

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca
ENSP

“Alocação de recursos condicionada ao desempenho dos prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil”

por:

Aylton Paulus Júnior

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de
Saúde Pública.*

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Alicia Domínguez Ugá

Rio de Janeiro, setembro de 2013



**Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca
ENSP**

Esta tese, intitulada

“Alocação de recursos condicionada ao desempenho dos prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil”

apresentada por

Aylton Paulus Júnior

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dra. Rosângela Caetano

Prof^a. Dra. Ana Maria Malik

Prof^a. Dra. Sheyla Maria Lemos Lima

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Prof^a. Dra. Maria Alicia Domínguez Ugá – Orientadora

Tese defendida em 30 de setembro de 2013.

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central
da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

¹
P333a Paulus Júnior, Aylton.
Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde : o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil / Aylton Paulus Júnior. – Rio de Janeiro, 2013.
153 f. : il.

Orientador: Maria Alicia Domínguez Ugá.
Tese (Doutor em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Contratualização – Teses. 2. Alocação de recursos – Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Ugá, Maria Alicia Domínguez. II. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. III. Título.

CDU 614.2(81)

Dedico esta tese à minha esposa Lúcia e
aos meus filhos André e Renata.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Maria Alicia Domínguez Ugá, orientadora desta tese, que soube com experiência e conhecimento conduzir o estudo com precisão nas definições fundamentais.

Às Professoras Dra. Sheyla Maria Lemos Lima e Dra. Rosângela Caetano. Pelas contribuições dadas por ocasião da Banca de Qualificação.

Aos profissionais do SUS, nas pessoas de Maria de Fátima Akemi Iwakura Tomimatsu e Jeremias Bequer Brizola, pela competência e dedicação aos ideais da saúde pública.

Aos profissionais do DATASUS, na pessoa de Maurício Todesch pelo relevante trabalho que desenvolvem.

RESUMO

. Trata-se de um Estudo de Caso Múltiplo (ECM), expondo aspectos da produção de ações de saúde, da inserção dos prestadores no SUS e da capacidade de coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em decorrência das contratualizações realizadas no Município. Foram analisados os hospitais participantes do sistema segundo a personalidade jurídica, complexidade, tipos de metas, volume, produção pactuada e alcançada e potencial de coordenação da SMS. Os dados levantados sugerem a aceitação da hipótese da pesquisa de maior capacidade de coordenação e maior inserção dos prestadores no SUS por meio da contratualização. Os casos ilustram o potencial da contratualização para subsidiar a gestão do SUS no Município e evidenciam algumas das dificuldades do novo modo de alocação de recursos e de gestão, sendo a maioria delas relacionadas à incipiência dos procedimentos da contratualização e de seu monitoramento por parte dos prestadores e da SMS

Palavras-chave: Contratualização. Gestão em Saúde. Alocação de Recursos à Prestadores. Contrato de Metas. Pagamento por desempenho.

ABSTRACT

This Multiple Case Study presents some aspects of the production of health actions, the health care providers' integration in the Brazilian National Health System (SUS), and the coordination ability of the Municipal Health Office's (SMS) as a result of the contractual agreement carried out in the city. Participant hospitals were analyzed according to their legal personality, complexity, size, types of goals, volume, agreed and achieved production, and SMS's coordination potential. The collected data substantiate the research hypothesis, that is, more coordination and more health care providers' integration into SUS through contractual agreement. The cases illustrate the contractual agreement potential to subsidize SUS management in the city. They also show some difficulties of the new way of resource allocation and management, most of them related to the incipience of the contractual agreement procedures and the monitoring by health care providers and the SMS.

Keywords: Contracting. Contractual Agreement. Health Management. Resource Allocation to Health Care Providers. Goals' Contract. Payment for performance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Internações (AIH) do H1 segundo a complexidade do procedimento e valores médios antes e depois da contratualização -----	56
Tabela 2	Produção Ambulatorial por Complexidade do H1 , e valores médios antes e depois da contratualização -----	58
Tabela 3	Internações mensais por clínica do H1 previstas nos POA, comparadas com a média mensal da produção durante a vigência de cada POA ----	61
Tabela 4	Produção ambulatorial do H1 – dados da produção previstos em cada POA e dados disponíveis no DATASUS -----	62
Tabela 5	Número de AIH (internações) do H2 -----	76
Tabela 6	Produção ambulatorial por complexidade – H2 -----	77
Tabela 7	Interação por clínica do H2 – média mensal no período dos POA ----	78
Tabela 8	Atendimentos ambulatoriais do H2 (média mensal) -----	80
Tabela 9	Internações no H3 segundo o nível de complexidade-----	95
Tabela 10	Produção ambulatorial por complexidade – H3 -----	97
Tabela 11	Interação por clínica do H3 – média mensal -----	99
Tabela 12	Atendimentos ambulatoriais do H3 -----	100
Tabela 13	AIH (internações) do H4 segundo a complexidade do procedimento e médias antes e depois da contratualização -----	112
Tabela 14	Atendimentos ambulatoriais do H4 segundo a complexidade -----	113
Tabela 15	Internações no H4 (média mensal)-----	114
Tabela 16	Atendimentos ambulatoriais do H4 – dados de produção mensal-----	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Contratos e POA dos hospitais em estudo -----	20
Quadro 2	Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese de trabalho-----	24
Quadro 3	Hospitais e Leitos vinculados ao SUS por meio da contratualização no Município (Setembro/ 2012) -----	43
Quadro 4	Contratos e POA do H1 disponíveis para análise e períodos de vigência -----	48
Quadro 5	Recursos financeiros destinados à contratualização do H1 -----	51
Quadro 6	Grupos de metas dos POA do H1 -----	52
Quadro 7	Metas físicas mensais por POA do H1 -----	53
Quadro 8	Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso do prestador H1 -----	66
Quadro 9	Contratos e POA com o H2 disponíveis para análise -----	71
Quadro 10	Recursos financeiros previstos nos contratos do H2 -----	73
Quadro 11	Grupos de metas do POA do H2 -----	74
Quadro 12	Detalhamento das metas físicas do H2 -----	74
Quadro 13	Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 2 (H2) -----	83
Quadro 14	Contratos e POA com o H3 disponíveis para análise -----	87
Quadro 15	Recursos financeiros declarados nos contratos do H3 . Em reais – valores mensais -----	90
Quadro 16	Grupos de metas POA do Hospital H3 -----	92
Quadro 17	Detalhamento das metas físicas mensais com volume previstas no POA do H3 -----	92

Quadro 18	Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 3 (H3)-----	102
Quadro 19	Contratos e POA do H4 disponíveis para análise-----	106
Quadro 20	Recursos aplicados na contratualização do H4 -----	107
Quadro 21	Grupos de metas dos POA do H4 -----	110
Quadro 22	Detalhamento das metas físicas mensais com volumes previstos nos POA do H4 -----	110
Quadro 23	Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 4 (H4) -----	118
Quadro 24	Avaliação quanto à convergência dos fatos com a hipótese de trabalho, segundo os critérios propostos na metodologia e verificações dos dados relatados nos casos. Eventos favoráveis e desfavoráveis -----	122

LISTA DE SIGLAS

(G1,2012)	Questionário do Gestor 1 de 2012
(G2,2012)	Questionário do Gestor 2 de 2012
(G3,2012)	Questionário do Gestor 3 de 2012
(H1,2005)	Contrato do Hospital H1 de 2005
(H1,2010)	Contrato do Hospital H1 de 2010
(H2,2007)	Contrato do Hospital H2 de 2007
(H2,2010)	Contrato do Hospital H2 de 2010
(H3,2007)	Contrato do Hospital H3 de 2007
(H3,2007)	Contrato do Hospital H4 de 2007
(H3,2010)	Contrato do Hospital H3 de 2010
(H3,2010)	Contrato do Hospital H4 de 2010
(P1, 2012)	Questionário do prestador 1 de 2012
(P2, 2012)	Questionário do prestador 2 de 2012
(P3, 2012)	Questionário do prestador 3 de 2012
(P4, 2012)	Questionário do prestador 4 de 2012
AIH	Autorização de Internações Hospitalares
AMS	Autarquia Municipal de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
H1	Hospital 1
H1_POA_1	Primeiro Plano Operativo Anual do H1
H1_POA_2	Segundo Plano Operativo Anual do H1
H1_POA_3	Terceiro Plano Operativo Anual do H1
H1_POA_4	Quarto Plano Operativo Anual do H1
H1_POA_5	Quinto Plano Operativo Anual do H1
H2	Hospital 2

H2_POA_1	Primeiro Plano Operativo Anual do H2
H2_POA_2	Segundo Plano Operativo Anual do H2
H2_POA_3	Terceiro Plano Operativo Anual do H2
H3	Hospital 3
H3_POA_1	Primeiro Plano Operativo Anual do H3
H3_POA_2	Segundo Plano Operativo Anual do H3
H4	Hospital 4
H4_POA_1	Primeiro Plano Operativo Anual do H4
H4_POA_2	Segundo Plano Operativo Anual do H4
HE	Hospitais de Ensino
HF	Hospitais Filantrópicos
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HU	Hospital Universitário
IAC	Incentivo a Contratualização
IAC	Incentivo à Contratualização
MM	Maternidade Municipal
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NGP	Nova Gestão Pública
P4P	Pagamento condicionado ao desempenho
PbR	Pagamento por resultados
PCD	Parcela condicionada à desempenho
POA	Plano Operativo Anual
PPP	Pagamento por Produção
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SAP	Sistemas de Alocação de Recursos à Prestadores
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 METODOLOGIA	17
2.1 Hipótese de Trabalho	18
2.2 Procedimentos Metodológicos	18
2.2.1 Caracterização dos Hospitais	18
2.2.2 Período de Análise	19
2.2.3 Principais Conceitos Utilizados	19
2.2.4 Base de Dados	20
2.2.5 Análise Documental	20
2.2.6 Análise da Produção por Meio da Avaliação das Metas Físicas (volume)	21
2.2.7 Aplicação de Questionários	23
2.2.8 Critérios Utilizados Como Eventos Favoráveis ou Desfavoráveis à Hipótese de Trabalho	23
2.3 Aspectos Éticos	25
3 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS	26
3.1 Gerencialismo	26
3.2 Contratualização	30
3.3 Alocação de Recursos a Prestadores	35
3.4 A Contratualização no Âmbito do Ministério da Saúde	38
4 AS CONTRATUALIZAÇÕES DE HOSPITAIS E SEUS RESULTADOS NO MUNICÍPIO ESTUDADO	42
4.1 Hospitais, Elementos dos Contratos e Formas de Alocação de Recursos no Município	43
4.2 Relatórios e Considerações Sobre os Casos	45
4.2.1 CASO 1: H1	46

4.2.2 CASO 2: H2 -----	68
4.2.3 CASO 3: H3 -----	84
4.2.4 CASO 4: H4 -----	103
4.3 Alocação de Recursos Verificados nos Casos do Estudo-----	118
4.4 Avaliação Global dos Resultados-----	119
5 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	125
REFERÊNCIAS -----	131
APÊNDICES -----	140
Apêndice A – Questionário Para os Prestadores e Gestores-----	141
Apêndice B – Questionários Respondidos -----	142
Apêndice C – Termo de Consentimento-----	147
ANEXO -----	148
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética-----	149

1 INTRODUÇÃO

A questão política do provimento de serviços de saúde no Brasil foi definida, após longa batalha do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), com a fixação do Artigo 196 na Constituição Federal¹, do mandamento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, indícios da falta de recursos e de coordenação para o SUS funcionar satisfatoriamente permanecem em evidência. A operacionalização das definições da política de saúde apresentam problemas. Estudiosos da administração e dirigentes de serviços de saúde têm buscado soluções para melhorar o uso dos escassos recursos e formas de sua gestão, incluindo os conceitos da contratualização.

A partir das distintas alternativas para a coordenação dos sistemas de saúde, discute-se a contratualização, associada a um modo de alocação de recursos a prestadores, cujo volume é condicionado ao desempenho. A relevância do tema justifica-se na medida em que a contratualização tem sido adotada pelo SUS, como possível alternativa para regular o papel de cada hospital na rede de serviços e, em última instância, realizar uma coordenação mais objetiva dos serviços de saúde em favor dos cidadãos. A contratualização, como meio de alocação de recursos, abrange a expectativa de ampliação da capacidade de coordenação do sistema e do papel que cada prestador deve exercer na rede municipal ou regional de saúde.

As diversas experiências realizadas nos hospitais brasileiros indicam a necessidade de algum grau de padronização do instrumento de contrato. Para tanto, ainda justificando a importância do tema, observa-se a que as experiências em andamento na saúde pública brasileira, com a contratualização, alcançam um momento no qual a síntese e padronização são necessárias para simplificar e uniformizar, nos aspectos que forem possíveis, a gestão dos contratos, o que parece ser interesse atual do Ministério da Saúde.

O instrumento da contratualização ainda carece de estudos quanto aos seus reais efeitos e sua contribuição para a implementação da política de saúde². Ademais, existe dificuldade de se obter informações sobre a efetividade da contratualização, como foi observado pela referida autora. O tema ainda pode ser considerado incipiente com opiniões divergentes, especialmente quando envolve organizações sociais e instituições semelhantes.

Na prática, a contratualização com alocação de recursos condicionada ao desempenho (*pay for performance* ou P4P) tem sido utilizada por secretarias de saúde estaduais e municipais para obter os serviços dos prestadores públicos e privados, de forma mais objetiva. Na Inglaterra, o sistema é também chamado de “*payment by results (PbR)*”³. A alocação de recursos mediante desempenho impõe obrigações mais claras aos prestadores no que se refere ao tipo de meta e seu volume, bem como detalha as condições da prestação do serviço de saúde ao cidadão e ainda explicita o tipo de vinculação entre o volume de recursos a ser alocado e o grau de cumprimento das metas pactuadas.

O modo de alocação de recursos na saúde associado à contratualização ganhou força a partir da regulamentação da Lei 8.080, pelo Decreto Federal nº 7.508 de 28.06.2011⁴. Por meio deste, foi introduzido o conceito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), que pretende organizar a rede de atenção à saúde com a especificação de metas, indicadores e responsabilidades por região de saúde. Trata da articulação coordenada dos estados e municípios, viabilizando a assistência à saúde em redes lógicas, compatibilizando o comando único de cada Município com a gestão compartilhada para os temas interfederativos na saúde.

A partir da problemática exposta, este trabalho tem como objetivo geral analisar os resultados alcançados com o processo de contratualização a que foram submetidas as instituições hospitalares, no que se refere a aspectos de produção, inserção no SUS e de coordenação dos prestadores no Município estudado.

Foram definidos como objetivos específicos: Caracterizar os hospitais contratualizados com base na complexidade assistencial; Identificar as metas estabelecidas pelos gestores do SUS com relação ao volume e perfil da produção; avaliar os resultados da produção hospitalar em relação às pactuações; verificar alterações nas séries históricas de produção antes e depois da contratualização; e identificar as principais mudanças observadas após o processo de contratualização, bem como seu uso na gestão do SUS.

Para melhor compreender o fenômeno, objeto desta investigação, especificou-se a seguinte hipótese de trabalho:

A alocação de recursos a prestadores condicionada ao desempenho, por meio do processo de contratualização, permite ao gestor maior capacidade de coordenação e uma maior inserção dos prestadores no SUS.

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, foi empregado como principal procedimento metodológico o estudo de caso, a análise documental e a evolução dos dados de produção dos hospitais contratualizados, a partir da definição de critérios e parâmetros avaliativos.

Esta tese está estruturada, além desta introdução, em outros quatro capítulos; no segundo, apresenta a metodologia; no terceiro, os aspectos teóricos-conceituais; no quarto, as contratualizações de hospitais e seus resultados no Município estudado; e no quinto, a discussão e considerações finais.

2 METODOLOGIA

O conhecimento é limitado à percepção e perspectiva de quem realiza o discurso, ele não é uma fotografia e sim, uma pintura⁵.

O objeto do estudo a ser observado nesta tese foi o dos resultados da mudança na forma do financiamento de quatro unidades hospitalares inseridas nos processos de contratualizações em um Município de gestão plena, no que se refere às metas físicas. É, portanto, um estudo de caso múltiplo segundo Yin⁶, Mazzotti⁷, configurando uma pesquisa empírica, cujo método de investigação é hipotético-dedutivo.

O Município mantinha, à época da pesquisa, dez hospitais contratualizados, dos quais quatro foram selecionados como unidades de análise em decorrência do sistema de alocação de recursos adotada. Com o objetivo de viabilizar a investigação, seis hospitais foram excluídos pelos seguintes motivos: 1) dois , apesar de contratualizados desde 2008, continuaram a receber por meio do modo de pagamento prospectivo por procedimento até 2011; 2) outros dois hospitais, cuja forma de mensuração das metas quantitativas ficou pouco clara nos contratos, além de manterem a remuneração dos serviços por meio do modo de diária hospitalar; 3) finalmente dois hospitais pactuaram com a SMS a oferta de apenas 6 leitos cada um, sendo pouco representativos para o estudo⁸.

Dessa forma, trabalhou-se com um subconjunto dos hospitais contratualizados no município estudado, sendo o princípio de inclusão a alocação de recursos condicionado ao desempenho, a especificação clara da forma de mensuração das metas e, finalmente, a participação dos leitos contratados para o SUS. Assim, as unidades de análise incluídas no estudo especialmente pelas características da alocação de recursos, são um hospital público de ensino e 3 hospitais privados com certificado de filantropia, totalizando 4 casos (Quadro 3).

2.1 Hipótese de Trabalho

A alocação de recursos a prestadores condicionada ao desempenho, por meio do processo de contratualização, permite ao gestor maior capacidade de coordenação e uma maior inserção dos prestadores no SUS.

2.2 Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos podem ser resumidos na análise documental dos contratos e na verificação da produção dos hospitais, no que se refere a metas quantitativas. O recorte proposto para essa pesquisa não contempla análise e avaliação de metas qualitativas, que pode ser tema de investigação futura.

A disponibilização da produção das ações de saúde armazenada no banco de dados do DATASUS permite consultas e recuperação de dados e, portanto, a avaliação das contratualizações com base nas metas físicas declaradas nos POA, viabilizando, desta forma, o desenvolvimento e a apresentação deste estudo.

Alguns POA não foram renovados nas datas previstas, entretanto o fato da descontinuidade documental não foi considerado problema pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e pelos prestadores. Os parâmetros do POA, imediatamente anterior, mantiveram-se como referência. Embora esta ocorrência tenha sido uma dificuldade adicional, a mesma foi superada com os dados disponíveis.

O relatório de cada caso segue um padrão único de apresentação de modo a facilitar a síntese para a discussão ou a análise entre casos, conforme sugere Yin⁹: a) identificação do hospital; b) a contratualização; c) a alocação dos recursos financeiros; d) a composição dos POA; e) a evolução da produção do hospital; f) síntese do caso; f.1) Interação com o prestador por meio dos questionários

2.2.1 Caracterização dos Hospitais

Para a caracterização dos hospitais quanto ao seu nível de complexidade, a tese teve como referência a classificação utilizada em Barbosa et al.¹⁰, identificando que entre os participantes do estudo estavam contratualizados 3 hospitais gerais tipo II e 1 hospital especializado. Os especializados distinguem-se pela

especificidade de seus serviços; os classificados como geral I ofertam as clínicas básicas mais, pelo menos, três clínicas não básicas e não possuem UTI. Finalmente, os classificados como geral tipo II atendem alta complexidade e possuem UTI. Os hospitais gerais tipo I e tipo II também são referidos no SUS como secundários e terciários, respectivamente. O Quadro 3 apresenta o total de leitos contratualizados no Município.

2.2.2 Período de Análise

É uma pesquisa longitudinal que abrange 12 anos, de 2000 até 2011. Os dados quantitativos considerados foram os do período de janeiro de 2000 até dezembro de 2011. Cada caso tem o seu período relevante para as comparações.

2.2.3 Principais Conceitos Utilizados

Os principais conceitos diretamente relacionadas com o estudo podem ser resumidas em:

a) **Capacidade de coordenação da SMS:** avaliada por meio da verificação de eventos que sugerem a possibilidade de coordenação, dirigindo as ações dos prestadores para o atendimento das necessidades da rede assistencial do SUS, organizando ou mantendo a rede assistencial hierarquizada. A capacidade de coordenação (de condução do sistema de saúde) foi medida por meio do grau de cumprimento das metas pactuadas pelos hospitais com a SMS, bem como do cumprimento de princípios e diretrizes do SUS especificados nos contratos.

b) **Inserção dos hospitais contratualizados no SUS:** Avaliada pela maior quantidade de serviços prestadas ao SUS, em período após a contratualização, no seu nível de complexidade, e pela maior realização de procedimentos classificados como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS.

2.2.4 Base de Dados

As fontes de informações para subsidiar a pesquisa foram: a) os Contratos e os Planos Operativos Anuais (POA); b) o Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com seus Subsistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e de Informações Hospitalares (SIH); c) o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Complementarmente, apenas com o objetivo de evidenciar a participação dos atores e de obter eventuais subsídios para a discussão, permitindo melhor compreensão do contexto, foi aplicado um questionário semiaberto a “informantes-chaves”.

2.2.5 Análise Documental

Consistiu na análise dos contratos, com a identificação do tipo de metas utilizadas (quantitativas e qualitativas especificadas nos POA). Esta etapa foi operacionalizada com o acesso aos contratos e planos operativos das unidades. A comparação dos planos operativos anuais (POA) da mesma instituição permitiu a verificação da evolução temporal das exigências do gestor incorporadas às obrigações dos prestadores.

Para o trabalho de análise, em termos documentais, foram verificados 8 contratos e 13 POA dos hospitais incluídos no estudo e resumidos no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Contratos e POA dos hospitais em estudo.

HOSPITAL	Nº de contratos	Nº de POA
H1	2	5
H2	2	3
H3	2	3
H4	2	2
TOTAIS	8	13

Fonte: Contratos, POA disponíveis.

2.2.6 Análise da Produção por Meio da Avaliação das Metas Físicas (volume)

A análise da produção trata da utilização dos dados dos hospitais com os seguintes procedimentos operacionais:

a) Consistiu em verificar o **cumprimento das metas físicas** explicitadas nos POA dos prestadores. A operacionalização ocorreu por meio da tabulação de dados, mostrando eventuais diferenças entre o volume pactuado e o realizado.

Considerando-se que os dados pactuados nos POA são mensais, foi identificada a série histórica da produção mensal dos prestadores durante a vigência de cada POA. Os dados da produção foram resumidos em uma média mensal comparável com cada meta fixada no POA. Esta fase da pesquisa utilizou o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que é acessado por meio da ferramenta denominada *tabwin*. Assim, pode ser verificada a quantidade de metas atingidas entre as metas comparáveis em cada prestador. Os dados permitiram, inclusive, avaliar o percentual de realização de cada meta. As informações obtidas junto ao DATASUS foram coletadas em Janeiro de 2013, contemplando eventuais atualizações até essa data.

b) Quanto à **complexidade dos atendimentos**, precede a seguinte informação: no SUS os procedimentos em saúde estão ordenados em atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade. A separação dos conceitos facilita a programação e o planejamento¹¹. São níveis de atenção que evoluem do de menor densidade tecnológica para o de maior, hierarquizando o sistema.

