estão condicionados à repasses ao hospital que obtiver leitos efetivamente ocupados X permanência/dia, sendo finalizados pela conclusão do tratamento com retorno cirúrgico e/ou contra referência para atenção primária

b) 10% (dez por cento) dos recursos quantitativos estão condicionados ao cumprimento das cirurgias eletivas em 30% (trinta por cento) e seus exames complementares.

c) 10% (dez por cento) dos recursos quantitativos estão condicionados ao cumprimento do mínimo exigido pela filantropia e pela produção apresentada junto à Secretaria Municipal de Saúde.

d) 10% (dez por cento) do recurso qualitativo estão condicionados ao desempenho geral do Hospital em cumprimento aos acordos de gestão regionais, programas estaduais e programas de incentivos Federais.

e) Os recursos mencionados no item 7.1/2 – 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas serão alocados conforme POA.

Para fins de atendimento do item 7.1, considerar-se-á a seguinte Tabela de cálculo qualitativos para avaliação 50 % IAC:

<b>N</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>FONTE</b>	<b>META/PONTUAÇÃO</b>
1	Geral	Taxa de ocupação dos leitos	SIH/CNES	≥ 85%: 30 pontos ≥65% a < 85%: 25 pontos ≥55% a <65: 20 pontos <55% 0 pontos
2	Clínica básicas	Taxa de cumprimento em 30%. de cirurgias eletivas.	SUSFACIL/PROGRAMA MUNICIPAL	≥85% 30 pontos ≥65% a < 85%: 25 pontos ≥55% a <65: 20 pontos <55% 0 pontos
3	Geral	TAXA filantropia	CNES/SIA/SIH	≥65% a 20 pontos ≥55% a <65: 15 pontos <55% 0 pontos
4	Geral	Cumprimento do termo de gestão	Atesto/CIR	≥90% 20 pontos ≥75% a < 85%: 15 pontos

		regional		≥65% a <65: 10 pontos <55% 0 pontos
	<b>Total de pontos</b>			<b>100 pontos</b>

7.2 O não cumprimento pela **CONTRATADA** das metas qualitativas pactuadas e discriminadas no contrato implicará na suspensão parcial sendo estes descontado em proporcional a pontuação de 0 (zero) a 100 (cem) no percentual de 50% (cinquenta por cento) do incentivo a contratualização, ou seja, a redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local, será durante o quadrimestre seguinte e sendo automaticamente descontado após consolidação dos dados do quadrimestre.

7.3 O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no contrato implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local;

7.4 Se o hospital não atingir pelo menos 50% das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 4 (quatro) meses consecutivos ou 5 (cinco) alternados terá as metas revisadas ajustando-as para baixo assim como os recursos financeiros, de acordo com a produção do hospital;

Parágrafo Primeiro: O não cumprimento das metas mínimas por 4 (quatro) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados dará ensejo ao recebimento dos recursos por meio de faturamento dos procedimentos realizados para o SUS pelo período de 2 (dois) meses, tempo para apresentação de novo POA, pactuado entre o Gestor e o **CONTRATADA**.

Parágrafo Segundo: A **CONTRATADA** será desligado do programa caso não seja pactuado novo POA no prazo previsto no contrato anterior, ou ainda, se não cumprir as metas mínimas pactuadas nos 4 (quatro) meses subseqüentes à aprovação do POA, dando ensejo à execução dos serviços por meio de faturamento dos procedimentos.