Para identificar diferenças na complexidade dos atendimentos nas unidades de análise, antes e depois da contratualização, foi realizada, para cada prestador, a comparação entre a média de dois conjuntos de dados, com igual número de elementos, sendo o primeiro anterior à contratualização e o segundo após a contratualização, excluindo-se o ano da contratualização por ser o inicial do modelo contratual em cada prestador e conter poucos resultados sobre o evento. As Tabelas destacam o ano da contratualização, evidenciando os dados anteriores e posteriores, para melhor visualização.

c) Também foi comparada a **participação dos procedimentos estratégicos** antes e depois da contratualização. Cabe esclarecer que os procedimentos estratégicos são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), inicialmente destinado ao financiamento dos procedimentos de alta complexidade, por meio da Portaria GM 531 de 30/04/1999¹², para o atendimento de pacientes com referência interestadual e que, com o tempo, passou a ser utilizado para o financiamento das políticas prioritárias do Ministério da Saúde, abrangendo todos os níveis de complexidade⁴.

Em alguns casos, especialmente em relação aos procedimentos estratégicos em pacientes ambulatoriais, foi considerada a variação dos dados a partir da contratualização em relação à última informação disponível. Não foi possível obter esta informação por prestador, na forma desejável, para período anterior a 2008.

d) Procedimento semelhante foi realizado para identificação de variações no **volume total da produção** antes da contratualização e depois da contratualização.

Nas verificações das metas físicas, com base nos dados do DATASUS, existiu uma dificuldade que foi a alteração da estrutura na Tabela do SUS, implementada a partir de janeiro de 2008 pela Portaria GM/MS 2.848/2007¹³. A alteração dificultou algumas comparações com dados anteriores. Entretanto, os números comparáveis foram recuperados para comporem as séries históricas utilizadas no estudo.

Especificamente, com relação ao prestador **H1**, foi necessário descontar as AIH na Maternidade Municipal(MM), por terem sido processadas na base de dados do DATASUS, juntamente com as desse prestador. Na época, a MM foi utilizada como campo de estágio e suas contas processadas com as do **H1**. Os contratos e POA não consideram esta produção.

2.2.7 Aplicação de Questionários

Embora a pesquisa não utilize dados primários para avaliação de seu objetivo, foram aplicados questionários (Apêndice A) contendo perguntas semiabertas aos prestadores e gestores envolvidos com a contratualização no Município, com

objetivo de colher elementos que dizem respeito à percepção destes atores sobre os resultados e eventuais subsídios para a discussão. O gestor do Município (SMS), à época da pesquisa, indicou o “informante-chave” em cada hospital, observando sua experiência nas contratualizações havidas. As respostas obtidas constam no Apêndice B.

2.2.8 Critérios Utilizados Como Eventos Favoráveis ou Desfavoráveis à Hipótese de Trabalho

A pesquisa propõe um conjunto de 14 critérios que procuram associar a reação de cada prestador ao processo da contratualização. Eles foram propostos pelo autor após revisão e análise das contratualizações realizadas no Município. Esta etapa foi operacionalizada, avaliando itens que podem ser contrários ou favoráveis à hipótese de trabalho. Os conceitos decorrem dos princípios e diretrizes do SUS e constam nos contratos dado a inserção dos mesmos no sistema público de saúde. A outra dimensão, também verificada, é referente a maior capacidade de coordenação do Gestor por meio da contratualização, fixando metas e fazendo coordenação (por meio da regulação) para que os prestadores cumpram o pactuado. Os critérios e interpretações considerados foram:

Quadro 2 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese de trabalho

Critérios	Interpretação
1. Alocação de recursos municipais ou outros para ações de especial interesse da SMS ou do SUS, na mesma lógica da contratualização.	Sugere capacidade de coordenação da SMS na programação de serviços de interesse do sistema local ou do SUS na mesma lógica do modelo contratual.
2. Variações no número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	Sugere capacidade de coordenação da SMS, incluindo ou excluindo metas nos POA.
3. Variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	Sugere capacidade de coordenação da SMS ajustando as quantidades nos POA às necessidades de saúde da população.
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade, respeitando o nível indicado para o prestador.	Quanto maior, melhor para o SUS. Sugere capacidade de coordenação, observando-se que as ações de média complexidade estão relacionadas com a parcela condicionado ao desempenho e sugerem inserção do prestador no SUS.
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade no nível de complexidade indicado para o prestador.	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS e maior a capacidade de coordenação da SMS. Os hospitais do estudo são considerados de referência para alta complexidade.
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica .	Quanto menor, melhor a capacidade de coordenação da SMS mantendo a hierarquização do SUS.
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Quanto maior, maior a capacidade de coordenação da SMS e maior a inserção do prestador no SUS, exceto no HI que deve dedicar-se prioritariamente aos atendimentos de alta complexidade.
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS. Os hospitais estudados são referência para alta complexidade.
9. Realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS.
10. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nos atendimentos ambulatoriais.	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS.
11. Alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS.	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato com relação às internações.
12. Alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS.	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato com relação aos atendimentos ambulatoriais.
13. Variação no volume total de internações, após a contratualização do prestador;	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS pelo volume.
14. Variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização do prestador	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS pelo volume.

Fonte: elaboração própria, a partir da revisão das contratualizações de hospitais realizadas no Município.

2.5 Aspectos Éticos

O projeto e seus anexos foram encaminhados para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado com o parecer número 02036512.3.0000.5240, datado de 04 de julho de 2012 (Anexo A). Com o objetivo de evitar a identificação das instituições hospitalares participantes da pesquisa, bem como das pessoas, os hospitais contratualizados foram codificados. A aplicação do questionário foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento para uso da informação conforme modelo apresentado no Apêndice C. As informações obtidas foram utilizadas para contextualizar a análise e interpretação dos resultados.

3 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS

Este capítulo apresenta os conceitos que dizem respeito ao tema da tese, que são fundamentalmente o gerencialismo, a contratualização e a alocação de recursos a prestadores no sistema público de saúde.

3.1 Gerencialismo

Na maioria dos países, a partir dos anos oitenta, sob a égide das políticas de cunho neoliberal, ocorreram cortes orçamentários e a privatização de importante número de empresas estatais. Surgiram também programas de modernização dos serviços públicos, com exigências de melhor desempenho dos servidores¹⁴.

Diferentemente da crise de mercado nos anos de 1929-1930, os anos de 1970-1980 foram de crises fiscais que comprometeram o necessário incremento gastos em políticas sociais. Bresser-Pereira¹⁵ lembra Keynes ao definir a crise de 1930 como de mercado em que o capitalismo enfrentou uma insuficiência recorrente de demanda. Esta situação é bem diferente da de que estamos tratando.

Nesta época, ocorre também o esgotamento da industrialização por meio da substituição de importações na maioria dos países em desenvolvimento. Estas crises provocaram reações de tendências de retorno ao liberalismo e a defesa de um Estado menor¹⁵. Na prática, um Estado menor resulta na redução dos programas sociais e do gasto público.

O gerencialismo, segundo Tavares¹⁶, ficou conhecido como Nova Gestão Pública (NGP) que incorpora, entre outras, a ideia de responsabilização (*accountability*), eficiência e foco nos resultados. A NGP propõe a comprometimento dos gerentes pelos resultados com serviços de qualidade, estruturas enxutas, descentralizadas e controle de custos. Autores relatam que o controle excessivo dos meios e a falta de focalização nos resultados abrem espaço para a Nova Gestão Pública^{17, 18, 19}.

Segundo Gomes¹⁹, a Nova Gestão Pública ou gerencialismo busca combinar o princípio da eficiência com o de democracia participativa em novos arranjos institucionais que considerem outras estruturas de governo, como a sociedade civil

organizada e a iniciativa privada. Este conceito vai além da simples eficiência nas ações. Bresser-Pereira¹⁵ acrescenta que o Estado, o mercado e a sociedade civil são os mecanismos fundamentais de controle.

A elevação da performance e o ajuste fiscal são os núcleos lógicos da NGP, ou seja, fazer mais, elevando a performance do Estado, com menos recursos públicos. Quanto à performance, Bresser-Pereira²⁰ e Abrucio²¹ observam que o enrijecimento do modelo burocrático, no sentido de ser pouco flexível às necessidades sociais, cede espaço para o gerencialismo que copia princípios da administração empresarial sem perder a orientação para o interesse público. A evolução do conceito de gerencialismo, conforme Abrucio²¹, termina por focalizar o cidadão.

Osborne e Gaebler²² observam que não se trata de gerenciar o governo como uma empresa privada que tem motivação diferente do setor público. Aquela é orientada pelo lucro e este para eficiente oferta de serviços públicos.

Ainda precisando melhor o conceito, Chanlat¹⁴ destaca o termo gerencialismo como a interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada. Os termos típicos do setor privado como eficiência, produtividade, desempenho, competência e outros invadiram os órgãos públicos e os sem fins lucrativos com destaque para a figura do gerente e para o pensamento gerencial.

Observe-se que a eficiência do Estado deve ir além da dimensão fiscal, como alertam Soares, Conceição e Faria Filho²³. O foco das avaliações deve considerar especialmente as dimensões sociais. Esta observação supera o gerencialismo puro, que tem como eixo a eficiência e a produtividade e também a ideia de corte de custos e de pessoal²¹.

O gerencialismo é compreendido por Paes de Paula²⁴ como um ideário liberal que floresceu durante os governos de Margaret Thatcher e de Ronald Reagan na década de 1980. O gerencialismo transformou-se em um movimento que assumiu caráter internacional a partir dos anos de 1980, tendo como fontes principais a experiência do Governo Inglês e o modelo Norte Americano^{25, 26}.

Bresser-Pereira^{15,27,28} e Soares, Conceição e Faria Filho²³ afirmam que na América Latina o cenário para a Nova Gestão Pública (NGP) também foi a crise fiscal e a incapacidade da geração de recursos públicos para os programas sociais. A

crise fiscal ajuda os questionamentos sobre o tamanho do Estado na economia e fortalece o discurso a favor de um Estado menor.

Autores como Zifcak²⁹; Bresser-Pereira¹⁵; Gruening²⁵; Soares, Conceição e Farias Filho²⁴; Araújo³⁰, entre outros, relacionam o fenômeno do gerencialismo ou NGP à necessidade de reorganização das finanças do Estado, para enfrentamento da crise fiscal.

Verificam-se também pressões da sociedade para um maior controle das ações da administração e serviços públicos. A alegação é de que, no mundo a administração pública burocrática está esgotada e não mais responde às expectativas do capitalismo contemporâneo. Eles ressaltam a importância de uma administração pública eficiente e voltada para resultados. Zifcak²⁹ reconhece a potência do gerencialismo no que se refere à redução de custos, ressaltando inclusive uma melhora de confiança no Estado e na economia. Entretanto, alerta sobre a necessidade de adequações políticas e jurídicas. Acrescente-se que o Estado, fiscalmente equilibrado, potencialmente pode contribuir melhor para a ordem social.

O fenômeno gerencialista, como conceito mundial, surge em um quadro favorável ao liberalismo com a ideia de um Estado menos executor das políticas públicas para um Estado mais gestor da concorrência, o que se contrapõe ao Estado provedor do modelo keynesiano. O insucesso do socialismo no Leste Europeu na década de 1980 contribuiu para o avanço dos conceitos neoliberais, cujos resultados nefastos estão na atual década. Vieira de Carvalho³¹ relata que as últimas décadas do século XX apresentam um declínio do estado empresário, social e provedor e o fortalecimento da atividade regulatória estatal, como instrumento de execução de políticas públicas.

Na avaliação de Mills, Hongoro e Broomberg³²; Souza e Carvalho³³ e Kettl¹⁸, foi uma revolução mundial na forma de pensar o setor público. As políticas de ajustes focaram em especial as restrições fiscais, propondo reduzir o tamanho do Estado com privatização, desregulamentação, descentralização e outras ações com o sentido de melhorar o desempenho das atividades públicas. Observe-se que se trata inclusive da privatização das políticas sociais, restando à proteção direta do Estado apenas para os não sobreviventes do mercado.

O aguçamento da competição abre espaço para o debate dos conceitos gerencialistas. Autores como Osborne e Gaebler²²; Bresser-Pereira³⁴ e outros destacam que o fenômeno do gerencialismo não é exclusivo do setor governamental. Estes autores observam que ele já vinha ocorrendo com as empresas privadas no sentido da manutenção da competitividade. Bresser-Pereira³⁴ lembra instrumentos que foram importados da administração de empresas, tais como administração por objetivos e competição administrada. A competição administrada não significa competição no mercado, mas a inclusão de padrões de comparações entre regiões, ou de serviços semelhantes.

Osborne e Gaebler²² citam como exemplo de competição, entre outros, o caso dos distritos escolares de New York, onde a livre escolha dos alunos pelas melhores escolas propõe o fechamento de escolas que não atraem estudantes ou a substituição de seu quadro docente. Eles citam a implementação desta lógica no Estado de Minnesota e em outros estados. Entretanto, o contraponto do excesso de competitividade é que o Estado deve ser dimensionado pelas demandas sociais e não apenas pelas variáveis econômicas³⁵.

Com relação à cultura das nações, Chanlat¹⁴ refere-se ao tamanho da Burocracia institucional como decorrente dos conceitos aceitos nas sociedades. Corroborando para este entendimento o sentimento anti-estatal dos Estados Unidos *vis-à-vis* o mesmo conceito na Alemanha e França que legitimam mais fortemente a presença do Estado nas atividades socioeconômicas.

A NGP implica em valores ideológicos polarizados entre a eficiência econômica e a eficiência social. Autores como Ramió Matas³⁶; Tsui e Cheung³⁷; Paes de Paula²⁴; Ugá³⁸; Capuano³⁹; Zifcak²⁹; Chanlat¹⁴, Ugá e Marques⁴⁰; Abrucio²¹, entre outros, manifestam restrições às propostas gerencialistas, dado que as mesmas desconsideram a complexidade política das sociedades dificultando o alcance da justiça social e da participação democrática.

No Brasil, a implementação dos conceitos gerencialistas na saúde pública é quase sempre associado a propostas de privatização do SUS e, portanto, surgem resistências como as mencionadas nas teses de doutorado de Matos Pinto⁴¹, no caso da Bahia e Matos⁴², no caso de Rondônia.

No gerencialismo, os resultados são mais importantes que os processos. Bons incentivos levam a bons resultados sem a necessidade de muitos controles. Os incentivos podem maximizar a motivação e determinar o alcance dos objetivos. Incentivos equivocados produzem resultados equivocados^{43, 44}.

Osborne e Gaebler²² sugerem a fixação de metas e indicadores para a compreensão dos resultados face os recursos aplicados, ainda que seja em avaliações primárias. Entretanto, Thoenig⁴⁵ observa que a utilização de métodos de avaliação na administração pública na maioria dos países não é a regra.

Peixoto apud Costa⁴⁶ ressalta que o pragmatismo implícito na NGP permite a tendência da NGP ficar desvinculada de conteúdos ideológicos. Vale notar que, embora concebido no âmbito das reformas neoliberais que visaram à redução do papel do Estado, alguns elementos do gerencialismo podem ser úteis em outros contextos e propostas. É o caso da contratualização, tratada a seguir.

3.2 Contratualização

Segundo Lima e Rivera⁴⁷, o modelo da contratualização sustenta-se em um “tripé”: 1) no plano de atividades e nos recursos para a sua realização; 2) nos mecanismos de avaliação; 3) no sistema de incentivos que condiciona os recursos ao alcance de metas.

A contratualização é o principal instrumento do Gerencialismo ou Nova Gestão Pública (NGP). O contrato formaliza os meios para a obtenção de resultados, incluindo preços e qualidade condicionada ao desempenho³⁹.

Rezende⁴⁸; Lima²; Araújo³⁰; Trosa⁴⁹ explicam que na NGP as relações hierárquicas entre as instituições dão lugar às relações contratuais com critérios de desempenho, acompanhadas de uma e maior autonomia dos prestadores contratados. A ideia é romper com o modelo da hierarquia. Consideram a contratualização como afastamento do modelo hierárquico. Jann e Reichard⁵⁰ relatam que a flexibilização na formulação e execução orçamentária nos países por eles estudados são avanços da administração pública. É a lógica pós-burocrática que inclui o conceito de *accountability*.

Maior responsabilização e autonomia de gestão local são conceitos relacionados à descentralização. Observe-se que a descentralização que tratamos não é plena, ou seja, na NGP a formulação das políticas é de coordenação centralizada. A execução das mesmas é descentralizada. O controle sobre os resultados permanece centralizado³⁴. O modelo de gestão contratual difere do hierárquico e pressupõe capacitação das pessoas para a coordenação e execução das ações¹⁸.

A contratualização viabiliza ajustes, dado que a aquisição e a produção dos serviços são separados. Assim, é possível existirem adequações de escala às jurisdições de tamanhos variáveis, permitindo os acordos para a aquisição de quantidades eficientes²⁵.

Ademais, como destacam Mills, Hongoro e Broomberg³², mesmo que a contratualização não venha acompanhada de competição, a maior clareza de objetivos, de desempenho e de responsabilização dos atores compõem um relevante benefício potencial. Pacheco⁵¹ traz à reflexão o que deve ser contratado: a prestação de determinados serviços previamente especificados (*outputs*) ou a contribuição efetiva para a resolução de um problema (*outcomes*). Esta autora reconhece as dificuldades de se contratar *outcomes*, dada a complexidade de se avaliar os resultados finais. Lima² faz observação semelhante. Adicionalmente, segundo Maynard³, existe a complexidade da identificação do que realmente funciona na medicina com base em evidências. Não basta contratar e alcançar metas. Estas devem produzir valor ao paciente e também serem custo-efetivas.

A prática das contratualizações deve considerar o desempenho passado como referência para a contratualização dos serviços futuros. Em cada situação, são necessários cuidados e atenção, pois é possível existir passividade e acomodação à oferta e, como observa Cabral⁵², ocorrer perpetuação da inadequação. Este autor observa que, inicialmente, a contratualização nos hospitais tende a ser fortemente influenciada pela capacidade instalada.

A administração pública apresenta a complexidade dos objetivos múltiplos e, como lembra Abrucio²⁶, alguns conflitantes. A lista de alvos do objeto da contratualização, segundo Pacheco⁵¹, deve incluir flexibilidade, transparência de custos, melhora de desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação dos serviços públicos.

A contratualização exige avaliação contínua embasada em um sistema de informações voltado a metas e indicadores previamente definidos. Em geral, pode-se afirmar que o modelo da contratualização está sendo aceito como uma inovação na forma do relacionamento entre prestadores e gestores, ou seja, entre o “núcleo estratégico” e as “agências executivas”. Ademais, a real instalação do módulo de monitoramento e avaliação em cada contrato é de fundamental importância.

Ainda, é necessário rigor na proposição das metas, indicadores e também nas avaliações. Malik⁵³ aponta a necessidade de isenção nas avaliações e acrescenta que quem executa não pode ser o mesmo que define os objetivos e que avalia. O contraponto é que o contrato deve ser fruto da negociação. Thoenig⁴⁵ é favorável aos avaliadores participarem da formulação das metas e indicadores, o que favorece o aprendizado.

Na prática, existem dificuldades de alguns gestores em efetuar um monitoramento adequado dos contratos em prazos úteis. Há falta de prioridade na operacionalização das comissões de avaliação. As secretarias de saúde geralmente constituem pouca estrutura para o desempenho desta função. Oliveira⁵⁴ também fez esta observação quando relatou a experiência da contratualização no Município de Belo Horizonte. Observe-se que, sem o monitoramento com sentido de avaliação e cobrança de resultados, o contrato fica à deriva e, o que é pior, pode orientar-se por interesses não institucionais. La Forgia e Couttolenc⁵⁵ também observam que, para uma contratualização eficaz, deve existir uma infra-estrutura adequada para a elaboração, gerenciamento e monitoramento e avaliação dos contratos.

Leite, Souza e Nascimento⁵⁶ ressaltam a necessidade de as organizações possuírem competências gerenciais e instrumentos de avaliação e de estímulo ao bom desempenho, bem como a possibilidade da responsabilização de gestores e executores em caso de não cumprimento das metas pactuadas.

Os arranjos contratuais têm o potencial de vincular o plano regional de intervenção às ações de cada hospital, no sentido da coordenação da ação entre os prestadores da rede de atenção à saúde. Eles também podem estimular a cooperação entre os atores².

Para Hartz e Contandriopoulos⁵⁷, integração significa coordenação e cooperação entre provedores em redes assistenciais, reconhecendo a interdependência

dos atores, focando uma população adscrita. Os autores observam que nenhuma organização dá conta de atender sozinha a demanda dos usuários de uma rede de saúde. Os hospitais são um tipo de ponto de atenção à saúde com mais densidade tecnológica. Mesmo entre os hospitais, as referidas densidades e especialidades médicas são diferentes. Em resumo, têm-se vários pontos de atenção na rede assistencial que devem ser coordenados para a otimização do sistema. Neste sentido, o contrato facilita o diálogo e a formalização de acordos coordenativos.

Ademais, a contratualização exige atenção caso a caso, porque os hospitais reagem diferentemente aos incentivos. Isto é um complicador a ser apreendido pelo gestor enquanto coordenador da rede de serviços. La Forgia e Couttoleng⁵⁵ observam especialmente que existem diferenças dos efeitos da contratualização entre os prestadores públicos e privados. As diferenças também existem entre hospitais com e sem fins lucrativos e também entre as instituições com diferentes graus de autonomia e de responsabilidades nas prestações de contas.

Abrucio²⁶ recomenda a pluralidade de prestadores de serviços como condição importante para o êxito da contratualização, dado que maior leque de possibilidades na provisão dos serviços permite o controle e a competição. A singularidade pode fazer do gestor um refém do prestador. Rompe-se esta condição com a contratualização de mais prestadores, inclusive com buscas regionais.

Lima² dedica especial recomendação ao sistema de incentivo condicionado ao desempenho, com destaque para a qualidade das ações de saúde a serem prestadas. Os incentivos devem contemplar os prestadores e suas equipes. Acrescenta que os resultados dos incentivos devem ser monitorados, evitando possíveis distorções e, ainda, que a vinculação dos incentivos de premiação ou punição aos resultados é o núcleo da lógica contratual.

Abrucio²⁶ sugere incentivos à coordenação em equilíbrio com a competição em um sistema de redes de serviços com parcerias entre Estado, sociedade e mercado. O autor sugere um sistema mais flexível e, portanto, com mais condições de dar respostas às demandas dos cidadãos. Os contratos, segundo Abrucio²⁶, devem estar em um arcabouço lógico, inclusive com o envolvimento de outras áreas do Estado, além da saúde. Assim, em vez de competição, a contratualização pode-se dar em contexto de coordenação integrada com as demais funções públicas.

A relação contratual geralmente ocorre entre o gestor (estratégico) e o prestador (executivo). Esta forma tem sido referida como contratualização externa. Diferencia-se da contratualização interna dado que esta ocorre entre a direção dos prestadores e seus empregados ou colaboradores ou mesmo entre unidades administrativas dos prestadores como as clínicas, laboratórios e demais centros de custos⁵⁵.

Di Pietro⁵⁸ observa que os contratos intra-administração direta, sob a mesma personalidade jurídica, não assumem um formato legal perfeito. Funcionam mais como termos de compromissos. Cecílio et al.⁵⁹ relataram a experiência do pagamento de incentivos aos funcionários pelo alcance de metas o que configura uma contratualização interna do Hospital com seus colaboradores. Muitas das metas pactuadas com os funcionários também aparecem nas contratualizações dos gestores com os prestadores. O pagamento de parte do valor de forma seletiva às equipes do Hospital estimulou uma competição produtiva.

Malik⁵³ destaca um problema de equidade nas contratualizações quando considera que os hospitais apresentam estruturas, custos e serviços diferenciados. O pagamento com iguais referências não melhora a qualidade e estrutura dos hospitais que mais precisam. Esta observação sugere estímulos diferenciados por meio da contratualização, tendo o cidadão, que precisa dos serviços, como principal referência.

Chioro dos Reis⁶⁰ lembra a pouca cultura de avaliação sistêmica em intervenções que envolvam processos de contratualização de organizações hospitalares, tanto em nosso País como no exterior. Lima² concorda com o pouco conhecimento acumulado sobre os arranjos contratuais na compra de serviços de saúde e reconhece a necessidade do acompanhamento para a melhor identificação de problemas e dos possíveis ajustes.

A contratualização, dada sua periodicidade, permite um processo de ajuste e aprendizado. Ela envolve competências novas para gestores e prestadores no sentido da escuta e da negociação. Envolve também responsabilidades das partes, condições de término ou de alterações, substituindo as relações de poder pelo consenso em torno de metas e resultados⁵⁰.

Na contratualização, são necessários a flexibilização e ajuste contínuo do contrato. Trosa⁴⁹ ilustra esta necessidade com a situação ocorrida na Nova Zelândia, quando os hospitais suspenderam atendimentos por terem atingido suas metas. No caso, o entendimento foi de que as metas são alvos fixos e que seu alcance tem o mesmo sentido de sua superação.

Atenção especial deve ser dada à formatação do financiamento das unidades de saúde, dado o potencial indutor e a sensibilidade dos atores para a realização de ações de saúde em resposta aos estímulos financeiros. Ugá⁶¹, Andreazzi⁶², Ugá⁶³, e Jegers⁹⁷ et al. descrevem e confirmam os sistemas de alocação de recursos a prestadores (SAP) como potenciais elementos indutores das ações para os fins desejados das SMS e demais gestores, inclusive para a contenção de custos. Especialmente na saúde, a contratualização envolve a alocação de recursos vinculada a resultados, diferente dos modos tradicionais detalhados na seção seguinte.

3.3 Alocação de Recursos a Prestadores

A história e o interesse pelos modos de alocação de recursos a prestadores na saúde estão associados ao elevado crescimento dos custos, às crises econômicas e às dificuldades de financiamento destes serviços^{3, 61, 62, 55, 63, 96}. Em geral, ocorre preocupação com medidas de contenção de gastos e de incentivos financeiros para o comportamento dos prestadores em favor dos pacientes.

Os artigos de Ugá^{61,63} tratam da classificação dos sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de Saúde. A autora destaca cinco tipos básicos, que podem ser diferenciados entre aqueles que recebem os recursos financeiros antes da execução dos serviços de saúde e os que recebem após a realização dos mesmos. Os métodos que permitem que os recursos cheguem ao prestador antes da realização das ações (*ex-ante*) podem ser: de orçamento global e de alocação de recursos por capitação, proporcional aos habitantes da região de saúde a ser atendida (*per capita*). Os métodos que adotam pagamentos posterior à realização dos serviços (*ex-post*) são de valoração do ato médico, da diária hospitalar e o do pagamento prospectivo por procedimento.

Ugá⁶³ evidencia que todos os métodos tradicionais de alocação de recursos estão relacionados com algum problema desfavorável ao paciente, ao financiador ou a ambos. As virtudes e defeitos geralmente destacados nos métodos tradicionais são:

- a) Quanto ao **orçamento global**, este tem a virtude da previsibilidade dos recursos, da facilidade de realocação destes entre os prestadores e do controle e contenção de custos. Entretanto, não existe na sua forma pura, incentivo ao aumento da eficiência e da qualidade.
- b) Quanto à **alocação de recursos por capitação**, supondo uma população adscrita às unidades de saúde, os recursos são proporcionais à população. Não existe o estímulo para a prestação dos serviços necessários, pois os recursos independem da quantidade de serviços prestados, o que pode induzir à sub-prestação dos serviços. Por outro lado, o método permite a redistribuição de recursos, quando adotados valores *per capita* diferenciados.
- c) O **pagamento por diária hospitalar** considera o valor da diária e o tempo de permanência. O valor da diária geralmente é fixo para determinados níveis de complexidade e está relacionado a um custo médio. A remuneração não ocorre pelo custo real. O método estimula o prolongamento desnecessário da internação, considerando que os maiores custos tendem a se concentrar nos primeiros dias da internação (diagnósticos, cirurgias, etc.). Sistemas de diárias com valores decrescentes são de implantação complexa e sistemas com valores homogêneos de diárias desestimulam os procedimentos mais caros.
- d) O **pagamento por ato médico**, também referido como **itemizado**, corresponde ao pagamento de cada item que compõe o serviço final. É o método mais usado nas práticas liberais. Este método pode incentivar a realização de serviços desnecessários, além de trazer a imprevisibilidade de gastos para o financiador.
- e) O **pagamento prospectivo por procedimento** corresponde a um valor pré-determinado para o serviço final, independente de seu custo efetivo. Além da complexidade para determinar este valor e sua

atualização, existem as comorbidades e complicações do tratamento, uso de diferentes padrões tecnológicos e outras interferências. Este modo de pagamento estimula a eficiência pela redução de custos, mas pode também induzir uma piora na qualidade dos serviços com a não realização de despesas necessárias às ações de saúde de boa qualidade.

Outros autores também tratam dos sistemas de alocação de recursos a prestadores e seus problemas. Bitran e Yip⁶⁴ informam a possibilidade de alguns dos métodos de alocação de recursos a levarem à seleção e à sub-prestação de serviços, ameaçando a qualidade. O alerta é de fácil compreensão na hipótese da pré-fixação da remuneração de forma independente dos custos. Waters e Hussey⁶⁵ observam que, em forma geral, a inadequação dos recursos alocados em relação aos custos ou aos objetivos do serviço de saúde podem induzir os prestadores a comportamentos indesejáveis como a cobrança informal, a seleção de pacientes, as ações de saúde sem a qualidade necessária, e à sub ou super utilização de serviços. Com relação ao sistema de pagamento por ato médico, Bitran e Yip⁶⁴ relatam a superprodução dos serviços, além do necessário para a atenção à saúde das pessoas, com o conseqüente crescimento dos custos.

Waters e Hussey⁶⁵ sintetizam o potencial de indução dos modos de alocação de recursos a prestadores e sugerem níveis de intensidade quanto aos estímulos à prevenção de doenças, à distribuição dos serviços e quanto à contenção de custos. Também classificam os modos de alocação de recursos em prospectivos ou retrospectivos. Eles informam que os modos de alocação que induzem mais fortemente a contenção de custos na saúde são o de orçamento global, orçamento por programa e o de capitação.

O Orçamento programa difere do orçamento global pela inflexibilidade da migração dos recursos entre as rubricas de um orçamento e outro. Estes autores enfatizam que os modos de alocação de recursos por orçamento, global ou programa, por si só não incentivam a qualidade da atenção. A combinação de métodos ou de estímulos indutivos adicionais são necessários para que os objetivos da SMS ou do financiador sejam alcançados.

A partir dos métodos tradicionais, Ugá⁶³ avalia os sistemas alternativos da experiência internacional. São, de um lado, os sistemas mistos de alocação de recursos resultantes da combinação dos métodos tradicionais e, de outro, os que incorporam indicadores de desempenho, condicionando os repasses dos recursos ao cumprimento de metas físicas e qualitativas.

Assim, alocação de recursos condicionada a desempenho (P4P) é construída considerando as forças de indução que afastem ou minimizem os problemas associados aos métodos puros. O desempenho é avaliado pelo cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Ugá⁶³ lembra que a discussão internacional mais atual é a de buscar modos de alocação de recursos que resultem em aumento do valor para o paciente, em termos de ganhos no estado de saúde.

O instrumento da contratualização também parece se mostrar útil na articulação das redes de cuidados desde que as redes básicas tenham capacidade de alocação de recursos aos prestadores de níveis mais elevados de complexidade, como o caso em experiência do Sistema de Saúde Português, relatado por Ugá⁶³, em que os eventos de saúde que escapam ao nível de atenção primária podem ser atendidos em níveis mais especializados, com ônus para o nível básico de atenção, configurando a alocação de recursos por linhas de cuidado.

3.4 A Contratualização no Âmbito do Ministério da Saúde

Lima e Ugá⁶⁶ fazem referência a três sistemas de alocação de recursos atualmente predominantes no SUS. São eles: 1) os de orçamento global; 2) os de pagamento prospectivo por procedimento; 3) os sistemas mistos de orçamento global combinado com o pagamento prospectivo de procedimentos realizados em itens selecionados de alta complexidade e estratégicos. Este último modo de pagamento condicionado ao desempenho (metas) tem sido utilizado para os hospitais contratualizados.

O pagamento prospectivo por procedimentos, com base na Tabela Unificada de Pagamentos do SUS ainda é, com suas inadequações e distorções, a forma predominante de remuneração de prestadores no SUS¹³.

A partir de 2004, foi implementada no Brasil, como inovação, a política de contratualização. De forma geral, quando o hospital não está contratualizado, recebe toda a sua produção por meio do pagamento prospectivo dos procedimentos realizados com base nos sistemas ambulatorial (SIA) e de internações (SIH) do SUS. As Portarias do MS apresentam duas definições semelhantes para contratualização, relacionadas a este estudo. A primeira é referente aos hospitais de ensino e a segunda aos filantrópicos:

“Entende-se, para fins do caput deste artigo, processo de contratualização como o meio pelo qual as partes, o representante

*legal do hospital de ensino e o gestor do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos”.*⁶⁷

*“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”.*⁶⁸

A contratualização, no âmbito do Ministério da Saúde, focaliza quatro grupos de hospitais: os de ensino (HE), os filantrópicos (HF), os de pequeno porte (HPP) e os privados. Para os HE existe o pré-requisito da certificação que classifica o hospital como de ensino por meio de critérios claramente definidos em Portaria Interministerial (Educação e Saúde). Após a contratualização o ajuste das metas ocorre por meio do Plano Operativo Anual (POA) que admite termo aditivo em período menor que um ano para correção de rumos. O contrato e o POA devem ser acompanhados por comissão específica, inclusive com representantes dos usuários. Para motivar os HE a aderirem à contratualização foi oferecido um incentivo financeiro denominado de incentivo à contratualização (IAC).

Os HF apresentam processos muito semelhantes aos HE, com exceções relativas ao ensino, à pesquisa e de algumas especificidades, como a indicação de critérios de prioridades de contratação, forma do recebimento do IAC e homologação da contratualização na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) entre outras⁶⁶.

Os HPP, especialmente, podem complementar a atenção básica com a contratualização de metas compondo redes microrregionais. Os processos dos HPP também são apreciados pelos Conselhos de Saúde e CIB. Os recursos são alocados por meio de orçamento global vinculado ao cumprimento de metas⁶⁶.

A Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010⁶⁹, trata especificamente da participação complementar dos serviços privados de assistência no âmbito do SUS. Indica a supervisão do Controle Social e a integração com o SUS. O referido documento especifica as prioridades de contratação, a necessidade de plano operativo e a pactuação de metas.

A Lei 8080/90, artigo 18⁷⁰, prevê a relação com os prestadores por meio de convênio ou contrato. A Norma Operacional Básica de 2002⁷¹ já informava a inovação da preferência pela contratualização de serviços de saúde, afastando a simples

remuneração por produção, pelo menos para hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo.

A Portaria GM/MS 1044, de 01 de junho de 2004⁷², estimulou os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), considerados entre estes os de até 50 leitos, a aderirem a um processo de contratualização com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas vinculadas a um orçamento condicionado ao desempenho. Esta forma de financiamento do prestador substituiu o pagamento por procedimento nas internações hospitalares. O pagamento por produção permanece nos atendimentos ambulatoriais.

Em termos de números de hospitais, os HPP representam mais da metade das instituições no Brasil. O artigo de Ugá e López⁷³ traça o perfil desta tipologia de hospitais. As autoras informam que são unidades de baixa densidade tecnológica com importante capilaridade que podem contribuir para a atenção integral no SUS, com potencial de ampliação da resolutividade da atenção básica. O referido trabalho conclui que de 2004 até 2006 não foram observadas mudanças no perfil da produção dos HPP. Ressalvam, entretanto, que a falta de uma política de recursos humanos e de investimento contribuíram para os poucos resultados até 2006 e que o programa foi implantado definitivamente a partir de 2005.

Ainda em 2004 ocorreram importantes medidas com o objetivo de melhorar a gestão dos hospitais universitários públicos e privados que estavam reconhecidamente em crise. Ocorreu a definição e qualificação dos hospitais de ensino e a implantação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

Foram emitidas Portarias Interministeriais do Ministério da Educação e da Saúde de números 1000⁷⁴, 1005⁷⁵, 1006⁷⁶, todas de 2004, com a finalidade de certificação dos HE. Ainda neste ano, ocorreu a publicação, pelo Ministério da Saúde, de outras Portarias regulamentando o mesmo tema como, por exemplo, a Portaria nº 2.352/GM, de 26 de outubro de 2004⁷⁷, que regulamentou a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização dos hospitais de ensino do Ministério da Saúde. Esta Portaria já prevê a retenção de um valor e condiciona o mesmo à análise de desempenho. Com o mesmo sentido, ocorreu a emissão das Portarias 1702/2004⁶⁷ e 1703/2004⁷⁸, tratando dos demais Hospitais de Ensino.

Estas portarias formalizam a certificação, o financiamento dos hospitais de ensino e a implementação da modalidade de orçamento condicionado ao desempenho para as ações de média complexidade, introduzindo o conceito da contratualização nos mencionados hospitais.

O escopo da inovação é desenhado com a adoção do orçamento condicionado ao desempenho, especialmente para os procedimentos de média complexidade (parcela condicionada ao desempenho - PCD) com um subcomponente com potencial indutor, condicionado ao cumprimento de metas de qualidade. As ações estratégicas e as de alta complexidade, em geral, continuam a ser financiadas por pagamento prospectivo por procedimento (parcela paga por produção - PPP).

A Portaria 1702/GM//2004⁶⁷ faz referência à composição do valor fixo mensal e seu subcomponente condicionado ao cumprimento de metas e ainda, ao valor correspondente à produção de serviços (pago por produção). O anexo da referida Portaria, em sua parte referente aos recursos financeiros (inciso V), esclarece o que o subcomponente inicialmente deverá ser de no mínimo 10% da PCD. Este valor deverá ser revisto e aumentado em pelo menos 5% até o percentual máximo de 50% dos recursos previstos na orçamentação mista.

Como estímulo à adesão ao processo de contratualização o Ministério da Saúde criou incentivos à contratualização. Para a definição dos valores de incentivo à adesão ao novo modelo de financiamento, foram editadas as Portarias 2.352/GM/2004⁷⁷ e 1.703/GM/2004⁷⁸. A primeira tratou especificamente do caso dos hospitais de ensino do MEC e a segunda dos demais hospitais de ensino.

A base de cálculo para o repasse fixo mensal foi o valor da série histórica de serviços produzidos, acrescidos de reajustes de procedimentos e de incentivos mencionados no artigo 4º da Portaria 1.006/2004, para os hospitais de ensino do MEC, e pelos valores indicados no inciso V do anexo da Portaria 1.702/GM/2004⁶⁷ para os demais hospitais de ensino.

Em síntese, ocorreu a disponibilidade de dinheiro novo no sistema para os hospitais de ensino e uma importante adesão dos mesmos à contratualização⁵⁵.

Em 2005, situação semelhante foi apresentada para os hospitais filantrópicos. As portarias 1.721/GM/2005⁶⁸ e 635/SAS/2005⁷⁹ definiram os critérios e os incentivos à contratualização dos hospitais filantrópicos.

4 AS CONTRATUALIZAÇÕES DE HOSPITAIS E SEUS RESULTADOS NO MUNICÍPIO

A gestão atual da saúde no Município estudado é organizada administrativamente pela Secretaria Municipal de Saúde(SMS) e Autarquia Municipal de Saúde, com os recursos centralizados no Fundo Municipal de Saúde, o qual possui CNPJ próprio. A SMS executa diretamente ações de saúde na atenção básica, programas prioritários, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outros serviços característicos da rede assistencial básica.

Por meio de prestadores de serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados, a maioria deles contratualizados, oferece serviços hospitalares, principalmente de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. O Município é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde e da Regional de Saúde do Estado.

Quadro 3 – Hospitais e Leitos vinculados ao SUS por meio da contratualização no Município (Setembro/2012)

Casos estudados	HOSPITAL	LEITOS			REGIME JURÍDICO	PERFIL DE COMPLEXIDADE
		SUS	NÃO SUS	TOTAL		
Caso -1	H1	313	0	313	Público	Geral nível II
Caso -2	H2	162	94	256	Filantrópico	Geral Nível II
Caso -3	H3	133	94	227	Filantrópico	Geral Nível II
Caso -4	H4	99	29	128	Filantrópico	Especializado
Outros Hospitais	outros	503	54	557	--	--
Total de 10 casos	TOTAL	1210	271	1481	--	--

Fonte: CNES⁸.

Nota: Perfil de Complexidade conforme classificação utilizada em Barbosa et al.¹⁰.

4.1 Hospitais, Elementos dos Contratos e Formas de Alocação de Recursos no Município.

A contratualização é associada a um modelo de alocação de recursos a prestadores, incentivado pelo Ministério da Saúde, que envolve a vinculação de um volume dos recursos ao alcance de metas físicas e qualitativas. Estas incluem a indicação das condições da estrutura, dos processos e da prestação dos serviços. Entretanto, não existe um modelo único de contratualização no município, sendo observadas variações importantes de um caso para outro.

Os quatro casos estudados apresentam sistemas mistos de alocação de recursos condicionados ao desempenho, como descrito em Ugá⁶³. Eles são compostos de uma parcela condicionada ao desempenho (PCD), destinada principalmente para ações de média complexidade e de outra parcela, paga por produção (PPP), realizada por meio de pagamento prospectivo por procedimento, destinada aos itens de alta complexidade e ações estratégicas com previsão na Tabela Unificada do SUS. A PCD inclui subcomponentes relacionados ao alcance de metas físicas e de qualidade, ou seja, ao desempenho. A parcela paga por produção também pode conter outros recursos, para pagamento *ex-post*, dependendo das condições contratuais.

O outro modelo de relação entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e os prestadores existentes no Município é o que condiciona, por meio de credenciamento, o repasse dos recursos. Este modelo remunera os atendimentos previamente realizados. Na classificação apresentada em Ugá⁶³ corresponde ao pagamento prospectivo por procedimento. O credenciamento é ato do gestor de certificação de um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas Tabelas do SUS podendo ou não necessitar de ratificação do gestor federal⁸⁰.

No modelo contratual de serviços de saúde, existe um escopo básico comum aos contratos administrativos. Em todos os casos estudados, os contratos foram firmados entre entes com personalidade jurídica própria, o que caracteriza compromisso com efeitos legais. Os contratos, presentes em todos os casos, têm vigência de sessenta meses, prazo limite frequentemente encontrado nos instrumentos regidos pelo direito administrativo. Os contratos, em geral, contemplam: a) caracterização das partes; b)

definição do objeto; c) definição dos recursos e condições de repasses; d) condições gerais e específicas; e) vigência; f) condições de rescisão; g) penalidades; h) Fórum para resolver os conflitos. Entre as condições dos contratos está a obrigação da execução do Plano Operativo Anual (POA) pelo prestador. A maioria das contratualizações estudadas faz referência explícita à Lei de Licitações, seja no preâmbulo, seja nas cláusulas referentes às penalidades, o que caracteriza os contratos realizados como de direito administrativo.

As condições gerais dos contratos remetem aos POA e aos critérios de avaliação. Eles definem, em suas cláusulas, os aspectos gerais e específicos de cada parte. O POA é importante documento da contratualização. Nele são depositadas as expectativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com relação ao prestador. Assim, no referido documento são fixadas as metas e as condições dos serviços pactuados entre as partes. Desta forma, somam-se aos tópicos comuns aos contratos administrativos, as ações programadas e reguladas pelos POA. Estas são apresentadas em partes, geralmente abrigadas em títulos inicialmente sugeridos nos termos de referências, anexos às Portarias do Ministério da Saúde. Na prática, estes tópicos variam dado às especificidades de cada hospital e, em síntese, podem ser resumidos em duas tipologias básicas: as metas físicas relacionadas ao volume da produção e as qualitativas definindo, inclusive, as condições do ambiente de acolhimento, da segurança, conforto do paciente, e outras qualitativas. A noção de desempenho está associada às metas quantitativas e qualitativas. Em consulta à SMS obteve-se a informação de que o sistema de pontuação previsto inicialmente nos contratos e POA para avaliação das metas não foi utilizado plenamente e sim como subsídio às comissões de avaliação que concluem ou não pelo cumprimento do contrato.

A contratualização no Município foi iniciada em 2005 com a adesão do **H1** ao programa, atraído pelos recursos do Incentivo à Contratualização (IAC). O **H1** também se qualificou como hospital de ensino junto ao Ministério de Educação e Ministério da Saúde.

Outros hospitais públicos, filantrópicos e privados com finalidade de lucro, foram motivados por incentivos diferenciados. Para os hospitais de ensino e filantrópicos o IAC está explicitamente previsto em Portarias do Ministério da Saúde^{77, 78, 68, 79}. Para os hospitais privados com finalidade de lucro, a contratualização foi a

oportunidade de formalização de sua relação com a SMS, o que aumenta a previsibilidade do fluxo de recursos, facilitando a gestão financeira do prestador.

No período de estudo, não ocorreram experiências de contratualização de Hospitais classificados como de pequeno porte (HPP), considerando que o Município não se enquadra em todos os critérios definidos pela Portaria relativa às condições de adesão ao programa⁷², ou seja, por ter mais de 30.000 habitantes.

4.2 Relatórios e Considerações Sobre os Casos

Precede a apresentação dos casos esclarecer o sentido dado para o termo parcela condicionada ao desempenho (PCD). O entendimento é de parcela calculada com base no orçamento global, com parte (ou totalidade) dos recursos vinculada previamente ao desempenho. Adicionalmente, adota-se o termo “sistema misto condicionado ao desempenho” quando existe na previsão dos recursos uma parcela condicionada ao desempenho (metas) e outra paga por produção, combinando modos diferentes de alocação de recursos. É o caso do prestador **H1**, e de outros que serão vistos nos relatórios seguintes. O trabalho de Ugá⁶³ faz referência aos sistemas mistos de alocação de recursos, no sentido da combinação de modos de alocação distintos e simultâneos a um mesmo prestador.