7.5 Se a **CONTRATADA** apresentar um percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% por 4 (quatro) meses consecutivos terá metas e valores contratuais reavaliados, na hipótese de haver recursos orçamentários e financeiros suficientes para o custeio de novas metas e valores;

**7.6 O valor anual estimado para execução do presente contrato, bem como as divisões entre valores pré-fixados, pós-fixados, alta e média complexidade constam da PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA INSTITUIÇÃO (anexo I).**

7.7 Os valores previstos poderão ser alterados de comum acordo entre as partes, mediante termo aditivo, devidamente publicado, sendo que, no caso de necessidade de recursos adicionais, os mesmos serão provenientes da área denominada Teto da media e alta complexidade do Município;

7.8 O **CONTRATANTE** revisará o teto financeiro e o repasse das verbas de que trata este contrato na proporção em que o Ministério da Saúde reajustar o valor dos procedimentos existentes nas tabelas do SUS, destinar mais recursos, houver alterações em outras fontes de financiamento, remanejamento da Programação Pactuada e Integrada - PPI por parte dos Municípios ou em caso de remanejamento de recurso entre as instituições contratadas pelo Município, como conseqüência da avaliação do desempenho das mesmas;

**Cláusula Oitava – Do Acompanhamento, Controle e Avaliação**

8.1 O processo de Acompanhamento, Controle e Avaliação será coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, no qual será apurado o desempenho da **CONTRATADA** referente às metas e indicadores pactuados neste termo, bem como a verificação da aplicação adequada dos recursos ao fim que se destina, e será realizada mediante análise do atendimento às metas quantitativas e qualitativas do referido termo.

8.2 O acompanhamento quantitativo terá como fonte de dados as bases oficiais de produção do Ministério da Saúde (SIH e SAI), conforme critérios dispostos no termo.

8.3 A Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC será instituída pelo ente federativo **CONTRATANTE**, em até 30 (trinta) dias após a assinatura deste termo, sendo composta pelo Presidente, indicado pelo **CONTRATANTE**, e mais 2 (dois) servidores indicados pelo **CONTRATANTE**, 1 (um) representante da **CONTRATADA**, 1 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde, 1 (um) representante da Região de Saúde de Viçosa e 1 (um) representante do Gabinete do Prefeito.

Parágrafo primeiro: A Comissão de que trata o *caput* monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados devendo:

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

II – avaliar a capacidade instalada;

III – readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias;

Parágrafo segundo: A composição da comissão de que trata o *caput* será objeto de Publicação no Diário oficial do ente federativo **CONTRATANTE** ou publicação equivalente.

8.4 Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela **CONTRATADA**, respeitadas as competências de cada esfera de gestão, por meio de sistemas de informação e visitas “in loco”;

8.5 Caberá aos órgãos de controle interno do **CONTRATANTE** e da **CONTRATADA**, e o Sistema Nacional de Auditoria do SUS - SNA, a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este contrato;

8.6 A **CONTRATADA** poderá apresentar recurso para a comissão de acompanhamento no caso de não cumprimento de metas qualitativas, mediante justificativas.

8.7 A Comissão de Acompanhamento deverá avaliar, emitir parecer quanto à interposição de recurso e informar à **CONTRATADA** sobre o resultado, no prazo máximo de 6 (seis) dias úteis, a contar da data de recebimento da solicitação.

Parágrafo primeiro - Caso o parecer da Comissão de Acompanhamento seja deferido, o mesmo deverá ser encaminhado ao Secretário Municipal de Saúde para providências.

Parágrafo segundo - Na hipótese do termo não possuir um tempo mínimo de 04 (quatro) meses em vigor, a primeira reunião da Comissão de Acompanhamento para análise de recursos deverá ser realizada no prazo de 10 (dez) dias da data da avaliação, contemplando todo o período.

8.8 A Comissão de Acompanhamento poderá realizar visitas a **CONTRATADA** durante a vigência do contrato, caso seja apontada necessidade de verificação in loco referente à execução dos compromissos e/ou indicadores pactuados.

8.9 Será mantido o fluxo do processo de acompanhamento para as instituições participantes dos Programas de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e/ou de Ensino

pactuados, desse modo, caso exista recurso financeiro a ser descontado, proveniente do processo de acompanhamento realizado durante a vigência do Termo de Metas anteriormente firmado, a **CONTRATADA** sofrerá os referidos descontos financeiros nos meses subsequentes à formalização deste termo.

8.10 A CAC se reunirá a cada quatro meses ou extraordinariamente por convocação do seu Presidente, de 1/3 de seus membros ou do Secretário Municipal de Saúde, para fins do item 8.1.