O item apresenta as quatro unidades de análise na forma de estudo de caso, com a seguinte sequência de informações: a) identificação do hospital; b) contratualizações realizadas; c) alocação dos recursos financeiros; d) a composição dos POA; e) a evolução da produção do hospital antes e depois da contratualização; e.1) complexidade dos atendimentos; e.2) alcance das metas físicas; e.3) variações no volume da produção; f) síntese do caso relacionando-o com a hipótese da pesquisa; f.1) síntese do questionário.

CASO 1: H1

a) Identificação do Hospital H1

Trata-se de um hospital público de ensino com 313 leitos⁸. Em 2011, realizou 12.264 internações. Este hospital dedica 100% de seus leitos ao SUS; portanto, é totalmente dependente dos recursos públicos do SUS. É o maior hospital do Município em termos de produção de serviços de internação para o SUS. Segundo a classificação quanto ao perfil de complexidade assistencial dos atendimentos referido por Barbosa et al.¹⁰, é hospital geral tipo II, com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Também é referido no SUS como hospital terciário.

b) Contratualizações do H1

Ao contratualizar com o **H1**, a Secretaria Municipal de Saúde espera que este prestador seja inserido na rede assistencial pública, segundo os princípios e diretrizes do SUS, como centro realizador de procedimentos de alta complexidade e executor das políticas prioritárias por meio das ações estratégicas, além de ser centro formador de recursos humanos (**H1**,2005,2010).

O processo da contratualização da SMS com o **H1** foi orientado pela Portaria 1.702/GM/2004⁶⁷, por se tratar de hospital de ensino. O primeiro contrato foi firmado em 28/11/2005 com prazo de vigência de cinco anos. Este contrato teve quatro planos operativos e dois aditivos. Observa-se que os aditivos ajustaram valores e itens pactuados. Em 08/06/2010 foi realizado um novo contrato ao qual se vinculou mais um plano operativo, totalizando assim cinco POA do prestador **H1**.

Trata-se de contratos entre entes públicos - a SMS e a Universidade à qual o **H1** vincula-se. Tanto a SMS como a Universidade possuem registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) próprios, o que caracteriza uma contratualização com escopo jurídico bem definido. A citada Universidade e a representante da SMS são autarquias públicas e, portanto, com limitado poder discricionário na contratação de pessoal e de insumos.

Estão especificados nos contratos os recursos financeiros, os critérios de avaliação, a Comissão de Acompanhamento do Contrato e demais condições. Por ser um Hospital de Ensino, os POA do **H1**, além das condições comuns aos demais prestadores, especificam também compromissos com sentido acadêmico no que se

refere à formação de profissionais de saúde tais como as atividades dos cursos de graduação, das residências médicas, dos cursos de pós-graduação e pesquisas de forma integrada à rede de serviços.

Este hospital, por sua estrutura e característica, deve efetuar procedimentos de alta complexidade e ações estratégicas (**H1**, 2005,2010). Ainda, de acordo com sua capacidade, constituir-se em Centro de Referência para Alta Complexidade (**H1**,2005,2010). As metas físicas e qualitativas são declaradas nos POA. O Quadro 4 resume os contratos, os POA e os meses considerados para a composição das médias mensais da produção a serem comparadas com os dados pactuados.

Em consulta à Secretaria de Saúde do Município (SMS) obteve-se a informação de que os Planos Operativos Anuais (POA) de algumas unidades contratualizadas tiveram avaliações e negociações atrasadas, o que implicou em variação no número de meses de vigência dos POA fato que ser observado no quadro a seguir e em outros casos deste estudo:

Quadro 4 – Contratos e POA do **H1** disponíveis para análise e períodos de vigência.

Contratos	Data Assinatura do Contrato	POA	Data de assinatura dos POA	Data início vigência do POA	Data Fim Vigência POA	Meses considera dos no POA Início	Meses considerados no POA Fim	Nº de meses considera dos em cada POA
Contrato 1	28/11/2005	1	28/11/2005	28/11/2005	30/11/2006	Dez/2005	Nov/2006	12
		2	30/11/2006	30/11/2006	30/11/2007	Dez/2006	Nov/2007	12
		3	30/11/2007	30/11/2007	29/11/2008	Dez/2007	Nov/2008	12
		4	29/11/2008	29/11/2008	01/05/2010	Dez/2008	Abril/2010	17
Contrato 2	08/06/2010	5	08/06/2010 Retroativo a 01/05/2010	01/05/2010	Válido como referência até novo POA	Mai/2010	Dez/2011	20

Fonte: Contratos e POA do prestador **H1**.

c) Alocação de Recursos Financeiros nos Contratos do H1

Os valores relacionados com a contratualização do **H1** estão detalhados no Quadro 5. Ele informa a composição dos recursos em duas parcelas: uma condicionada ao desempenho (PCD) e outra paga por produção (PPP). A soma das parcelas compõem os recursos financeiros mensais do prestador.

No caso da parcela condicionada ao desempenho, sua maior parte destina-se ao financiamento dos procedimentos de média complexidade. A parcela paga por produção destina-se principalmente a remuneração dos procedimentos de alta complexidade e de ações estratégicas, tanto ambulatoriais como hospitalares. Outros recursos podem integrar estas parcelas como, por exemplo, o valor destinado à implementação do serviço de epidemiologia hospitalar no **H1** que está incluído na parcela condicionada ao desempenho do prestador (Quadro 5). Os modos de alocação de recursos são os pactuados nos contratos realizados entre a SMS e os prestadores. Eles ajustam a forma de alocação dos recursos para as citadas parcelas.

Com relação à parcela condicionada ao desempenho (PCD) do **H1**, a alocação ocorre por meio do modo de orçamento global ajustado por desempenho (cumprimento de metas), sendo que 90% da parte condicionada ao desempenho é transferida automaticamente ao prestador. Os 10% restantes ficam retidos, com liberação prevista somente após a verificação do cumprimento das metas qualitativas (**H1**, 2005, 2010). Desta forma, a parcela condicionada ao desempenho apresenta dois subcomponentes: um com transferência de recursos, automática, *ex-ante* (90%) e outro com transferência após a verificação do cumprimento das metas, *ex-post* (10%). Para ambos contratos, variações no cumprimento das metas físicas de até 5% não motivam alterações no montante correspondente na parcela condicionada ao desempenho (**H1**, 2005, 2010).

Com relação à parcela paga por produção (PPP), que contém previsão de recursos para o financiamento da alta complexidade e das ações estratégicas, as transferências ocorrem de acordo com a produção mensal, pelo modo de pagamento prospectivo por procedimento, com referência de valores na Tabela Unificada do SUS (**H1**, 2005, 2010).

Ambos contratos do prestador **H1** são semelhantes e preveem Comissão de Acompanhamento e Fiscalização composta por integrantes do Hospital, da

Comunidade Acadêmica dos Usuários e da SMS, com previsão de reuniões mensais. A Comissão tem a atribuição de verificar o cumprimento das metas (H1, 2005, 2010). Esses contratos não preveem explicitamente critério de exclusão do modelo contratual em função ao não cumprimento das metas, mas estão submetidos às penalidades da Lei de Licitação.

Quadro 5 - Recursos financeiros destinados à contratualização do **H1**.

Em reais, por mês.		Nov./2005 1º Contrato	Nov./ 2007 1º Aditivo	Out./ 2008 2º Aditivo	Jun./ 2010 2º Contrato
Condicionado ao desempenho	Valor da Média Complexidade Ambulatorial e hospitalar	953.208,721	-	1.222.829,46	1.505.594,24
	Epidemiologia Hospitalar	-	5.000,00	5.000,00	5.000,00
	Valor repassado ao hospital a título de Fator ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS)	384.454,00	-	384.454,00	384.454,00
	Incentivo à contratualização de acordo com a Portaria GM 1703 de 17 de agosto de 2004	289.946,00	-	289.946,00	318.940,60
	Incentivo para a Assistência a População Indígena – IAPI	1.500,00	-	1.500,00	1.500,00
	Subtotal	1.629.108,72	5.000,00	1.903.729,46	2.215.488,88
Pago por produção	Procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar	363.150,75(*)	-	287.000,00	598.783,20
	Ações estratégicas – MS/ (FAEC)		-	376.548,00	550.000,00
	Subtotal	393.150,75	5.000,00	663.548,00	1.148.783,20
Total	2.022. 259,41	5.000,00	2.567.277,46	3.364.272,08	

Fonte: (H1, 2005, 2010); (ADITIVO H1, 2007, 2008). (*) Valor agrupado - inclui FAEC+ alta complexidade

c) Composição do Plano Operativo Anual (POA) do H1

Os POA deste Hospital são compostos por grupos de compromissos, contendo metas físicas e qualitativas.

O Quadro 6 mostra as quantidades de metas a serem avaliadas. As metas qualitativas são em maior número.

Quadro 6 - Grupos de compromissos e metas dos POA do H1

GRUPOS	Nº metas: H1_POA_1,2,3,4 (Dez/2005 a Abril/2010)	Nº de metas: H1_POA_5 (Maio/2010 a Dez /2011)
Metas qualitativas	47	59
Metas físicas	25	29
Total de metas	72	88

Fonte: POA de 1 a 5 do **H1**

Nota: as metas dos **H1_POA_1,2,3,4** são idênticas.

Para este estudo são especialmente relevantes as metas físicas comparadas com os dados de produção do DATASUS. A seguir evidencia-se as metas físicas declaradas nos cinco POA do prestador **H1** (Quadro 7).

Quadro 7 - Metas físicas mensais por POA do H1

HOSPITAL H1	H1_POA_1	H1_POA_2	H1_POA_3	H1_POA_4	H1_POA_5
Metas físicas (dados mensais)	Dez/2005 a Nov/2006	Dez/2006 a Nov/2007	Dez 2007 a Nov/2008	Dez/2008 a Abril/2010	Mai/2010 a Dez/2011
Internações cirúrgica	282	282	282	282	410
Internações obstetrícia	87	87	87	87	91
Internações médica	360	360	360	360	(*)275
Internações pediátrica	152	152	152	152	105
Urg. e emergência	3.755	3.755	3.755	3.755	2.425
Ações méd. básicas	2.369	2.369	2.369	2.369	-
Consultas especializadas	5.759	5.759	5.759	5.759	1.290
Cirurgias ambulatoriais	241	241	241	241	300
Procedimentos ortopédicos	16	16	16	16	-
Patologia clínica	26.929	26.929	26.929	26.929	31.000
Anatomia patológica	518	518	518	518	460
Radiodiagnóstico	2.511	2.511	2.511	2.511	2.500
Exames de ultrassom	644	644	644	644	783
Diagnose	2261	2261	2261	2261	-
Fisioterapia	2.018	2.018	2.018	2.018	1.300
Terapias especializadas	1.247	1.247	1.247	1.247	10
Anestesia	12	12	12	12	-
Estudo hemodinâmico	5	5	5	5	-
Terapia renal substitutiva	209	209	209	209	210
Quimioterapia	145	145	145	145	150
Medicina nuclear “in vivo”	33	33	33	33	35
Radiologia intervencionista	4	4	4	4	20
Tomografia computadorizada	83	83	83	83	200
Hemoterapia	6.327	6.327	6.327	6.327	-
Acomp. pós-transplante	2	2	2	2	-
Ações Col. e ind. de saúde					330
Coleta de Material					9.000
Biópsias e punções					50
Diagnóstico por endoscopia					183
Diag. em especialidades					1.828
Teste rápido					100
Trat. Clín. Outras especial.					6.853
Tratamentos clínicos					60
Tratamento odontológico					10
Coleta–transplantes					500
Queimados OPN					7
Número de metas físicas	25	25	25	25	29

Fonte: H1_POA_1,2,3,4 e 5.

(*) Inclui 6 colangiopancreatografia com internação em clínica médica.

Os cinco POA do **H1** envolvem a pactuação de metas físicas de internação, ambulatoriais, urgência e emergência. As informações reunidas permitem a avaliação do Caso 1 com relação aos tipos de metas e respectivos volumes, a comparação do volume pactuado com o realizado, a variação produção entre os POA, e a conformidade com os contratos no que se refere à função do prestador na rede hierarquizada conforme apresentado a seguir.

e) Evolução da Produção no H1

As séries de dados de produção com relação a este prestador facilitam as observações quanto à sua atuação na rede assistencial. As informações permitem avaliar a complexidade dos atendimentos, o alcance das metas físicas e o volume de produção antes e depois da contratualização.

e.1) Complexidade dos Atendimentos no H1

Os dados obtidos levam à verificação da conformidade contratual com relação ao desempenho do hospital no seu papel na rede hierarquizada. Os contratos preveem a integração do **H1** com as centrais de regulação e a execução de ações de alta complexidade e estratégicas. Indicam o acesso ao SUS, preferencialmente por meio das Unidades Básicas de Saúde. Os contratos firmados indicam o **H1** como Centro de Alta Complexidade e são omissos quanto às ações de média complexidade (**H1**, 2005, 2010).

e.1.1) Internações no H1

Dividindo-se o período de análise em antes e depois da contratualização, o número médio de AIH (internações) registradas como ações de alta complexidade da primeira série temporal (2000-2004) foi de 795 internações/ano. Para a segunda série (2006-2010), o número médio foi de 1.169 internações/ano. Assim, é fato que ocorreu aumento de 47,1% dos procedimentos de maior complexidade nas internações realizadas por este prestador, após a contratualização, ou seja, após 2005 (Tabela 1). Em consulta à SMS confirmamos que novos credenciamentos em alta complexidade como cirurgias cardiovasculares e de obesidade

mórbida ocorreram nesta época, reforçando a característica deste prestador como terciário e de referência para a macrorregião em que está inserido. Situação semelhante pode ser observada quanto aos procedimentos estratégicos em pacientes internados. Estes atendimentos apresentaram uma média de 124 internações/ano (2000-2004) no período prévio à contratualização e uma média de 228 internações/ano no período posterior à contratualização (2006-2010). O aumento por este critério foi de 83,9 %. Os dados disponíveis na Tabela 1 evidenciam tendência de aumento dos procedimentos de alta complexidade e de ações estratégicas, após a contratualização. Por outro lado, no mesmo período de análise e pelo mesmo critério, ocorre redução de 16,2% das internações de média complexidade, o que é desejável para este prestador que deve dedicar-se prioritariamente para a atenção à saúde de alta complexidade e ações estratégicas do SUS (H1,2005, 2010).

.Tabela 1 – Internações (AIH) do **H1** segundo a complexidade do procedimento e valores médios antes e depois da contratualização

Ano	Alta complexidade	Estratégicos com internação	Média complexidade	Total	% Alta complexidade	% Média complexidade	% (Alta complexidade + estratégicos com internação)
2000	765	136	15.911	16.812	4,55	94,64	5,36
2001	734	146	14.469	15.349	4,78	94,27	5,73
2002	725	113	13.535	14.373	5,04	94,17	5,83
2003	924	149	14.528	15.601	5,92	93,12	6,88
2004	825	78	13.820	14.723	5,60	93,87	6,13
2005(*)	801	43	13.150	13.994	5,72	93,97	6,03
2006	973	62	13.652	14.687	6,62	92,95	7,05
2007	988	99	12.676	13.763	7,18	92,10	7,90
2008	1.135	327	12.381	13.843	8,20	89,44	10,56
2009	1.286	425	11.676	13.387	9,61	87,22	12,78
2010	1.461	226	10.197	11.884	12,29	85,80	14,20
MÉDIA ANTES	795	124	14.453	15.372	-	-	-
MÉDIA DEPOIS	1.169	228	12.116	13.513	-	-	-
VARIAÇÃO %	47,1	83,9	(16,2)	(12,1)	-	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹

Notas: (*) ano da contratualização. Frequência por ano de competência de 2000 até 2007. Frequência por ano de internação partir de 2008.

e.1.2) atendimentos Ambulatoriais no H1

Com relação aos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade do **H1**, encontramos situação diversa à verificada nas internações (Tabela 2). A observação da série temporal (2000–2011) mostra diminuição relativa dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, especialmente a partir de 2008. A diminuição também é observada na comparação da média anual de atendimentos entre o primeiro conjunto de dados (2000-2004), que foi de 71.001 atendimentos/ano, em relação à média do segundo conjunto (2006-2010) que foi de 43.585 atendimentos/ano. Essa redução de 38,6% é fato relevante, considerando o compromisso contratual do o **H1** efetuar procedimentos estratégicos e de alta complexidade.

Em consulta ao prestador **H1** sobre a queda nos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade a partir de 2008, identificou-se como causa provável a reclassificação dos procedimentos de hemoterapia de alta complexidade que passaram a ser, a maioria deles, contabilizados como de média complexidade. Esta ocorrência também pode explicar parte do aumento da produção ambulatorial de média complexidade do prestador **H1**, após 2008. De qualquer forma, os dados disponíveis no DATASUS sobre os atendimentos ambulatoriais do **H1** são os apresentados na Tabela 2.

Adicionalmente, observa-se que a eventual interferência da reclassificação dos procedimentos de hemoterapia pode afetar somente este prestador, entre os casos da tese, dado que os demais não possuem este serviço em regime ambulatorial.

Por outro lado, no período específico de 2009 a 2011, verifica-se na referida Tabela um aumento dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, passando de 23.909 em 2009 para 32.045 procedimentos em 2011. Estes dados mais recentes ficam compatíveis com o perfil de complexidade desejado pela SMS para este prestador.

Tabela 2 - Produção ambulatorial por complexidade do **H1** e valores médios antes e depois da contratualização

Ano	Atenção básica	Media complexidade	Alta complexidade	Total	% Alta complexidade	% Média complexidade	% Alta + Média complexidade	% Atenção básica
2000	179.340	709.413	75.471	964.224	7,8	73,6	81,4	18,6
2001	146.049	491.726	68.346	706.121	9,7	69,6	79,3	20,7
2002	159.799	503.272	69.397	732.468	9,5	68,7	78,2	21,8
2003	132.972	585.162	68.737	786.871	8,7	74,4	83,1	16,9
2004	138.772	568.359	73.055	780.186	9,4	72,9	82,2	17,8
2005(*)	117.699	556.084	72.027	745.810	9,7	74,6	84,2	15,8
2006	125.461	571.574	71.784	768.819	9,3	74,3	83,7	16,3
2007	139.126	587.435	66.239	792.800	8,4	74,1	82,5	17,6
2008	134.538	580.636	24.558	739.732	3,3	78,5	81,8	18,2
2009	197.350	678.304	23.909	899.563	2,7	75,4	78,1	21,9
2010	204.007	767.840	31.435	1.003.282	3,1	76,5	79,7	20,3
MÉDIA ANTES	151.386	571.586	71.001	793.974	-	-	-	-
MÉDIA DEPOIS	160.096	637.158	43.585	840.839	-	-	-	-
VARIAÇÃO %	5,8	11,5	(38,6)	5,9	-	-	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹

Notas: De 2000 a 2007, frequência por ano de cobrança. De 2008 a 2011, por do ano de atendimento. (*) ano da contratualização. Em 2011 o **H1** realizou 32.045 procedimentos de alta complexidade.

A partir de 2008 com a unificação da Tabela implantada pela Portaria MS/GM 321 de 08/02/07, quase a totalidade dos procedimentos de hemoterapia, classificadas como de Alta complexidade, migraram para a categoria de Média Complexidade.

A verificação do aumento dos atendimentos ambulatoriais de atenção básica contraria o esperado para este prestador. A média anual antes da contratualização (2000-2004), que era de 151.586 atendimentos básicos/ano, passou para 160.096 atendimentos após a contratualização (2006-2010). O aumento foi de 5,8% (Tabela 2).

O aumento dos atendimentos básicos no **H1** não favorece a lógica da hierarquização do sistema e não estava previsto no contrato que indica preferencialmente a redução destes atendimentos. Em consulta ao prestador, uma causa sugerida foi a existência de deficiências na rede básica, bem como a procura espontânea no pronto-socorro. Estes casos, apesar de não se alinharem com a hierarquização do sistema, não escapam à regulação da SMS, ou seja, ao consentimento do gestor. Ocorre que o sistema cede à pressão da demanda por estes serviços de saúde. Ademais, muitos dos casos de atenção básica do Município, que dependem de algum suporte tecnológico para o diagnóstico (RX, Laboratório Clínico e outros), procuram o ambulatório do **H1** por ser hospital com “fama” de resolver o problema de saúde do paciente, ou seja, de ser uma unidade com maior grau de resolubilidade.

A determinação da SMS, em todos os contratos, é a de reorientar essa demanda espontânea às UBS e, a partir delas, dar o encaminhamento às especialidades. No caso dos atendimentos básicos, o **H1**, por ser hospital público, com capacidade para a realização de exames ambulatoriais de apoio ao diagnóstico, pactuou em seus POA (de 1 a 4) a disponibilidade de prestar apoio à rede assistencial do SUS. Tal registro não ocorre no **H1_POA_5**. Assim, pelo menos até o **H1_POA_4**, os números dos atendimentos básicos têm conformidade com o contratualizado e podem explicar, em parte, os números dos atendimentos básicos do **H1** na Tabela 2.

Com relação aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, o volume dos mesmos no **H1** aumentou após a contratualização, contradizendo a expectativa de maior hierarquização do sistema. O aumento foi de 11,5% (Tabela 2). Como mencionado, o evento pode estar relacionado, em parte, com a reclassificação dos procedimentos de hemoterapia que passaram a ser contabilizados, em sua maioria, como de média complexidade.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais classificados como estratégicos, ocorreu redução a partir de 2008. Neste ano, a produção foi de 19.449 atendimentos ambulatoriais estratégicos. Em 2011 foram registrados 14.780

atendimentos⁸¹ desta espécie. Os procedimentos do FAEC, em que pese ser o pagamento por produção (pós-fixado) e extra-teto (teto livre), em um serviço público que não conta com mecanismos internos de incentivos aos profissionais, em especial aos médicos, acabam não sendo efetivamente estimulados. b) A pressão da demanda de média complexidade também é um fator relevante que restringe o aumento de procedimentos de FAEC, e igualmente os de Alta Complexidade.

e. 2) Alcance das Metas Físicas H1

e.2.1) Alcance das Internações no H1

Em geral, as metas referentes a internações alcançaram elevados percentuais de cumprimento (Tabela 3). Em quatro dos cinco POA, o percentual médio de cumprimento das metas físicas comparáveis foi superior a 90%. Note-se ainda que, em média, o **H1_POA_5** ultrapassou a meta em 18,5% o que é indício de extrapolação das metas, podendo motivar o prestador a buscar ajuste no contrato.

Por outro lado, a Tabela 3 mostra que existem metas de internação as quais, no detalhamento por clínica, não corresponderam plenamente às expectativas da SMS registradas nos POA, ou seja, as quantidades de internações em clínicas específicas ficaram abaixo do pactuado. Em outros casos (clínica cirúrgica), o volume ultrapassou as metas contratuais.