8.11 O Regimento Interno da CAC será objeto de apreciação e deliberação de seus membros no prazo máximo de 4 (quatro) meses após a lavratura deste termo.

### **Cláusula Nona – Dos recursos financeiros – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA INSTITUIÇÃO.**

9.1 O valor anual estimado para execução do presente contrato, bem como as divisões entre valores pré-fixados, pós-fixados, alta e média complexidade constam da PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA INSTITUIÇÃO (anexo I).

9.2 As despesas oriundas do presente contrato correrão à conta da Dotação Orçamentária 10 302 0010 2.071 Fonte: Recursos do SUS.

Parágrafo único – Nos exercícios financeiros futuros as despesas correrão à conta das dotações próprias aprovadas pelos mesmos.

### **Cláusula Décima – Da responsabilidade civil da CONTRATADA**

10.1 A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, decorrentes de ação ou omissão, dolo, negligência, imprudência e imperícia, praticados por qualquer de seus prepostos, ficando assegurado, quando cabível, o direito de regresso.

### **Cláusula Décima Primeira – Das Penalidades**

11.1 A **CONTRATADA** ficará sujeito às seguintes penalidades previstas nos artigos 86 e 87 da Lei 8.666/93 e Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria Assistencial – SAA/SES/SUS-MG, facultado o direito ao contraditório e ampla defesa:

1. Advertência escrita;
2. Multa-dia a partir de 1/60 do valor mensal do Contrato;
3. Suspensão temporária dos encaminhamentos de usuários;
4. Rescisão do contrato;
5. Suspensão de contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 02 (dois) anos;
6. Declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública;

Parágrafo primeiro – A imposição das penalidades e dos termos do que dispuser o Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria Assistencial – SAA/SES/SUS-MG, dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ocorreu, através de auditoria ou inspeção, quando necessário.

Parágrafo segundo – A cobrança de multa poderá ser feita através de compensação de créditos porventura existentes em favor da **CONTRATADA**, sendo facultado o parcelamento nos casos expressamente previstos no Regulamento do SAA/ES/SUS-MG.

### **Cláusula Décima Segunda – Da Vigência**

12.1 O presente contrato terá vigência de 60 (sessenta) meses a partir da data de sua assinatura, e sua eficácia dar-se-á a partir de sua publicação no Diário Oficial da União, no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais e no Diário Oficial da Associação Mineira de Municípios.

#### **Cláusula Décima Terceira – Das Alterações**

13.1 O **CONTRATANTE** poderá alterar unilateralmente o presente contrato mediante a celebração de Termo Aditivo, acrescentando ou suprimindo o seu objeto até o limite de 25% do valor inicial atualizado, através de justificativa formal, respeitada a capacidade operacional da **CONTRATADA**.

#### **Cláusula Décima Quarta – Da Publicação**

14.1 O **CONTRATANTE** promoverá a publicação deste contrato e quaisquer atos dele decorrentes no Diário Oficial da União, no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais e no Diário Oficial da Associação Mineira de Municípios.

#### **Cláusula Décima Quinta – Da Rescisão**

15.1 O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses previstas nos artigos 77, 78 e 79 da lei 8.666/93.

Parágrafo primeiro – O Conselho Municipal de Saúde deverá manifestar-se sobre a rescisão deste contrato.

Parágrafo segundo – Caso a interrupção imediata das atividades decorrente da rescisão contratual possa gerar prejuízos à população, será facultado o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias para o fim da prestação dos serviços.

#### **Cláusula Décima Sexta – Das Disposições Gerais**

16.1 Havendo contratação entre a **CONTRATADA** e terceiros, visando à execução de serviços vinculados ao objeto deste TERMO, tal contratação não induzirá o **CONTRATANTE** em solidariedade jurídica, bem como não acarretará vínculo funcional ou empregatício, nem solidariedade às parcelas de obrigações trabalhistas, contribuições previdenciárias ou assemelhadas, eventualmente reclamadas;

**Parágrafo único.** A delegação ou transferência à terceiros da prestação de serviços ora pactuados, fica condicionada à prévia autorização, por escrito, da Secretaria Municipal de Saúde.

16.2 Os serviços contratados ficam submetidos às normas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Município de Viçosa, ainda que não expressamente descritas neste termo;

16.3 Para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão ter como referência a Tabela de Procedimentos SUS;

16.4 Na execução do presente Contrato, as partes deverão observar ainda, as seguintes condições gerais:

- I. o acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades básicas de saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, em conformidade com o Protocolo Manchester (classificação urgência/emergência);
- II. o encaminhamento e atendimento do usuário deverá ser feito de acordo com as regras

estabelecidas para a referência e contra-referência, ressalvadas as situações de urgência e emergência, em conformidade com o Protocolo Manchester;

III. a gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste Contrato sem ônus para o usuário em hipótese alguma, considerando a capacidade instalada e com o corpo técnico-administrativo inscrito no Cadastro de profissionais disponibilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

IV. a prescrição de medicamentos para uso ambulatorial deverá prioritariamente manter consonância com a Relação Nacional de Medicamentos e a Comissão de Farmácia e Terapêutica pelo Comitê Municipal e/ou adotar o uso de medicamentos genéricos de acordo com o padrão RENAME, de acordo com normas específicas do Ministério da Saúde, admitindo-se a hipótese de uso de medicamento não constante da mencionada relação desde que comprovada a necessidade;

V. o atendimento deverá ser humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do MS, mantendo a observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS, excetuando-se os protocolos previstos em projetos de pesquisa e situações especiais, quando o quadro clínico do paciente necessitar de medidas que extrapolem o previsto;

VI. o estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes deste contrato, conforme Plano Operativo;

VII. atuar no desenvolvimento do programa de Atenção às Urgências e Emergências;

VII. atuar no desenvolvimento do Programa de Fortalecimento Hospitalar – PRO HOSP;

IX. utilizar hemocomponentes e hemoderivados da Fundação Hemominas, conforme preconiza a Portaria nº 1737, de 19 de agosto de 2004;

X. observar integralmente os protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estadual e municipal do SUS, nas suas esferas de atribuições;

### **Cláusula Décima Sétima – Do Foro**

17.1 Fica eleito o foro da Comarca de Viçosa, Estado de Minas Gerais, para dirimir quaisquer questões sobre a execução do presente contrato.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor, para os devidos efeitos legais, na presença das testemunhas abaixo nominadas.

Viçosa, 4 de outubro de 2017.

Legislação aplicável:

1- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

1- Emenda constitucional N°19/1998

2- Lei complementar N°141 de 13/01/2012

3- Leis orgânicas da Saúde – Lei 8080 de 19/09/90 e Lei 8142 de 28/12/90

4- Lei 8.666 de 19/09/1990- Normas de licitação e contratos

5- Portaria GM/MS 1559/2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do SUS

6- Portaria 3.390, de 30/12/2013 – PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

7- Portaria 142, de 27/01/2014 – IGH- Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar

8- Portaria 3410 de 30/12/2013 – Diretrizes para Contratualização de hospitais do SUS

- 9- Manual de Orientações para contratação de Serviços de Saúde do MS, SAS, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília, 2016
- 10- Portaria MS/GM N°1737, 19 de agosto de 2004. – Hemoterapia
- 11- Portaria N° 1459 GM/MS de 24 de junho de 2011 – Institui a Rede Cegonha no âmbito SUS
- 12- Portaria N°2351 GM/MS de 5 de outubro de 2011 – Altera a Portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011
- 13- Resolução SES/MG N° 5.232 de 13 de abril de 2016 – Define novos indicadores e metas da Rede Cegonha, no âmbito do Estado de MG
- 14- Portaria SAS/MSN°221, de 17 de Abril de 2008 – Condições Sensíveis à Atenção Primária
- 15- Portaria GM/MS N°3916 de 30 de outubro de 1998 – Aprova a Política Nacional de Medicamentos