Em média, considerando valores que ficaram abaixo da meta e acima dela, o prestador **H1** cumpriu em torno de 100,0% do volume pactuado nas metas dos cinco POA (Tabela 3). Note-se que a maior parte dos atendimentos na rede SUS são regulados previamente e durante as ações de saúde. Dessa forma, quando o prestador realiza procedimentos acima da meta, em princípio, é para atender as necessidades dos usuários e do sistema de saúde, com o consentimento da regulação municipal, dado que a autorização para a internação é prévia.

Tabela 3 - Internações mensais por clínica do **H1** previstas nos POA, comparadas com a média mensal da produção durante a vigência de cada POA

HOSPITAL H1	H1_POA_1	H1_POA_2	H1_POA_3	H1_POA_4	H1_POA_5
dados mensais	Dez/2005 a Nov/2006	Dez/2006 a Nov/2007	Dez 2007 a Nov/2008	Dez/2008 a Abril/2010	Mai/2010 a Dez/2011
Clínica Cirúrgica POA	282	282	282	282	410
PRODUÇÃO-média/mês	326	344	376	383	445
% de cumprimento da meta	115,6	122,0	133,3	135,8	108,5
Clínica Obstétrica POA	87	87	87	87	91
PRODUÇÃO-média-mês(*)	77	100	59	99	112
% de cumprimento da meta	88,5	114,9	67,8	113,8	123,1
Clínica Médica POA	360	360	360	360	275
PRODUÇÃO-média/mês	348	277	283	298	326
% de cumprimento da meta	96,7	77,0	78,6	82,9	118,6
Clínica Pediátrica POA	152	152	152	152	105
PRODUÇÃO-média/mês	148	121	95	120	130
% de cumprimento da meta	97,4	79,6	62,5	79,0	123,8
Média mensal das internações no H1 total das clínicas	899	842	813	900	1013
Número de metas comparáveis por POA	4	4	4	4	4
Número de metas alcançadas	3	2	1	2	4
% médio de cumprimento das metas em cada POA	99,6	98,4	85,6	102,9	118,5

Fonte: POA do **H1** e DATASUS⁸¹.

Notas: Até 2007, tabulação por mês de competência. De 2008 em diante por mês de processamento. (*) excluída a produção da Maternidade Municipal. Os contratos com este prestador consideram o cumprimento da meta física com a realização de mais de 95% da quantidade pactuada. (**H1**, 2005, 2010). Percentual médio de cumprimento nos cinco POA = 101,0%.

Na análise das internações por clínicas, verifica-se que ocorreu dificuldade do prestador com relação às metas nos POA em alguns períodos específicos. A superação do volume previsto, de forma geral, ocorreu somente no **H1_POA_5**. Das 20 metas de internação por clínicas comparáveis com os dados de produção na Tabela 3, doze foram superadas (60% delas). Observe-se que, mesmo não atingindo o volume total pactuado, parcelas relevantes de cada meta foram cumpridas.

e.2.2) Alcance das Metas Físicas Ambulatoriais no H1

De forma semelhante à análise das internações, a Tabela 4 mostra a produção ambulatorial e o nível das metas pactuadas por POA. Ao todo, são 102 metas comparáveis com os dados de produção coletados junto ao DATASUS. Entre as 102 metas comparáveis da produção ambulatorial, 69 foram superadas, ou seja, 67,6%.

Cabe observar que várias metas foram realizadas com números acima do contratado. Os números estão totalizados no final da Tabela 4.

Tabela 4 – Produção ambulatorial do **H1** – dados da produção previstos em cada POA e dados disponíveis no DATASUS

(continua)

HOSPITAL H1	H1_POA_1	H1_POA_2	H1_POA_3	H1_POA_4	H1_POA_5
	Dez/2005 a Nov/2006	Dez/2006 a Nov/2007	Dez 2007 a Nov/2008	Dez/2008 a Abril/2010	Maio/2010 a Dez/2011
Ações básicas no POA	2.369	2.369	2.369	2.369	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	2.991	2.916	234	(**)	(**)
% de cumprimento da meta	126,3	123,1	9,9	(**)	(**)
Ações coletivas/indiv. POA	(**)	(**)	(**)	(**)	330
PRODUÇÃO-média mensal	7.296	8.467	1.121	317	565
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	171,2
Coleta de material POA	(**)	(**)	(**)	(**)	9.000
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	5.802	2.275	10.767
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	119,6
Biópsia e punção saúde POA	(**)	(**)	(**)	(**)	50
PRODUÇÃO-média mensal	66	29	(**)	(**)	(**)
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)
Consulta especializada POA	5.759	5.759	5.759	5.759	10.000
PRODUÇÃO-média mensal	3.952	4.542	6.113	6.775	7.847
% de cumprimento da meta	68,6	78,9	106,1	117,6	78,5
Cirurgias ambulat. POA	241	241	241	241	300
PRODUÇÃO-média mensal	250	257	576	316	503
% de cumprimento da meta	103,7	106,6	239,0	131,1	167,7
Proced. ortopédicos POA	16	16	16	16	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	33	40	2	0	(**)
% de cumprimento da meta	206,3	250	12,5	0	(**)
Patologia clínica no POA	26.929	26.929	26.929	26.929	31.000
PRODUÇÃO-média mensal	26.972	27.273	22.452	29.481	34.558
% de cumprimento da meta	100,2	101,3	83,4	109,5	111,5
Anatomia patológica POA	518	518	518	518	460
PRODUÇÃO-média mensal	550	493	484	539	588
% de cumprimento da meta	106,2	95,2	93,4	104,1	127,8
Radiodiagnóstico no POA	2.511	2.511	2.511	2.511	2.500
PRODUÇÃO-média mensal	3.078	3.067	2.803	2.515	2.841
% de cumprimento da meta	122,6	122,1	111,6	100,2	113,6
Exames de ultrassom POA	644	644	644	644	783
PRODUÇÃO-média mensal	645	741	822	755	865
% de cumprimento da meta	100,2	115,1	127,6	117,2	110,5

Tabela 4 – Produção ambulatorial do **H1** – dados da produção previstos em cada POA e dados disponíveis no DATASUS

HOSPITAL H1	(continuação)				
	H1_POA_1 Dez/2005 a Nov/2006	H1_POA_2 Dez/2006 a Nov/2007	H1_POA_3 Dez 2007 a Nov/2008	H1_POA_4 Dez/2008 a Abril/2010	H1_POA_5 Maio/2010 a Dez/2011
Diagnose previstos no POA	2.261	2.261	2.261	2.261	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	2.210	2.262	158	(**)	(**)
% de cumprimento da meta	97,7	100,0	7,0	(**)	(**)
Fisioterapia POA	2.018	2.018	2.018	2.018	1.300
PRODUÇÃO-média mensal	1.408	1.931	2.102	1.301	1.406
% de cumprimento da meta	69,8	95,7	104,2	64,5	108,2
Anestésias POA	12	12	12	12	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	14	14	1	7	2
% de cumprimento da meta	116,7	116,7	8,3	58,3	(**)
Estudo hemodinâmico POA	5	5	5	5	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	8	7	1	0	0
% de cumprimento da meta	160,0	140,0	20,0	0	(**)
Terapia renal subst. POA	209	209	209	209	210
PRODUÇÃO-média mensal	271	261	254	200	209
% de cumprimento da meta	129,7	124,9	121,5	95,7	99,5
Quimioterapia no POA	145	145	145	145	150
PRODUÇÃO-média mensal	155	151	11	0	0
% de cumprimento da meta	106,9	104,1	7,6	0	0
Med.Nuclear “in vivo” POA	33	33	33	33	35
PRODUÇÃO-média mensal	39	29	46	36	41
% de cumprimento da meta	118,2	87,9	139,4	109,1	117,1
Radio. intervencionista POA	4	4	4	4	20
PRODUÇÃO-média mensal	5	6	16	16	21
% de cumprimento da meta	125,0	150,0	400	400,0	105,0
Tomografia POA	83	83	83	83	200
PRODUÇÃO-média mensal	103	107	107	139	177
% de cumprimento da meta	124,1	128,9	128,9	167,5	88,5
Hemoterapias POA	6.327	6.327	6.327	6.327	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	5.379	4.944	2.650	2.534	2.693
% de cumprimento da meta	85,0	78,1	41,9	40,1	(**)
Acomp. póstransplante POA	2	2	2	2	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	9	1	1
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	450,0	50,0	(**)
Diag. endoscopia POA	(**)	(**)	(**)	(**)	183
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	152	175	168
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	91,8

Tabela 4 – Produção ambulatorial do **H1** – dados da produção previstos em cada POA e dados disponíveis no DATASUS

HOSPITAL H1	(conclusão)				
	H1_POA_1 Dez/2005 a Nov/2006	H1_POA_2 Dez/2006 a Nov/2007	H1_POA_3 Dez 2007 a Nov/2008	H1_POA_4 Dez/2008 a Abril/2010	H1_POA_5 Maio/2010 a Dez/2011
Diag. especialidades POA	(**)	(**)	(**)	(**)	1.828
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	2.047	1.779	1.908
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	104,4
Diag. teste rápido POA	(**)	(**)	(**)	(**)	100
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	93	46	106
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	106,0
cons./atend./acomp. POA	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	15.639	14.854	21.594
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)
Trat. clín. (outros) POA	(**)	(**)	(**)	(**)	6.853
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	44	53	62
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	0,9
Trat. odontológicos POA	(**)	(**)	(**)	(**)	10
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	4	3	13
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	130,0
Terapias especializ. POA	1.247	1.247	1.247	1.247	10
PRODUÇÃO-média mensal	1.335	1.310	15	35	59
% de cumprimento da meta	107,1	105,1	1,2	2,8	590,0
Queimados OPM no POA	(**)	(**)	(**)	(**)	7
PRODUÇÃO-média mensal	(**)	(**)	1	1	1
% de cumprimento da meta	(**)	(**)	(**)	(**)	14,3
Urgência emergência POA	3.755	3.755	3.755	3.755	2.425
PRODUÇÃO-média mensal	3.677	2.931	2.620	2.441	2.523
% de cumprimento da meta	97,9	78,1	69,8	65,0	104,0
Número de metas comparáveis por POA	20	20	21	19	22
Número de metas alcançadas por POA	17	16	10	10	16
% médio de cumprimento das metas por POA	113,6	115,1	108,7	91,2	120,9

Fonte: POA e DATASUS.

Notas: Frequência por mês do atendimento. (**) não disponível em formato adequado para comparação. A meta foi considerada atingida quando o prestador realizou pelo menos 95% da quantidade prevista (**H1**, 2005, 2010). Apesar do contrato indicar o percentual de 95% como nível satisfatório de cumprimento das metas, os POA deste prestador indicam 90%. No caso das avaliações, optou-se pelo valor constante no contrato, ou seja, 95%. (**H1**, 2005, 2010). Foram superadas 69 metas de 102.(68,0%). Percentual médio de cumprimento das metas nos cinco POA = 109,9%.

e.3) Variações no Volume de Produção do H1

O volume da produção para o SUS, atendidos seus princípios e diretrizes, sugere maior inserção do prestador no sistema de saúde. As internações e os atendimentos ambulatoriais do prestador **H1** aumentaram após a contratualização, conforme evidenciado a seguir.

e.3.1) Variação no Volume de Internações no H1

Considerando o volume total de internações ao longo da série temporal (2000-2011), é visível a tendência decrescente. A redução medida pelo critério da média antes e depois da contratualização foi de 12,1%. A média de 15.373 internações/ano no primeiro conjunto de dados (2000-2004) passou para 13.513 internações/ano no segundo conjunto, após a contratualização (2006-2010), indicando uma redução da participação do **H1** nas internações do Município (Tabela 1).

Entretanto, considerando-se como um segundo critério de medida a expansão do volume de internações a partir da contratualização, tomando-se como referência o primeiro POA e descontando-se as internações da Maternidade Municipal, (o que é um ajuste correto e necessário, como explicado na metodologia), observa-se um crescimento de 12,7% na média mensal das internações após a contratualização. Esta passou de 899 internações/mês no **H1_POA_1** para 1013 internações/mês no **H1_POA_5**, sugerindo, assim, aumento da inserção do prestador no SUS, dado o maior volume de internações (Tabela 3).

e.3.2) Variações no Volume da Produção Ambulatorial do H1

Com relação aos atendimentos ambulatoriais, a média passou de 793.974 atendimentos/ano no primeiro conjunto de dados (2000-2004) para 840.839 atendimentos/ano no segundo conjunto (2006-2010). O aumento foi de 5,9%, sugerindo, com estes dados, maior inserção do prestador no SUS pela produção de atendimentos ambulatoriais (Tabela 4).

f) Síntese do Caso H1

É hospital definido como de alta complexidade, que realizou dois contratos e cinco POA com a SMS. A alocação de recursos foi mista, condicionada ao cumprimento de metas. Os dados reunidos deste prestador sugerem resultados parcialmente em conformidade com a hipótese de pesquisa.

O prestador apresentou quatro situações **desfavoráveis** à hipótese. Todos os quesitos caracterizados como **desfavoráveis** estão relacionados com os atendimentos ambulatoriais, ou seja: a redução dos procedimentos definidos como estratégicos nos atendimentos ambulatoriais; o aumento dos atendimentos em atenção básica; a ampliação dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade; a diminuição dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.

Em consulta ao prestador, o mesmo considerou que a pouca autonomia na contratação de recursos humanos e a ausência de um sistema de incentivos aos profissionais pode explicar, pelo menos em parte, o comportamento dos atendimentos ambulatoriais do **H1**.

Por outro lado, foram identificadas 10 situações **favoráveis** à hipótese de trabalho, especialmente quanto ao comportamento das internações realizadas pelo prestador, sugerindo capacidade de coordenação da SMS quanto à regulação do sistema.

Quadro 8 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso do prestador **H1**

(continua)

Crítérios	Evidência	Interpretação
1. Alocação de recursos municipais ou outros para ações de especial interesse da SMS ou do SUS, na mesma lógica da contratualização.	Ocorreu alocação de recursos na parcela condicionada ao desempenho do modelo contratual para a instalação e manutenção do serviço de epidemiologia hospitalar. (Quadro 5)	Sugere capacidade de coordenação da SMS na programando de serviços de interesse do sistema local ou do SUS na mesma lógica do modelo contratual, incorporando outros recursos além dos da alta e média complexidade e do FAEC. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
2. Variações no número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	Ocorreu a inclusão de novas metas e exclusão de outras. (Quadro 7)	Sugere capacidade de coordenação da SMS incluindo ou excluindo metas nos POA. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
3. Variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	Ocorreu variação nos quantitativos em várias metas físicas. (Quadro 7)	Sugere capacidade de coordenação da SMS ajustando as quantidades nos POA às necessidades do serviço de saúde. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 8 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso do prestador H1

(continuação)

Crítérios	Evidência	Interpretação
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade, respeitando o nível indicado para o prestador.	O H1 diminuiu as internações de média complexidade em 16,2% após a contratualização. (Tabela 1)	No Caso do H1 , quanto menor, melhor para o SUS. Sugere capacidade de coordenação, priorizando leitos para pacientes de alta complexidade no H1 . SITUAÇÃO FAVORÁVEL
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade no nível de complexidade indicado para o prestador.	Ocorreu aumento de 47,1% nas internações de alta complexidade após a contratualização. (Tabela 1)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS e maior a capacidade de coordenação da SMS, dado que os hospitais do estudo são considerados de referência para alta complexidade, especialmente no H1 definido como Centro de Alta Complexidade (H1 ,2005,2007) SITUAÇÃO FAVORÁVEL
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica.	Os atendimentos ambulatoriais de atenção básica aumentaram em 5,8% após a contratualização. (Tabela 2)	Quanto menor, melhor a capacidade de coordenação da SMS. A situação contraria o esperado para este prestador e para a rede assistencial. Apesar das explicações constantes no relatório do Caso 1, a situação não se harmoniza com o princípio da hierarquização do SUS. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Ocorreu aumento de 11,5% nos atendimentos ambulatoriais de média complexidade e para ações estratégicas. (Tabela 2)	Quanto maior, menor a capacidade de coordenação da SMS. A situação contraria o esperado para este prestador, contratualizado para ser Centro de Referência em alta complexidade. Observe-se que os atendimentos de alta complexidade diminuíram. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade diminuíram 38,6% neste prestador após a contratualização. (Tabela 2)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS, como hospital de terciário, de referência para Alta Complexidade. A situação desfavorece a capacidade de coordenação da SMS. A situação é considerada indesejada, mesmo considerando as observações no Relatório do Caso. Observe-se que os atendimentos de média complexidade aumentaram. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
9. Realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	As internações associadas aos procedimentos estratégicos para atendimento às políticas prioritárias do SUS aumentaram em 83,9% após a contratualização. (Tabela 1)	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 8 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso do prestador **H1**

(conclusão)

Crítérios	Evidência	Interpretação
10. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nos atendimentos ambulatoriais.	Os atendimentos ambulatoriais estratégicos reduziram de 19.444 em 2008 para 14.780 em 2011. Fonte:DATASUS	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. A diminuição dos atendimentos ambulatoriais estratégicos é situação indesejada pela SMS para este prestador. A situação desfavorece a capacidade de coordenação da SMS. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
11. O alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS.	O percentual médio de cumprimento das metas de internação dos cinco POA deste prestador é de 101,0%. (Tabela 3)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. infere-se que, em média, o desempenho do prestador foi no sentido do atendimento ao pactuado. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
12. O alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS.	O percentual médio de cumprimento das metas ambulatoriais dos cinco POA deste prestador foi de 109,9%. (Tabela 4)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. A informação sugere que ,em média, o desempenho do prestador foi no sentido do atendimento ao pactuado. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
13. A variação no volume total de internações após a contratualização do prestador.	As internações aumentaram em 12,7%, (passaram de 899/mês para 1013/mês. internações/mês). (Tabela 3)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. A situação considera as observações no Relatório do Caso 1. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
14. A variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização.	O volume total dos atendimentos ambulatoriais aumentou em 5,9%. (Tabela 2)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS (critério do volume total). A informação sugere maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Fonte: critérios definidos no item 2.2.8 do Capítulo da Metodologia e Relatório do Caso 1

f.1) Interação com o prestador H1 por meio dos questionários

As respostas obtidas no questionário do prestador **H1** estão apresentadas na íntegra no Apêndice B da tese. O representante do prestador passou o seguinte conjunto de percepções: a) ocorreu aumento das internações de alta complexidade, redução da média complexidade, aumento de primeiras consultas e redução dos atendimentos no Pronto Socorro dado a implementação do referenciamento com classificação de risco; b)

existe uma grande pressão dos atendimentos de média complexidade dificultando os atendimentos de alta complexidade; c) o envolvimento do corpo clínico no processo da contratualização é insuficiente para as expectativas do **H1**; d) ocorreu aprimoramento da gestão com o envolvimento do corpo diretivo do hospital e da academia bem como a efetivação de comissões internas obrigatórias; e) foi declarada a situação instável da Comissão de Avaliação dos Contratos.

CASO 2: H2

a) Identificação do Hospital H2

Trata-se de um hospital filantrópico e, portanto, de natureza privada, sem finalidade de lucro, com 256 leitos, sendo 162 (63%) dedicados ao SUS⁸, ou seja, é fortemente dependente do SUS. Em 2011, este hospital realizou 6.607 internações SUS. É o segundo maior hospital do Município em termos de produção de serviços de internação para o SUS. Quanto ao perfil de complexidade, utilizado em Barbosa et al.¹⁰, é hospital geral tipo II, com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Usualmente, é referido nos documentos do SUS como hospital terciário.

b) Contratualizações do H2

O **H2** é uma associação, pessoa jurídica de direito privado possuidora de certificado de filantropia. Os contratos foram realizados com base na Lei 8080/90⁷⁰, nas portarias GM/MS nº 1721/2005⁶⁸ e SAS nº 635/2005⁷⁹, além das normas da Lei de Licitação.

Em 28 de agosto de 2007, foi firmada a primeira contratualização da SMS com esse hospital. Foram vinculados à primeira contratualização dois planos operativos: o de 2008 e o de 2009. O primeiro POA do prestador **H2** foi firmado um ano após a contratualização, ou seja, em agosto de 2008. Para efeitos das análises nesta tese, considera-se 2008 como primeiro ano da efetiva contratualização. Em agosto de 2010, novo contrato foi realizado. A este, foi vinculado o POA de 2010. (**H2**, 2007, 2010). O Quadro 9 resume as datas, os contratos, e os POA.

Quadro 9 - Contratos e POA com o **H2** disponíveis para análise e períodos de vigência

Contratos	Data Assinatura do Contrato	POA	Data de assinatura dos POA	Data início vigência do POA	Data Fim Vigência POA	Meses considerados no POA Início	Meses considerados no POA Fim	Nº de meses considerados
Contrato 1	28/08/2007	1	27/08/2008	27/08/2008	27/08/2009	Set/2008	Ago/2009	12
		2	28/08/2009	28/08/2009	27/08/2010	Set/2009	Ago/2010	12
Contrato 2	17/08/2010	3	17/08/2010	17/08/2010	Válido como referência até novo POA	Set/2010	Dez/2011	16

Fonte: (H2, 2007, 2010); H2_POA_1,2,3.

Em termos gerais, as condições dos contratos são: inserção do prestador na rede SUS; acesso ao SUS por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS); participação no sistema de referência e contra-referência, preferência para ações de média e alta complexidade; orientação pela política de humanização do SUS, manutenção da Comissão de Avaliação; submissão à avaliação, auditoria; participação nas políticas prioritárias do SUS; garantia de acesso aos serviços pactuados; integração ao sistema de regulação; gratuidade aos usuários, entre outras. Considera os atendimentos regionais e a pactuação com a (CIB) (H2,2007,2010).

c) Alocação de Recursos Financeiros no H2

Os valores indicados como condicionado ao desempenho e os pagos por produção foram registrados nos contratos da SMS com o prestador **H2**. Eles estão resumidos no Quadro 10. Nos mencionados contratos, prevalece a lógica de alocar na parte condicionada ao desempenho, recursos para atenção à média complexidade e, na parte paga por produção, os recursos para atendimento aos procedimentos de alta complexidade e de ações estratégicas (FAEC) de alocação *ex-post*. O Quadro 10 mostra que outros recursos foram destinados ao **H2**, na mesma lógica contratual.

Foram dois contratos no período de análise. Ambos assumem para a parte condicionada ao desempenho o sistema de alocação por orçamento global ajustado

por desempenho (cumprimento de metas), com parte ou todos os recursos transferidos após a verificação do cumprimento das metas. (H2, 2007,2010).

Adicionalmente, por meio dos referidos contratos, variantes do mesmo modo de alocação para a parcela condicionada ao desempenho foram identificadas. O primeiro contrato do H2, firmado em 2007, considera que 90% da parte condicionada ao desempenho estão vinculados ao cumprimento de metas físicas e 10% às metas qualitativas. Assim, 100% dos recursos ficaram condicionados ao cumprimento de metas, com liberação dos valores apenas após a verificação de cumprimento das mesmas(H2,2007).

O segundo contrato, firmado em 2010, apresenta lógica contratual semelhante ao primeiro contrato (2007) e também vincula todos os recursos ao alcance de metas. Entretanto, neste contrato, 90% da parcela condicionada ao desempenho são repassadas automaticamente, mas permanecem relacionados ao cumprimento de um conjunto de metas físicas, com avaliação posterior.

Os 10% restantes do valor condicionado ao desempenho ficam vinculados ao cumprimento das metas qualitativas, cuja verificação antecede a liberação dos recursos financeiros.

Para a parte paga por produção, a alocação ocorre predominantemente por meio do pagamento prospectivo por procedimento nos casos de valores previstos na Tabela Unificada do SUS, abrangendo procedimentos de alta complexidade e de ações estratégicas. Outras transferências de recursos desta parcela ocorrem após o cumprimento das ações ou metas relacionadas aos recursos discriminados (H2, 2007, 2010).

Existem variações entre os contratos como, por exemplo, o percentual mínimo para considerar o cumprimento das metas físicas. No contrato de 2007 era de 95%. Passou para 85% no segundo contrato (H2, 2007, 2010). Outra observação é que no contrato de 2007 existia a previsão de que, caso o percentual de cumprimento das metas fosse igual ou inferior a 94% das metas físicas pactuadas, o repasse dos recursos relacionados à parcela condicionada ao desempenho seria proporcional ao percentual de cumprimento das metas físicas. (H2, 2007).

Um condicionante para ambos contratos é o de que, se o hospital não cumprir 70% das metas físicas por 3 meses consecutivos, ou 5 meses alternados, voltará a receber por pagamento prospectivo por procedimento, até o ajuste de um novo plano

operativo, o que deverá ocorrer em no máximo 2 meses. Caso não cumprido o novo POA ,com pelo menos, 70% das metas físicas, o hospital será desligado do programa de contratualizações dos hospitais filantrópicos do SUS. As penalidades são remetidas à Lei de Licitações (H2,2007,2010).

De forma semelhante ao Caso 1, existem recursos adicionais alocados pela SMS, bem como outros valores para o atendimento de situações de especial interesse da SMS, que passam a integrar a contratualização conduzida pela SMS, no mesmo termo de contrato.

Quadro 10 - Recursos financeiros previstos nos contratos do H2

Em reais, por mês.		Ago./2007 1º Contrato	Ago/2010 2º Contrato
Condicionado ao desempenho	Média complexidade ambulatorial e hospitalar	525.468,01	1.113.543,83
	INTEGRASUS	160.732,95	160.732,95
	Incentivo ao programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos – IAC	35.633,76	70.000,00
	Repasse dos recursos transferidos fundo a fundo para a reclassificação da urgência e emergência para tipo III conforme deliberação 023/023/2001	39.097,00	
	Incentivo para a assistência a população indígena – IAPI	2.000,00	2.000,00
	Subtotal	762.931,72	1.346.276,78
Pago por produção	Procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar	557.751,60	1.000.000,00
	Ações estratégicas – MS/FAEC	140.032,70	300.000,00
	Recurso municipal para a garantia do atendimento de urgência e emergência tipo III, destinado para o componente profissional no suporte de especialidades médicas, clínica e cirúrgica.	30.000,00	
	Recurso municipal para a garantia do atendimento em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, destinado para o componente profissional médico.	38.912,00	266.112,00
	Recurso municipal para custeio dos procedimentos realizados pelo hospital, que não estão na Tabela SIA / SIH	6.000,00	20.000,00
	Recurso municipal para a garantia do atendimento de urgência e emergência ao trauma infantil, destinado ao componente profissional no suporte de especialidades médicas.	10.000,00	
	Subtotal	782.696,30	1.586.112,00
Total	1.545.628,02	2.932.388,78	

Fonte: (H2, 2007, 2010).

d) Composição do Plano Operativo Anual do H2

Os POA deste prestador são compostos por grupos de metas físicas e qualitativas. Estas são subdivididas em subgrupos temáticos tais como atenção à saúde, participação nas políticas prioritárias do SUS, gestão hospitalar entre outros. São de especial interesse deste estudo as metas físicas apresentadas no Quadro 12.

Quadro 11 - Grupos de metas do POA do **H2**

GRUPOS	Nº de metas H2_POA_1 Set/2008 a Ago/2009	Nº de metas H2_POA_2 Set/2009 a Ago/2010	Nº de metas H2_POA_3 Set/2010 a Dez/2011
Metas qualitativas	56	56	58
Metas físicas	21	21	18
Total de metas	77	77	76

Fonte: POA – 2008 a 2010 do **H2**

Os três POA do **H2** envolveram metas físicas abrangendo as de internação, as ambulatoriais e as de urgência e emergência. O Quadro 12 a seguir detalha as metas físicas dos POA. As metas comparadas com os dados de produção estão apresentadas nas Tabelas 7 e 8.

Quadro 12 - Detalhamento das metas físicas do **H2**

Metas físicas do H2	H2_POA_1 Set/2008 a Ago/2009	H2_POA_2 Set/2009 a Ago/2012	H2_POA_3 Set/2010 a Dez/2011
Internações Clínica Cirúrgica	266	266	303
Internações Clínica Médica	240	240	200
Internações Clínica Pediátrica	60	60	60
Programação de FAEC	50	50	50
Atendimentos de Urgência e Emergência	1.900	1.900	2.900
Patologia Clínica	2.722	2.722	2.500
Anatomia Patológica	1	1	4
Radiodiagnóstico	1577	1.577	1.500
Exames de Ultrassom	334	334	240
Diagnose	254	254	715
Terapias especializadas	43	43	110
Estudo Hemodinâmico	30	30	-
Ressonância Nuclear Magnética	20	20	-
Tomografia computadorizada	30	30	22
Diagnóstico - endoscopia	74	74	38
Radiologia Intervencionista	12	12	20
Cirurgias ambulatoriais	216	216	210
Coleta de material	6	6	5
Consultas/atend/acompanhamento	2.654	2.654	-
Tratamento Clínico	91	91	91
Consultas especializadas	2.240	2.240	2.704
Número total de metas físicas	21	21	18

Fonte: POA **H2**_1,2,3.

e) Evolução da Produção do Hospital H2

A observação dos dados do hospital **H2**, segundo a metodologia proposta, permite a avaliação do Caso 2 com relação aos tipos de metas e respectivos volumes; a comparação do volume pactuado com o realizado; a variação da produção esperada entre os POA; e a conformidade com os contratos, no que se refere ao papel do prestador na rede assistencial. Adicionalmente, pode ser verificada a realização de procedimentos estratégicos para o atendimento às políticas prioritárias do SUS.

e.1) Complexidade dos Atendimentos no H2

e.1.1) Internações no H2

O contrato deste prestador, por se tratar de hospital terciário, explicita a preferência por serviços classificados como de média e alta complexidade e, ainda, prevê o acesso às especialidades médicas de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As observações realizadas a partir da Tabela 5, nos períodos antes e o depois da contratualização, mostram que as internações de média e alta complexidade diminuíram, contrariando o esperado para este prestador.

Especificamente, com relação às internações classificadas como de alta complexidade, ocorreu uma redução de 20,8% na média anual (Tabela 5). A mesma Tabela 5 informa que as internações de média complexidade também diminuíram após a contratualização. Passaram de 5.993 internações/ano antes da contratualização (2005-2007) para 5.158 internações/ano após o evento (2009-2011). A redução foi de 13,9%. Esta situação é indesejada pela SMS considerando, inclusive, que estes atendimentos estão associados à parcela condicionada ao desempenho.

Por outro lado, o comportamento dos dados referentes aos procedimentos estratégicos em internados, apontam para a maior participação do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. Observa-se que a média dos procedimentos estratégicos em pacientes internados, antes da contratualização, foi de 88 internações/ano (2005-2007) e passou para 313 internações/ano depois do evento (2009-2011). O aumento foi de 254,3%.

Tabela 5 – Número de AIH (internações) do **H2**

Ano	Alta complexidade	Estratégias em internados	Média complexidade	Total	% Alta complexidade	% Média complexidade	% de Alta + Média complexidade
2005	1.494	100	6.677	8.271	18,1	80,7	98,8
2006	1.450	75	5.851	7.376	19,7	79,3	99,0
2007	1.435	90	5.450	6.975	20,6	78,1	98,7
2008(*)	1.158	56	5.467	6.681	17,3	81,8	99,2
2009	1.056	430	5.209	6.695	15,8	77,8	93,6
2010	1.206	196	5.180	6.582	18,3	78,7	97,0
2011	1.208	313	5.086	6.607	18,3	77,0	95,3
MÉDIA ANTES	1.460	88	5.993	7.541	-	-	-
MÉDIA DEPOIS	1.157	313	5.158	6.628	-	-	-
VARIAÇÃO%	(20,8)	254,3	(13,9)	(12,1)	-	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹.

Notas: (*) ano da contratualização.

Frequência por ano de competência de 2005 até 2007.

A partir de 2008, frequência por ano de internação.

Os dados da Tabela 5 sugerem que a diminuição dos procedimentos de média e alta complexidade foi parcialmente compensada, intencionalmente ou não, por um aumento das internações classificadas como estratégicas para o SUS. De qualquer forma, o prestador **H2** afastou-se de sua definição contratual de priorizar as internações de média e alta complexidade.

e.1.2) Atendimentos Ambulatoriais no **H2**

Para prestadores secundários e terciários, a expectativa da SMS é a do redirecionamento dos atendimentos básicos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizando e hierarquizando a rede assistencial. Neste aspecto, os dados da Tabela 6 mostram que após a contratualização, os atendimentos básicos foram zerados neste prestador, confirmando a indicação da SMS com relação a estes atendimentos (**H2** 2007, 2010).

O aumento de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade no prestador **H2** foi de 450,0% após a contratualização. Passou de uma média de 449 atendimentos/ano no primeiro conjunto de dados (2005-2007) para 2.470 atendimentos/ano no segundo conjunto (2009-2011) (Tabela 6). Estes números estão compatíveis com a coordenação da SMS quanto à hierarquização do sistema dado que

os contratos (H2,2007,2010) preveem atendimentos de média e de alta complexidade para este prestador.

Entretanto, os dados do H2 da Tabela 6 mostram uma redução de 8,8% nos atendimentos ambulatoriais de média complexidade após a contratualização. Passaram de uma média de 120.380 atendimentos/ano no primeiro conjunto de dados (2005-2007) para uma média de 109.738 atendimentos/ano no segundo conjunto (2009-2001), logo após a contratualização. A redução destes atendimentos não é situação desejável pela SMS, especialmente considerando a forma de alocação de recursos, por orçamento global, ajustado por desempenho (para a parcela condicionada ao desempenho).

Com relação aos atendimentos ambulatoriais classificados como estratégicos, não foi possível obter informações por prestador para o período anterior a 2008, na forma desejada. No ano da contratualização, em 2008, o hospital H2 realizou 20 atendimentos. Em 2011, os atendimentos estratégicos ambulatoriais foram 304, o que sugere maior inserção do prestador nas políticas do SUS com relação a este quesito.

Tabela 6 - Produção ambulatorial por complexidade – H2

Ano	Procedimentos de Atenção básica	Procedimentos de média complexidade	Procedimentos de alta complexidade	Total	% Média complexidade	% Alta complexidade	% Alta Complexidade + média complexidade
2005	2.110	121.457	449	124.016	97,9	0,4	98,3
2006	2.583	127.684	455	130.722	97,7	0,4	98,0
2007	1.255	112.000	444	113.699	98,5	0,4	98,9
2008(*)	903	110.015	1.258	112.176	98,1	1,1	99,2
2009	-	112.710	2.268	114.978	98,0	2,0	100,0
2010	-	107.662	2.523	110.185	97,7	2,3	100,0
2011	-	108.842	2.619	111.461	97,7	2,4	100,0
MÉDIA ANTES	-	120.380	449	122.812	-	-	-
MÉDIA DEPOIS	-	109.738	2.470	112.208	-	-	-
VARIAÇÃO %	-	(8,8)	449,7	(8,6)	-	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹

Notas: (*) ano da contratualização.

Frequência por ano de cobrança de 2005 a 2007.

A partir de 2008, por ano de atendimento.

e. 2) Alcance das Metas Físicas do H2

A proposta deste indicador assume relevância para a tese no sentido da mensuração entre o pactuado e o realizado. Os percentuais de cumprimento das metas sugerem inserção do prestador no SUS, enquanto fornecedor do serviço de saúde que a SMS necessita. Na outra ponta, sugere capacidade de gestão por meio de um contrato e POA previamente pactuado, nas quantidades necessárias estimadas pela SMS. A mensuração é realizada para as internações e atendimentos ambulatoriais.

e. 2.1) Alcance das Metas Físicas de Internação do H2

Considerando os dados de internações armazenados no DATASUS e os previstos nos três POA de internações do **H2**, observa-se que este hospital não alcançou plenamente as metas pactuadas, ou seja, algumas necessidades da SMS para o atendimento da rede assistencial, em termos de internações, não foram plenamente correspondidas.

Desta forma, os percentuais médios de cumprimento das metas de internações realizadas pelo **H2**, em cada POA, durante o período analisado, ficaram abaixo do pactuado. O menor percentual observado foi de 81,0% e o maior de 87,9% .

Tabela 7 - Internação por clínica do H2 – média mensal no período dos POA

(continua)

CLÍNICAS	H2_POA_1	H2_POA_2	H2_POA_3
	Set/2008 a Ago/2008 12 meses	Set/2009 a Ago 2010 12 meses	Set/2010 a Dez/2011 16 meses
Cirúrgica POA	266	266	303
PRODUÇÃO-média mensal	265	309	319
% de cumprimento da meta	99,6	116,2	105,3
Médica POA	240	240	200
PRODUÇÃO -média mensal	215	203	176
% de cumprimento da meta	89,6	84,6	88,0
Pediátrica POA	60	60	60
PRODUÇÃO-média mensal	67	67	46
% de cumprimento da meta	111,7	111,7	76,7
FAEC previstas no POA	50	50	50
PRODUÇÃO-média mensal	23	19	27
% de cumprimento da meta	46,0	38,0	54,0
Número de metas comparáveis por POA	4	4	4
Número de metas alcançadas por POA	2	2	2

Tabela 7 - Internação por clínica do H2 – média mensal no período dos POA

CLÍNICAS	H2_POA_1	H2_POA_2	H2_POA_3
	Set/2008 a Ago/2008	Set/2009 a Ago 2010	Set/2010 a Dez/2011
	12 meses	12 meses	16 meses
% médio de cumprimento das metas em cada POA	86,7	87,6	81,0

(conclusão)

Fonte: POA e DATASUS⁸¹

Notas: Frequência mensal, segundo mês processamento. O contrato deste prestador prevê que o mesmo deve cumprir pelo menos 95% dos valores previstos para as metas físicas dos H2_POA_1 e H2_POA_2. Para o H2_POA_3, a referência é de 85%. (H2, 2007,2010). Percentual médio de cumprimento de metas = 85,1%.

Das 12 metas de internação comparadas para este prestador no período dos POA, 6 (50%) superaram o percentual de cumprimento esperado. Acrescente-se que a Tabela 7 mostra que em algumas clínicas, o percentual de cumprimento da meta superou a 100% do pactuado. O pior desempenho ficou com a programação de ações estratégicas com internações (FAEC) que, em média, nos três POA, alcançou o percentual de apenas 46%. A constatação sugere que nem sempre os procedimentos estratégicos financiados por meio da FAEC atraem os prestadores.

e. 2.2) Alcance das Metas Físicas Ambulatoriais do H2

A Tabela 8 mostra das 46 metas comparadas, 24 (52,1%) foram alcançadas. Em média, nos três POA, o percentual de cumprimento das metas ambulatoriais, considerando as que ficaram acima e abaixo do pactuado, foi superior a 100%.

Tabela 8 - atendimentos ambulatoriais do H2 (média mensal)

(continua)

Atendimentos Ambulatoriais do H2	H2_POA_1	H2_POA_2	H2_POA_3
Média mensal	Set/2008 a Ago/2008 12 meses	Set/2009 a Ago/ 2010 12 meses	Set/2010 a Dez/2011 16 meses
Urgência e emergência POA	1.900	1.900	2.900
PRODUÇÃO - média mensal	3.082	1.806	1.435
% de cumprimento da meta	162,2	95,1	49,5
Coleta de material prevista no POA	6	6	5
PRODUÇÃO - média mensal	6	4	4
% de cumprimento da meta	100,0	66,7	80,0
Patologia clínica prevista no POA	2.722	2.722	2.500
PRODUÇÃO - média mensal	2.429	2.772	3.398
% de cumprimento da meta	89,2	101,8	135,9
Anatomia patológica no POA	1	1	4
PRODUÇÃO - média mensal	2	1	23
% de cumprimento da meta	200,0	100,0	575,0
Radiodiagnóstico POA	1.577	1.577	1.500
PRODUÇÃO - média mensal	1.749	1.422	1.158
% de cumprimento da meta	110,9	90,2	77,2
Exames de ultrassom POA	334	334	240
PRODUÇÃO - média mensal	177	198	260
% de cumprimento da meta	53,0	59,3	108,3
Diagnose POA	254	254	715
PRODUÇÃO - média mensal	326	435	360
% de cumprimento da meta	128,3	171,3	50,3
Terapias especializadas POA	43	43	110
PRODUÇÃO - média mensal	95	93	92
% de cumprimento da meta	220,9	216,3	83,6
Estudo Hemodinâmico (cateterismo)	30	30	(**)
PRODUÇÃO - média mensal	33	47	48
% de cumprimento da meta	110,0	156,7	(**)
Ressonância POA	20	20	(**)
PRODUÇÃO - média mensal	20	17	1
% de cumprimento da meta	100,0	85,0	(**)
Tomografia POA	30	30	22
PRODUÇÃO - média mensal	10	11	19
% de cumprimento da meta	33,3	36,7	86,4
Endoscopia POA	74	74	38
PRODUÇÃO - média mensal	45	65	67
% de cumprimento da meta	60,8	87,8	176,3

Tabela 8 - atendimentos ambulatoriais do **H2** (média mensal)

(conclusão)

Atendimentos Ambulatoriais do H2	H2_POA_1	H2_POA_2	H2_POA_3
Média mensal	Set/2008 a Ago/2008 12 meses	Set/2009 a Ago 2010 12 meses	Set/2010 a Dez/2011 16 meses
Radiologia intervencionista POA	12	12	20
PRODUÇÃO - média mensal	9	13	12
% de cumprimento da meta	75,0	108,3	60,0
Cirurgias ambulatoriais POA	216	216	210
PRODUÇÃO - média mensal	179	240	234
% de cumprimento da meta	82,9	111,1	111,4
Tratamento clínico POA	91	91	91
PRODUÇÃO - média mensal	92	58	34
% de cumprimento da meta	101,1	63,7	37,4
Consultas especializadas POA	2.240	2.240	2.704
PRODUÇÃO - média mensal	1.562	2.044	2.407
% de cumprimento da meta	69,7	91,3	89,0
Número metas comparáveis por POA	16	16	14
Número de metas alcançadas por POA	9	8	7
% médio cumprimento metas por POA	106,1	102,6	122,9

Fonte: POA e DATASUS⁸¹.

Notas: Frequência por mês de atendimento.

(**) Dados não disponível em formato adequado para comparação. O contrato deste prestador prevê que o mesmo deve cumprir pelo menos 95% dos valores previstos para as metas físicas nos **H2_POA_1** e **H2_POA_2**. Para o **H2_POA_3** a referência é de 85% para as metas físicas. (**H2**, 2007, 2010).

Percentual médio de cumprimento de metas nos três POA = 110,5%.

e.3) Variação no Volume das Metas Físicas do H2

O volume dos serviços de saúde com que o prestador participa da realização das ações pode sugerir sua inserção na rede assistencial. A expectativa é de que a contratualização possa ter induzido o prestador a uma maior inserção por meio do maior comprometimento de sua estrutura de serviços em favor do SUS. Em termos totais, as internações e os atendimentos ambulatoriais do **H2** apresentaram o comportamento contrário ao esperado, como se verifica a seguir.

e.3.1) Internações no H2

Houve redução no volume das internações no **H2**. A comparação dos conjuntos de dados antes e depois da contratualização mostram uma diminuição de 12,1% nas internações totais. Foi de 7.541 internações/ano, antes da contratualização (2005-2007), para 6.628 internações/ano, após a contratualização (2009-1011) (Tabela 5).

e.3.2) atendimentos Ambulatoriais no H2

Situação semelhante ocorre com os atendimentos ambulatoriais pela diminuição da realização destes procedimentos de forma geral após a contratualização. Antes do evento, a média anual era de 122.812 atendimentos/ano e passou para 112.208 atendimentos/ano. A redução foi de 8,6% (Tabela 6).

f) Síntese do Caso H2

Trata-se de um hospital filantrópico e, portanto, sem finalidade de lucro. É o segundo maior hospital do Município em termos de produção de serviços de internação para o SUS. Quanto ao perfil de complexidade, é hospital geral tipo II, com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Usualmente, é referido nos documentos do SUS como hospital terciário. Contratualmente, deve ser inserido na rede assistencial para atendimento de ações de saúde de média e alta complexidade (**H2**, 2007, 2010).

Este prestador foi o que mais se afastou do pressuposto do estudo. Após a contratualização, apresentou situação **desfavorável** em 6 dos 14 itens verificados. Entre os itens **desfavoráveis**, destacam-se a redução dos atendimentos de média complexidade tanto ambulatoriais como de internações. Por outro lado, os atendimentos básicos foram zerados, aumentaram os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, bem como os procedimentos estratégicos, entre outras situações **favoráveis** à hipótese da pesquisa.

Quadro 13 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 2 (**H2**)

(continua)

Crítérios	Evidência	Interpretação
1. Alocação de recursos municipais ou outros para ações de especial interesse da SMS ou do SUS , na mesma lógica da contratualização.	<p>No Caso 2 foram evidenciados as seguintes iniciativas da SMS:</p> <p>a)Recurso Municipal para a garantia do atendimento de urgência e emergência tipo III, destinado para o componente profissional no suporte de especialidades médicas, clínica e cirúrgica;</p> <p>b) Recurso para custeio dos procedimentos realizados pelo hospital, que não estão na Tabela SIA / SIH;</p> <p>c) Recurso para a garantia do atendimento de urgência e emergência ao trauma infantil, destinado ao componente profissional no suporte de especialidades médicas.</p> <p>(Quadro 10)</p>	<p>Sugere capacidade de coordenação da SMS na programando de serviços de interesse do sistema local na mesma lógica do modelo contratual.</p> <p>As evidências apresentadas neste caso mostram a ação coordenativa da SMS no sentido de programar os serviços necessários à rede assistencial na lógica da contratualização, na forma e conteúdo que especialmente necessita.</p> <p>SITUAÇÃO FAVORÁVEL</p>
2. Variações no número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	<p>Constata-se a exclusão de metas na pactuação do H2_POA_3 como por exemplo a de realização de estudos hemodinâmicos e a de ressonância magnética nuclear.</p> <p>(Quadro 12)</p>	<p>Sugere capacidade de coordenação da SMS incluindo ou excluindo metas nos POA.</p> <p>A verificação é indício de negociação e utilização da contratualização como instrumento para maior coordenação do sistema de saúde.</p> <p>SITUAÇÃO FAVORÁVEL</p>
3. Variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	<p>Ocorreram alterações nos quantitativos das metas pactuadas, para mais e para menos.</p> <p>(Quadro 12)</p>	<p>A verificação sugere capacidade de coordenação da SMS, ajustando as quantidades nos POA às necessidades do serviço de saúde. Sugere negociação entre a SMS e o prestador H2.</p> <p>SITUAÇÃO FAVORÁVEL</p>
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade, respeitando o nível indicado para o prestador.	<p>Ocorreu redução das internações classificadas como de média complexidade em 13,9% após a contratualização.</p> <p>(Tabela 5)</p>	<p>O contexto contraria o interesse da SMS e sugere insuficiência da capacidade de coordenação da SMS. Ademais, a pactuação da média complexidade ocorre por meio de orçamento condicionado ao desempenho. Assim, quanto mais procedimentos de média complexidade, melhor. A situação não insere o prestador no SUS, pelo maior volume.</p> <p>SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL</p>

Quadro 13 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 2 (H2)

(continuação)

Crítérios	Evidência	Interpretação
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade no nível de complexidade indicado para o prestador.	Ocorreu redução das internações classificadas como de alta complexidade de 20,8% após a contratualização. (Tabela 5)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS e maior a capacidade de coordenação da SMS, dado que os hospitais do estudo são considerados de referência para alta complexidade. A situação é indesejada para um hospital terciário. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica.	Os procedimentos de atenção básica zeraram no hospital H2 após a contratualização. (Tabela 6)	Quanto menor, melhor a capacidade de coordenação da SMS. A evidência mostra coerência para organização do SUS de forma hierarquizada. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Os atendimentos ambulatoriais de média complexidade apresentaram redução de 8,8% após a contratualização. (Tabela 6)	Quanto maior, maior a capacidade de coordenação da SMS e maior a inserção do prestador no SUS. A redução evidencia situação indesejada para a SMS que contratualiza estes procedimentos por orçamento condicionado ao desempenho, condicionado à desempenho. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade aumentaram em 449,7% após a contratualização. (Tabela 6)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS, como hospital terciário, considerando que os hospitais estudados são referência para alta complexidade. O aumento sugere capacidade de coordenação da SMS, por meio da regulação. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
9. Realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	Ocorreu aumento da realização de procedimentos estratégicos com internação de 254,3% após a contratualização. (Tabela 5)	Quanto mais, melhor. Trata da execução das políticas prioritárias do SUS. Sugere capacidade de coordenação e maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
10. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nos atendimentos ambulatoriais.	Em 2008, o prestador H2 realizou 20 atendimentos estratégicos ambulatoriais. Em 2011 foram registrados 304 atendimentos ambulatoriais estratégicos. Fonte: DATASUS ⁸¹ .	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. A maior participação deste prestador nos procedimentos estratégicos ambulatoriais sugere maior capacidade de gestão da SMS. SUS neste aspecto. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 13 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 2 (**H2**)

(conclusão)

Crítérios	Evidência	Interpretação
11. O alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS.	Os dados do prestador H2 evidenciados no Relatório do Caso, indicaram que o percentual médio de cumprimento das metas de internação não foi alcançado em nenhum dos 3 POA . (Tabela 7)	Indica pouca capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento das metas do contrato, embora a média de cumprimento das metas nos três POA tenha ficado em 85,1%. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
12. O alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS.	O percentual médio de cumprimento das metas físicas ambulatoriais foi alcançado em todos os POA com mais de 100%. (Tabela 8)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
13. A variação no volume total de internações, após a contratualização do prestador;	Os atendimentos com internações totais diminuíram em 12,1% após a contratualização (Tabela 5)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. No caso, os números totais sugerem menor participação do prestador no SUS após a contratualização, o que também desfavorece a expectativa de maior capacidade de gestão. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
14. A variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização do prestador	Os atendimentos ambulatoriais totais diminuíram em 8,6% após a contratualização. (Tabela 6)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. No caso, os números totais sugerem menor participação do prestador no SUS após a contratualização, o que também desfavorece a expectativa de maior capacidade de gestão. SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL

Fonte: critérios definidos no item 2.2.8 do Capítulo da Metodologia e Relatório do Caso 2.

f.1) Interação com o prestador H2 por meio dos questionários

As respostas obtidas no questionário do prestador **H2** estão apresentadas na íntegra no Apêndice B da tese. O representante do prestador passou o seguinte conjunto de percepções: a) Ocorreram alterações nas quantidades e estas foram pactuadas de acordo com a capacidade instalada e não em função da demanda; b) O gestor contratualiza conforme suas necessidades e credenciamentos; c) O corpo clínico conhece muito pouco o processo de contratualização; d) Ocorreu aprimoramento da gestão e organização da demanda atendida em função das metas; e) a comissão de avaliação não intervém preventivamente.

CASO 3: H3

a) Identificação do H3

O **H3** é pessoa jurídica de direito privado, entidade beneficente sem fins lucrativos. Trata-se de um hospital filantrópico com 227 leitos, sendo 134 (59%) dedicados ao SUS, o que é indício de forte dependência do SUS⁸. Em 2011, este hospital realizou 4.952 internações SUS. É o terceiro maior hospital do Município em termos de produção de serviços de internação para o SUS. Segundo a classificação utilizada em Barbosa et al¹⁰, é hospital geral tipo II, com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Também é usualmente referido no SUS como hospital terciário.

b) Contratualizações do H3

Em agosto de 2007, foi firmada a primeira contratualização entre a SMS e o Hospital. Até o momento (abril/2013), ocorreram 2 planos operativos anuais (POA) vinculados às contratualizações deste prestador. Estes planos operativos, como os anteriores, são compostos de metas físicas e qualitativas a serem cumpridas pelo prestador. Os contratos, além da Lei de Licitações⁸³, mencionam, em seu preâmbulo, as Portarias do Ministério da Saúde relacionadas com as contratualizações^{68,79,82}. (**H3**, 2007,2010).

Constam no objeto do contrato e nas suas condições gerais, a inserção do mesmo na rede regionalizada e hierarquizada, a atenção integral aos usuários compatível com o nível de complexidade do **H3**, as pactuações com a CIB, o acesso exclusivamente pelas UBS, ressalvado os casos de urgência e emergência, a preferência pelas ações de média e alta complexidade, a gratuidade, a prescrição de medicamentos segundo a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e Relação Municipal de medicamentos (REMUME), o cumprimento das metas físicas e de qualidade, entre outras obrigações.

O primeiro POA foi assinado na mesma data do contrato, em 28/08/2007. Entretanto não entrou efetivamente em vigor de forma imediata. O prestador continuou a receber por produção, em base no pagamento prospectivo por

procedimento até agosto de 2008. A partir desta data, tem-se o primeiro POA, orientando de fato as atividades do **H3**. Assim, as regras da contratualização passaram a valer em setembro de 2008. Outra observação é que o POA subsequente ao de setembro de 2008 não foi firmado, valendo o último como referência para as avaliações seguintes. Em 12/09/2010, foi assinado novo contrato e POA, que está em vigência até o momento (julho/2013).

Desta forma, no período de análise (2000–2011), o **H3** teve dois Planos Operativos: o **H3_POA_1**, com duração de 24 meses, e o **H3_POA_2**, com duração de 16 meses. Os contratos foram realizados com base nas Portarias GM/MS 1.721/2005⁶⁸, GM/MS 3.123/2006⁸², SAS/MS 635/2005⁷⁹, e na Lei de Licitações 8.666/93⁸³. Este prestador é considerado Hospital de referência para o SUS em especialidades, algumas de alta complexidade (**H3**, 2007, 2010).

Quadro 14 - Contratos e POA com o **H3** disponíveis para análise e períodos de vigência

Contratos	Data Assinatura do Contrato	POA	Data de assinatura dos POA	Data início vigência do POA	Data Fim Vigência POA	Mês considerados no POA Início	Mês considera do na tese Fim	Nº de meses considerados
Contrato 1	28/08/2007	1	28/08/2008	28/08/2008	13/09/2010	Set/2008	Ago/2010	24
Contrato 2	12/09/2010	2	13/09/2010	13/09/2010	Válido como referência até novo POA	Set/2010	Dez/2011	16

Fonte: Contratos e POA do **H3**

As condições gerais dos contratos para o hospital **H3**, dizem respeito à inserção na rede SUS; ao acesso ao SUS por meio das Unidades Básicas (UBS); à vinculação dos usuários às UBS; à participação no sistema de referência e contra-referência; à preferência para ações de média e alta complexidade; à orientação pela política de humanização do SUS; à manutenção da comissão de avaliação; à submissão à avaliação, regulação e auditoria; à participação nas políticas prioritárias do SUS; à integração ao sistema de regulação; ao estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas; à observância à relação nacional e municipal de medicamentos; e à inserção na rede de urgência e emergências, entre outras condições (**H3**, 2007, 2010).

O contrato prevê, ainda, recursos especiais para o atendimento de necessidades singulares locais da SMS tais como a manutenção do sistema urgência e emergência, bem como o atendimento de gestantes de alto risco e de pediatria; prevê também recursos para manutenção da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Estes recursos são destinados ao pagamento de plantões médicos sem os quais os serviços não seriam ofertados. O número de plantões programados define o valor a ser pago com estes recursos. Os montantes dos podem ser observados no Quadro 15, que trata da alocação de recursos.

A inclusão de recursos especiais para as necessidades especiais da SMS sugere alguma capacidade de gestão (**H3**, 2007, 2010). Em consulta à SMS confirmamos que na época, não existiam metas nos POA vinculadas a cada tipo de recurso. A tendência, na medida da renovação dos contratos e POA, é a de fixar metas específicas para cada tipo de recursos, tanto os da parcela condicionada à desempenho (PCD) quanto os de pagamento por produção (PPP).

c) Alocações de Recursos Financeiros ao H3

Os valores envolvidos na contratualização deste prestador estão apresentados no Quadro 15. Foram dois contratos e quatro aditivos, ajustando valores no período de análise. Os dois contratos são semelhantes ao apresentado no Caso 2. A parcela condicionada ao desempenho é vinculada ao cumprimento de metas.

No primeiro contrato (**H3**,2007), o repasse de 90% dos recursos é condicionado ao cumprimento das **metas físicas** e 10% às **metas qualitativas**. Desta forma, como no Caso 2, todo o montante condicionado ao desempenho, ficou vinculado ao cumprimento de metas (**H3**, 2007).

Diferentemente dos contratos anteriores, a alocação dos 90% da parcela condicionada ao desempenho do contrato (**H3**,2007), ficou relacionada à faixas de cumprimento das **metas físicas**. Cada faixa corresponde a um percentual determinante do valor a ser repassado ao prestador. As faixas de cumprimento, indicada no contrato, são: a) de 95% a 105%, repasse de 100%; b) de 81% a 94%, repasse de 80% ; c) de 70% a 80%, repasse de 70%; d) menos que 70%, repasse de 50% (**H3**,2007). Esta situação (faixas e pagamento mínimo) não se verifica no contrato de 2010 (**H3**,2007,2010).

Quanto a critérios de avaliação próprios do primeiro contrato (H3,2007), o percentual mínimo para o cumprimento das **metas físicas**, sem redução dos valores financeiros era de 95%. Percentagens de cumprimento menores implicam no recebimento de valores menores (H3, 2007). Para o segundo contrato, a referência mínima para o cumprimento das metas físicas é de 85% (H3, 2010). Entretanto, percentuais que superam as metas estabelecidas não correspondem automaticamente a um volume maior de recursos.

O segundo contrato do H3, realizado em 2010, também prevê orçamento condicionado ao desempenho, em que 90% do valor são de transferência automática para o prestador, restando 10% condicionado ao cumprimento prévio das **metas qualitativas**.

O repasse dos 10% do componente condicionado ao desempenho, em ambos os contratos, estão condicionados à verificação prévia de metas (H3, 2007, 2010). No contrato de 2007, o valor a ser recebido é proporcional ao cumprimento das **metas qualitativas**. Em caso de cumprimento inferior a 70% das **metas qualitativas**, não haverá o repasse dos 10% (H3, 2007). O contrato de 2010 é omissivo quanto a esta proporcionalidade.

Para a parcela definida como paga por produção (PPP), o repasse ocorre por meio do modo prospectivo por procedimento, no que se refere a alta complexidade e estratégicos. Adicionalmente, ainda na parcela paga por produção, os contratos contemplam recursos municipais vinculados ao cumprimento de ações de especial interesse da SMS. O repasse destes recursos ocorre após a realização dos serviços (H3, 2007, 2010).

Outra condicionante para ambos contratos é a de que, se o hospital não cumprir 70% das metas físicas por 3 meses consecutivos ou 5 meses alternados, voltará a receber pelo método prospectivo por procedimento até o ajuste de um novo plano operativo em, no máximo, 2 meses. Caso não cumprido o novo POA, com pelo menos 70% das metas físicas, o hospital será desligado do modelo contratual (H3, 2007, 2010). As penalidades são remetidas à Lei de Licitações.(H3, 2007, 2010). O Quadro 15, a seguir, resume os recursos financeiros relacionados à contratualização do H3.

Quadro 15 - Recursos financeiros declarados nos contratos do **H3**. Em reais – valores mensais

(continua)

Em reais, por mês.		Contrato inicial em 20/08/2007	Aditivo 1 04/04/2008	Aditivo 2 27/08/2008	Aditivo 3 13/11/2009	Aditivo 4 14/01/2010	Contrato de 12/11/2010
Condicionado ao desempenho	Média complexidade ambulatorial e hospitalar	351.406,14	366.575,10	392.708,11	392.708,11	392.708,11	662.631,91
	INTEGRASUS - incentivo de integração ao sistema único de saúde	14.745,45	14.745,45	14.745,45	14.745,45	14.745,45	14.745,45
	Incentivo ao programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos – IAC	25.700,49	25.700,49	25.700,49	25.700,49	25.700,49	30.840,58
	Incentivo para a melhoria da qualidade prestada aos usuários do SUS		100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
	Subtotal	391.852,08	533.154,00	533.154,00	533.154,00	533.154,00	808.217,94
Pagamento por produção	Procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar	184.992,04	184.992,04	211.857,50	211.857,50	211.857,50	525.907,50
	Ações estratégicas – MS/FAEC	55.961,41	55.961,41	55.961,41	55.961,41	55.961,41	150.000,00
	Recurso municipal para a garantia do atendimento de urgência, contemplando suporte de especialidades médicas.	25.000,00	155.400,00	155.400,00	15.000,00	149.050,00	201.240,00

Quadro 15 - Recursos financeiros declarados nos contratos do **H3**. Em reais – valores mensais

(conclusão)

Em reais, por mês.		Contrato inicial em 20/08/2007	Aditivo 1 04/04/2008	Aditivo 2 27/08/2008	Aditivo 3 13/11/2009	Aditivo 4 14/01/2010	Contrato de 12/11/2010
Pagamento por produção	Recurso para a garantia do atendimento em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, destinado para o componente profissional médico.	19.840,00	19.840,00	19.840,00			
	Recurso para atendimento à gestação e pediatria, garantindo a assistência mãe/filho, especialmente às gestações de alto risco.	16.000,00	26.000,00	26.000,00			
	Recurso para o custeio dos procedimentos realizados pelo hospital e que não estão contemplados no sistema de processamento do DATASUS		10.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
	Subtotal	301.793,45	452.193,45	484.058,91	282.818,91	431.868,91	892.147,50
Total	693.645,53	959214,49	1.017.212,96	815.972,96	965.022,96	1.700.365,44	

Fonte: Contrato 2007 e aditivos. Contrato 2008.**Nota:** O 5º aditivo ao contrato de 2007 não implicou em alterações de valores.

d) Composição dos POA do H3

O Quadro 16 mostra alterações nas quantidades de metas entre os POA, bem como a predominância das metas qualitativas.

Quadro 16 - Grupos de metas do Hospital H3

GRUPOS	Nº de metas H3_POA_1 Set/2008 a Ago/2010	Nº de metas H3_POA_2 Set/2010 a Dez/2011
Metas qualitativas	64	63
Metas físicas	21	18
TOTAL DE METAS	85	81

Fonte: H3_POA_1,2.

Os dois POA do **H3** envolveram metas físicas, abrangendo as de internação, as ambulatoriais e as de urgência e emergência. O Quadro 17 a seguir detalha as metas encontradas nos POA do prestador **H3** e seus respectivos quantitativos pactuados.

Quadro 17- Detalhamento das metas físicas mensais com volume previstas no POA do **H3**

(continua)

Metas físicas mensais do H3 nos POA	H3_POA_01 Set/2008 a Ago/2010	H3_POA_02 Set/2010 a Dez/2011
Internações clínica cirúrgica	200	227
Internações clínica médica	147	206
Internações em obstetrícia	27	27
Internações em pediatria	23	23
Atendimentos de urgência e emergência	670	670
Coleta de material	1	-
Diagnóstico em Laboratório clínico	542	950
Anatomia patológica	1	3
Radiologia	400	550
Diagnóstico por ultrassom	60	230
Tomografia computadorizada	10	22
Ressonância magnética	26	18
Endoscopia	7	17
Diagnóstico em especialidades	85	530
Hemodinâmica	12	60

Quadro 17- Detalhamento das metas físicas mensais com volume previstas no POA do **H3**
(conclusão)

Metas físicas mensais do H3 nos POA	H3_POA_01 Set/2008 a Ago/2010	H3_POA_02 Set/2010 a Dez/2011
Consultas/atendimentos	1.642	-
Tratamentos clínicos	6	6
Hemoterapia	1	-
Terapias especializadas	15	7
Cirurgias ambulatoriais	39	60
Consultas especializadas	1.456	1.380
Número total de metas físicas	21	18

Fonte: H3_POA_1,2.

e) Evolução da Produção do Hospital do H3

Com referência às séries históricas dos prestadores junto à base de dados do DATASUS, este item busca conhecer o comportamento do hospital quanto à complexidade assistencial, o alcance dos objetivos pactuados nas metas físicas e a verificação de variações do volume de produção antes e depois da contratualização.

e.1) Complexidade dos Atendimentos no H3

Os atendimentos na rede assistencial do SUS são classificados de acordo com a complexidade, geralmente associados a uma densidade tecnológica crescente. Vão dos atendimentos básicos aos atendimentos classificados como de alta complexidade.

e.1.1) Internações no H3

O Hospital realizou 4.952 internações no ano de 2011. Destas, 13,1% foram com procedimentos de classificados como de alta complexidade (Tabela 9).

A Tabela 9 mostra que este prestador mantinha tradição de realizar internamentos classificados como de alta complexidade, mesmo antes da contratualização. De qualquer forma, após a contratualização, verifica-se aumento nos procedimentos de alta complexidade. A média do segundo conjunto de dados (2009–

2011) foi de 525 internações/ano. Este valor, comparado com a média de 425 internações/ano da primeira série temporal (2005-2007), resulta em aumento percentual de 23,4%, o que é compatível com a melhor coordenação para a hierarquização da rede.

A Tabela 9 também mostra uma maior quantidade de realização de ações estratégicas com internações após a contratualização. A média do primeiro conjunto de dados (2005-2007) foi de 46 internações/ano contra uma média de 266 internações/ano na segunda série temporal (2009-2011). O aumento verificado de 483,2% revela maior participação do prestador nas ações relevantes para a política do SUS, após a contratualização, como, por exemplo, a participação nas campanhas de cirurgias eletivas.

Em consulta à SMS, obteve-se a informação de que, em 2006, o prestador **H3** foi credenciado em “gestação de alto risco” como alta complexidade, o que explica a elevação dos números de internações de alta complexidade mesmo antes de sua contratualização.

Em síntese, as informações apresentadas na Tabela 9 alinham-se com a hipótese da pesquisa.

Tabela 9 – Interações no **H3**, segundo o nível de complexidade

Ano	Alta complexidade	Estratégicos	Média complexidade	Total	% Alta complexidade	% Estratégicos	% Alta complexidade + Estratégicos
2005	374	34	3.325	3.733	10,0	0,9	10,9
2006	483	52	3.492	4.027	12,0	1,3	13,3
2007	419	51	4.111	4.581	9,2	1,1	10,3
2008(*)	474	124	4.657	5.255	9,0	2,4	11,4
2009	421	450	3.348	4.219	10,0	10,7	20,6
2010	507	212	5.041	5.760	8,8	3,7	12,5
2011	647	137	4.168	4.952	13,1	2,8	15,8
MÉDIA ANTES	425	46	3.643	4.114	-	-	-
MÉDIA DEPOIS	525	266	4.185	4.977	-	-	-
VARIAÇÃO %	23,43	483,21	14,91	20,99	-	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹.

Notas: (*) ano da contratualização com POA.

Frequência por ano de competência de 2005 até 2007.

Frequência por ano de processamento partir de 2008.

e.1.2) Atendimentos Ambulatoriais do H3

No que se refere ao comportamento dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, após a contratualização em 2008, verifica-se um aumento destes procedimentos (Tabela 10). Observe-se que os contratos preveem que o **H3** estabeleça preferência aos atendimentos de média e alta complexidade (**H3**, 2007, 2010).

Os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade do primeiro conjunto de dados, antes da contratualização (2005-2007), foi, em média, de 147 atendimentos/ano. Este valor médio, no segundo conjunto de dados (2009-2011), foi de 479 atendimentos/ano. A comparação revela um acréscimo percentual de 225,35% nos atendimentos de alta complexidade após a contratualização. Situação semelhante ocorre com os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, que também aumentaram após a contratualização. A média calculada pelo mesmo critério cresceu em 116,34% (Tabela 10).

Tabela 10 - Produção ambulatorial por complexidade – **H3**

Ano	Atenção básica	Média Complexidade	Alta Complexidade	Total	% de Alta Complexidade	% de Alta + Média Complexidade
2005	3.856	22.659	151	26.666	0,6	85,5
2006	4.015	22.945	176	27.136	0,7	85,2
2007	3.920	25.340	115	29.375	0,4	86,7
2008(*)	2.533	31.277	342	34.152	1	92,6
2009	0	36.123	535	36.658	1,5	100
2010	0	32.782	443	33.225	1,3	100
2011	0	38.235	460	38.695	1,2	100
MÉDIA ANTES	3.930	16.508	147	20.586	-	-
MÉDIA DEPOIS	-	35.713	479	36.193	-	-
VARIAÇÃO %	-	116,34	225,34	75,81	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹

Notas: De 2005 a 2007 - Frequências por ano de cobrança.

A partir de 2008, por ano de atendimento.

(*) ano da contratualização

Observe-se na Tabela 10 que os atendimentos básicos estão zerados, atendendo à expectativa pactuada. Com relação aos atendimentos ambulatoriais estratégicos, segundo os dados do DATASUS, o **H3** realizou apenas um atendimento em 2008 e 7 em 2011⁸¹.

e.2) Alcance das Metas Físicas no H3

Uma dimensão relevante a ser verificada neste estudo é avaliar o alcance das metas pactuadas como índice do desempenho do prestador e sua inserção no SUS, bem como a capacidade de coordenação da SMS, por meio da regulação. A apresentação a seguir tem este propósito com relação às metas de internações e com as metas ambulatoriais.

e.2.1) Alcance de Metas Físicas de Internação no H3

As metas das internações previstas nos POA foram alcançadas de forma geral. Entretanto, ocorreram percentuais inferiores ao limite do contrato em duas clínicas no **H3_POA_2**: obstétrica e médica. A Tabela 11 faz avaliação do cumprimento das metas de internação em cada clínica. Das oito metas comparadas na referida Tabela, seis foram alcançadas plenamente, ou seja, 75%. Ademais, existem metas que foram ultrapassadas.

Tabela 11 - Internação por clínica do **H3** – média mensal

INTERNAÇÕES – Média mensal	H3_POA_1	H3_POA_2
	Set/2008 a Ago/2010	Set/2010 a Dez/2011
CIRÚRGICA (POA)	200	227
PRODUÇÃO – média mensal	213	211
% cumprimento da meta	106,5	93,0
OBSTÉTRICA (POA)	27	27
PRODUÇÃO – média mensal	31	22
% cumprimento da meta	114,8	81,5
MÉDICA (POA)	147	206
PRODUÇÃO – média mensal	160	140
% cumprimento da meta	108,8	68,0
PEDIÁTRICA (POA)	23	23
PRODUÇÃO – média mensal	33	25
% cumprimento da meta	143,5	108,7
Número de metas comparáveis por POA	4	4
Número de metas alcançadas por POA	4	2
% Médio de cumprimento metas em cada POA	118,4	87,8

Fonte: DATASUS⁸¹.

Notas: Frequência por mês processamento.

O contrato deste prestador prevê que o mesmo deve cumprir pelo menos 95% dos valores previstos para as metas físicas no **H3_POA_1**. Para o **H3_POA_2**, a referência é de 85% para as metas físicas (**H3**, 2007, 2010). Percentual médio de cumprimento de metas = 103,1%.

A diminuição da produção no **H3_POA_2** (média mensal das internações) foi verificada em todas as clínicas sendo maior nas clínicas obstétrica e pediátrica que não alcançaram a meta.

e.2.2) Alcance das Metas Físicas Ambulatoriais no H3

De forma semelhante ao item anterior, verifica-se o cumprimento das metas físicas ambulatoriais. Para a avaliação das metas físicas nos dois POA do **H3**, existem 29 metas comparáveis, ocorrendo a superação plena em 10 delas (34,5%) (Tabela 12).

Considerando a média percentual de cumprimento das metas por POA dos itens avaliados, inclusive os que superaram as metas, ou ficaram abaixo delas, o segundo POA do **H3** apresenta o menor percentual de cumprimento das metas ambulatoriais no rol de prestadores e respectivos POA considerados neste trabalho.

Tabela 12 - atendimentos ambulatoriais do **H3**

(continua)

Média mensal	H3_POA_1	H3_POA_2
	Set/2008 a Ago/2010	Set/2010 a Dez/2011
Atendimentos de urgência/emerg. POA	670	670
PRODUÇÃO - média mensal	422	214
% de cumprimento das metas	63,0	31,9
Consultas e atendimentos no POA	1.642	(**)
PRODUÇÃO - média mensal	1215	1.256
% de cumprimento das metas	74,0	(**)
Consultas especializadas eletivas POA	1.456	1.380
PRODUÇÃO - média mensal	813	1.066
% de cumprimento das metas	55,8	77,2
Cirurgias ambulatoriais POA	39	60
PRODUÇÃO - média mensal	52	23
% de cumprimento das metas	133,3	38,3
Patologia clínica prevista no POA	542	950
PRODUÇÃO - média mensal	904	1.035
% de cumprimento das metas	166,8	108,9
Anatomia patológica no POA	1	3
PRODUÇÃO - média mensal	1	0
% de cumprimento das metas	100,0	0,0
Radiodiagnóstico previsto no POA	400	550
PRODUÇÃO - média mensal	516	436
% de cumprimento das metas	129,0	79,0
Exames de ultrassom no POA	60	230
PRODUÇÃO - média mensal	81	97
% de cumprimento das metas	135,0	42,2
Diagnóstico em especialidades-POA	86	530
PRODUÇÃO - média mensal	136	175
% de cumprimento das metas	158,1	33,0
Diagnóstico por endoscopia POA	7	17
PRODUÇÃO - média mensal	7	7
% de cumprimento das metas	100,0	41,2
Terapias especializadas POA	15	7
PRODUÇÃO - média mensal	8	8
% de cumprimento das metas	53,3	114,3
Tratamentos clín.(outras esp.) no POA	6	6
PRODUÇÃO - média mensal	3	0
% de cumprimento das metas	50,0	0,0

Tabela 12 - atendimentos ambulatoriais do **H3**

(conclusão)

Média mensal	H3_POA_1	H3_POA_2
	Set/2008 a Ago/2010	Set/2010 a Dez/2011
Estudo hemodinâmico no POA	12	60
PRODUÇÃO - média mensal	13	21
% de cumprimento das metas	108,3	35,0
Tomografias previstas no POA	10	22
PRODUÇÃO - média mensal	9	16
% de cumprimento das metas	90,0	72,7
Diagnóstico por ressonância no POA	26	18
PRODUÇÃO - média mensal	19	0
% de cumprimento das metas	73,1	0,0
Número de metas comparáveis por POA	15	14
Número de metas alcançadas por POA	8	2
% Médio em cada POA	99,3	48,1

Fonte: POA e DATASUS⁸¹

Notas: Frequência por mês de atendimento durante a vigência dos POA. Cumprir pelo menos 95% dos valores previstos como as metas físicas no **H3_POA_1**. Para o **H3_POA_2**, a referência é de 85% das metas físicas (**H3**, 2007, 2010). Percentual médio de cumprimento de metas = 73,7%.

e.3) Variação no Volume das Metas Físicas no H3

O volume de ações de saúde que o prestador compromete-se a contratualizar com o SUS é indício da sua inserção na rede assistencial. Apresenta-se a seguir as variações de volume das metas físicas, comparando-se a situação antes e após a contratualização, em termos de internações e de atendimentos ambulatoriais.

e.3.1) Variação nas Internações no H3

As internações aumentaram em 21% após a contratualização. Passaram de uma média de 4.114 internações/ano, no período (2005-2007), para uma média de 4.977 internações/ano após a contratualização (2009-2011).

e.3.2) Variação nos Atendimentos Ambulatoriais no H3

Os atendimentos ambulatoriais aumentaram em 75,8%. A média do primeiro conjunto de dados foi de 20.586 atendimentos/ano (2005-2007) e passou para 36.193 atendimentos/ano no segundo conjunto de dados (2009-2011) (Tabela 10).

f) Síntese do Caso H3

Como se verifica no Quadro 18, apresentado a seguir, as informações sobre o prestador **H3** sugerem que a contratualização teve efeitos positivos para SMS na coordenação do sistema e na inserção do prestador no SUS. A única situação identificada como desfavorável à hipótese de trabalho foi a relativa ao alcance das metas físicas ambulatoriais, no segundo POA do referido prestador.

Quadro 18 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e verificação dos dados relatados no Caso 3 (**H3**)

(continua)

Crítérios	Evidência	Interpretação
1. Alocação de recursos municipais ou outros para ações de especial interesse da SMS ou do SUS, na mesma lógica da contratualização.	Foram indicados os seguintes recursos: a) Recurso Municipal para a garantia do atendimento de urgência, contemplando suporte de especialidades médicas. b) Recurso Municipal para a garantia do atendimento em Unidades de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica, destinado para o componente profissional médico. c) Recurso Municipal para atendimento à gestação e pediatria, garantindo a assistência mãe/filho, especialmente às gestações de alto risco. d) Recurso Municipal para o custeio dos procedimentos realizados pelo hospital e que não estão contemplados no sistema de processamento do DATASUS. (Quadro 15)	Sugere capacidade de coordenação da SMS na programando de serviços de interesse do sistema local na mesma lógica do modelo contratual. As evidências apresentadas neste caso mostram a ação coordenativa da SMS no sentido de programar os serviços necessários à rede assistencial na lógica da contratualização. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
2. Variações no número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	Ocorreram exclusões de metas físicas. (Quadro 17)	Sugere capacidade de coordenação da SMS incluindo ou excluindo metas nos POA. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
3. Variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	Ocorreu variações nos quantitativos das metas físicas em relação ao POA anterior. (Quadro 17)	Sugere capacidade de coordenação da SMS ajustando as quantidades nos POA às necessidades do serviço de saúde. SITUAÇÃO FAVORÁVEL.
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade, respeitando o nível indicado para o prestador.	As internações de média complexidade aumentaram 14,9% após a contratualização. (Tabela 9)	Quanto maior, melhor. Sugere capacidade de coordenação, observando-se que as ações de média complexidade estão relacionadas com a parcela condicionada ao desempenho dos recursos alocados e inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 18 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e verificação dos dados relatados no Caso 3 (H3)

(continuação)

Crítérios	Evidência	Interpretação
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade no nível de complexidade indicado para o prestador.	As internações de alta complexidade aumentaram em 23,4% após a contratualização. (Tabela 9)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS e maior a capacidade de coordenação da SMS, dado que os hospitais do estudo são considerados de referência para alta complexidade. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica .	O prestador zerou estes atendimentos após a contratualização. (Tabela 10)	Sugere capacidade de coordenação da SMS em direcionar a atenção básica para as UBS, observando-se que não deve existir atenção básica regular nas instituições hospitalares. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Ocorreu expansão dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade de 116,34% após a contratualização. (Tabela 10)	Quanto maior, maior a capacidade de coordenação da SMS e maior a inserção do prestador no SUS. Estes atendimentos estão relacionados com a parcela condicionada ao desempenho. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Ocorreu expansão dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade de 225,34% após a contratualização. (Tabela 10)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS, como hospital de referência, considerando que os hospitais estudados são direcionados para média e alta complexidade. A situação sugere capacidade de coordenação da SMS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
9. Realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	Ocorreu aumento de 483,2% nos atendimentos estratégicos com internações. (Tabela 9)	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. Sugere capacidade de coordenação da SMS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
10. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nos atendimentos ambulatoriais.	O Hospital H3 realizou no ano de 2008 apenas 1 atendimento ambulatorial estratégico. Em 2011 realizou 7 atendimentos. Fonte:DATASUS ⁸¹ .	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. Sugere capacidade de coordenação da SMS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 18 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e verificação dos dados relatados no Caso 3 (**H3**)

(conclusão)

Crítérios	Evidência	Interpretação
11. O alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS.	O prestador alcançou o percentual de cumprimento das metas físicas de internação em todos os POA. (Tabela 11)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
12. O alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS.	O prestador alcançou o percentual de cumprimento das metas físicas ambulatoriais no primeiro POA. Apresentou desempenho inferior no segundo POA. A média do percentual alcançado nos dois POA foi de 73,7%. (Tabela 12)	Indica pouca capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato (com relação ao segundo POA). SITUAÇÃO DESFAVORÁVEL
13. A variação no volume total de internações, após a contratualização do prestador;	Ocorreu aumento no volume total das internações neste prestador de 21,0% após a contratualização. (Tabela 9)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
14. A variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização do prestador	Ocorreu aumento dos atendimentos ambulatoriais neste prestador de 75,8 % após a contratualização. (Tabela 10)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Fonte: critérios definidos no item 2.2.8 do Capítulo da Metodologia e Relatório do Caso 3.

f.1) Interação com o prestador H3 por meio dos questionários

As respostas obtidas no questionário do prestador **H3** estão apresentadas na íntegra no Apêndice B da tese. O representante do prestador passou o seguinte conjunto de percepções: a) O volume das metas consideraram a média histórica e a capacidade operacional; b) a pactuação observou a capacidade de cumprimento do hospital; c) ocorreram reuniões com os chefes de serviços sobre a contratualização; d) ocorreu aprimoramento da gestão do hospital; e) a comissão de avaliação do contrato não apresentou desempenho satisfatório.

CASO 4: H4

a) Identificação do Hospital H4

É hospital com certificado de filantropia com 128 leitos, sendo 99 contratualizados pelo SUS (77%), conforme dados de setembro de 2012⁸. O fato de ofertar 77% de seus leitos ao SUS sugere dependência financeira do hospital em relação ao SUS. Em 2011, o hospital realizou 4.855 internações SUS. Pela classificação utilizada em Barbosa et al.¹⁰, é hospital especializado.

b) Contratualizações do H4

O primeiro contrato foi realizado em 28 de agosto de 2007, ao qual foram vinculados 2 POA. O primeiro POA, da mesma data do contrato, não foi operacionalizado devido à incipiência dos procedimentos da contratualização no Município, tanto da parte do prestador, como da SMS. Em 28 de agosto de 2008, foi assinado novo POA que passou a vigorar de fato e que nesta tese está referenciado como **H4_POA_1**. O POA de 2009 não foi assinado, ficando o de 2008 como referência para as avaliações.

Em 14/06/2010 foi firmado o segundo contrato com vigência até 2015. A este, vinculou-se o POA de 2010, válido até hoje (abril/2013), como parâmetro para as avaliações subsequentes, enquanto não se assina novo documento. Os contratos especificam os recursos financeiros, a duração e os critérios de avaliação (**H4**, 2007, 2010).

O Quadro 19 apresenta os documentos considerados na análises e suas respectivas datas.

Quadro 19 - Contratos e POA do **H4** disponíveis para análise e períodos de vigência

Contratos	Data Assinatura do Contrato	POA	Data de assinatura dos POA	Data início vigência do POA	Data Fim Vigência POA	Mês considerados no POA Início	Mês considerado na tese Fim	Nº de meses considerados
Contrato 1	28/08/2007	1	28/08/2008	28/08/2008	14/06/2010	Set/08	Jun/2010	22
Contrato 2	14/06/2010	2	14/06/2010	14/06/2010	Válido como referência até novo POA	Jul/2010	Dez/2011	18

Fonte: Contratos e POA do **H4**.

Os contratos foram realizados com base na Lei 8080/90⁷⁰ e nas Portarias GM/MS 1721/2005⁶⁸; SAS/MS 635/2005⁷⁹; 552/2006⁸⁴; e Portaria GM/MS 3.123/2006⁸², além das normas gerais da Lei de Licitações⁸³ (**H4**, 2007, 2010).

Trata-se de contratos de instituição pública com instituição privada, sem fins lucrativos, filantrópica. O **H4**, por ser entidade de personalidade jurídica de direito privado, possui maior liberdade discricionária na contratação de pessoal e de insumos.

Segundo o pacto contratual, o prestador compromete-se a oferecer exclusivamente para o SUS um mínimo de 80% dos seus leitos (**H4**, 2007) e de 70% no (**H4**, 2010). Conforme contratos, o acesso aos serviços do SUS deve ocorrer exclusivamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Central de Regulação, sendo ressalvados os casos de emergências oncológicas.

Outras manifestações de caráter de coordenação estão previstas nos contratos como, por exemplo, a implementação da referência e contra referência nos atendimentos pactuados no âmbito da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a presença de representante do Estado na Comissão de Avaliação dos Contratos. O fato sugere a organização regional dos serviços na especialidade, sendo facilitada pela contratualização. Esta observação também é válida para os demais casos apresentados

até o momento. Integra as condições gerais do contrato a indicação da realização pelo **H4** de ações de média e alta complexidade.

c) Alocação de Recursos Financeiros do H4

A forma da alocação dos recursos é semelhante aos demais casos já apresentados. A SMS oferece uma parcela condicionada ao desempenho (PCD) para as ações de média complexidade. Deste orçamento, um subcomponente, é destacado, ficando seu repasse condicionado à avaliação prévia do cumprimento das metas qualitativas.

Com relação à parcela condicionada ao desempenho, cabe ao prestador realizar esforços para atender simultaneamente, as **metas físicas** e **qualitativas**. Compete à SMS e Comissão de Acompanhamento, a fiscalização e coordenação do cumprimento do pactuado. Os valores envolvidos na contratualização do **H4** estão resumidos no Quadro 20. Foram dois contratos no período de análise, ambos semelhantes ao do Caso 3. No primeiro contrato (**H4**, 2007), o sistema de alocação de recursos para a parte condicionada ao desempenho ocorre por orçamento global, ajustado à metas. O repasse de 90% da parcela condicionada ao desempenho ficou vinculada ao cumprimento das **metas físicas** e 10% do referido valor ao cumprimento das **metas qualitativas** (**H4**, 2007). De forma semelhante ao relatado em caso anterior, o repasse dos valores condicionados às **metas físicas** ocorre de forma relacionada à faixas de cumprimento, ou seja: cada faixa corresponde a um percentual relacionado ao valor condicionado ao desempenho a ser repassado ao prestador. As faixas de cumprimento, indicadas no contrato, são semelhantes ao do caso 3. Esta situação (faixas e pagamento mínimo) não se verifica no contrato de 2010.

Quanto aos valores condicionados às **metas qualitativas**, o contrato de 2007 informa que o cumprimento parcial destas metas implica em repasse proporcional e, em caso de desempenho abaixo de 70%, não haverá pagamento. Esta situação de proporcionalidade não está prevista no contrato de 2010.

As **metas físicas** são consideradas cumpridas quando alcançam 95% do volume pactuado no caso do primeiro contrato e de 85% no segundo (**H4**, 2007, 2010). Para o segundo contrato (**H4**, 2010), o repasse de 90% da parcela condicionada ao desempenho é

automática, ficando o subcomponente de 10% condicionado ao cumprimento das metas qualitativas.

A outra parte, paga por produção em ambos os contratos, fica submetida ao modo do pagamento prospectivo por procedimento para os itens com previsão na Tabela Unificada do SUS. Estes recursos são transferidos aos prestadores após o cumprimento das metas ou ações relacionadas. O Quadro 20 discrimina os itens e valores (**H4**, 2007, 2010).

Para os dois contratos, o não cumprimento de menos de 70% das **metas físicas** pode implicar em penalidades, caso a situação ocorra por três meses consecutivos ou cinco meses alternados, situação em que existe a previsão de o prestador voltar a receber pelo método anterior ao da contratualização até a apresentação de um novo POA, no prazo máximo de dois meses (**H4**, 2007, 2010). A condição de exclusão do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos está prevista em ambos contratos. Ela ocorre quando pactuado novo POA, este não for cumprido, em pelo menos 70% das metas físicas, nos três meses subsequentes. As penalidade são remetidas à Lei de Licitações⁸³.

Quadro 20 – Recursos aplicados na contratualização do **H4**. (valores mensais)

Ano/ aditivo	Especificação Valores mensais em Reais	Contrato de 28/08/2007	Contrato de 14/06/2010	Situação após aditivo de setembro de 2011
Condicionado ao desempenho	Média complexidade	193.751,60	447.181,82	447.181,82
	Incentivo de integração ao SUS – INTEGRASUS	13.777,48	13.777,48	13.777,48
	Incentivo ao programa de reestruturação dos hospitais filantrópicos- IAC	15.653,95	18.784,74	18.784,74
	Incentivo para assistência da população indígena	2.000,00	1.000,00	1.000,00
	Incentivo para melhoria do atendimento em radioterapia	30.000,00	-	-
	Subtotal	255.183,03	480.744,04	480.744,04
Pago por produção	Alta complexidade ambulatorial e hospitalar	745.000,00	922.772,00	922.772,00
	Fundo de ações estratégicas e compensação	81.489,47	330.000,00	330.000,00
	Recurso para a garantia da atenção domiciliar multiprofissional do hospital	-	24.232,32	24.232,32
	Recurso para garantia do atendimento integral com especialidades 24 horas/dia	-	64.871,12	-
	Recurso municipal par custeio de procedimentos não contemplados na Tabela do SUS	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Subtotal	838.489,4	1.353.875,44	1.289.004,32	
Total	1.093.672,50	1.834.619,48	1.769.748,36	

Fonte: (H4, 2007, 2010), ADITIVO CONTRATUAL, H4, 2011).

d) Composição dos POA do H4

O POA deste Hospital, como os anteriores, é composto por grandes grupos de compromissos materializados em metas físicas e qualitativas.

Quadro 21 – Grupos metas dos POA do H4

GRUPOS	H4_POA_1	H4_POA_2
	Set/2008 a Jun/2010	Jul/2010 a Dez/2011
Metas qualitativas	48	47
Metas físicas	19	19
Total metas	67	66

Fonte: POA de 2007, 2010 do H4.

Os dois POA do H4 envolveram 38 metas físicas, que são relevantes para o estudo. O Quadro 22 detalha as metas físicas que constam nos POA.

Quadro 22 - Detalhamento das metas físicas mensais com volumes previstos nos POA do H4

(continua)

Metas físicas mensais H4	H4_POA_1	H4_POA_2
	Set/2008 a Jun/2010	Jul/2010 a Dez/2011
Internações clínica cirúrgica	180	180
Internações clínica médica	215	288(*)
Internações em pediatria	5	22(*)
Atendimentos de urgência e emergência	250	300
Coleta de material	176	140
Diagnóstico em laboratório clínico	5.500	5.600
Diagnóstico em anatomia patológica	810	600
Diagnóstico por radiologia	850	925
Endoscopia	111	220
Tomografia computadorizada	201	250
Ressonância magnética	4	7
Medicina nuclear	79	79
Diagnóstico em especialidades	147	155
Consultas/atendimentos	4.950	4.340
Tratamentos clínicos	9	-
(Quimio - + radio) tratamentos oncológicos	1.288	3.000

Quadro 22 - Detalhamento das metas físicas mensais com volumes previstos nos POA do **H4**
(conclusão)

Metas físicas mensais H4	H4_POA_1 Set/2008 a Jun/2010	H4_POA_2 Jul/2010 a Dez/2011
Terapias especializadas	3	25
Cirurgias ambulatoriais	147	130
Diagnóstico por ultrassom	500	210
Radiologia intervencionista	-	1
Número de metas físicas com previsão de quantitativos	19	19

Fonte: H4_POA_1 e H4_POA_2.

(*) Meta: reduzir as internações por meio de recursos terapêuticos preventivos e de suporte ambulatorial clínico, nutricional, psicológico, fisioterapêutico e de cuidados paliativos.

e) Evolução da Produção do Hospital do H4

Este tópico assume relevância na produção de informações para a tese, considerando a possibilidade de reunir elementos que podem sugerir o comportamento do **H4** quanto à complexidade dos atendimentos realizados, do alcance das metas e quanto ao volume da produção antes e após a contratualização.

e.1) Complexidade dos Atendimentos no H4

As séries históricas deste prestador permitem identificar o comportamento do hospital quanto à complexidade dos atendimentos realizados antes e após a contratualização. Os dados de internações e dos atendimentos ambulatoriais estão apresentados a seguir.

e.1.1) Internações no H4

O **H4** está classificado como hospital especializado que, pela contratualização, deve dar preferência para as ações de saúde de média e alta complexidade. Adicionalmente, os contratos preveem transferências das atividades de atenção básica para as UBS (**H4**, 2007, 2010).

O volume de pacientes internados, de média complexidade, expandiu em 25,0%. A média anual antes da contratualização era de 2.481 internações/ano (2005-2007) e passou para 3.099 internações/ano (2009-2010). As internações com procedimentos de alta complexidade, pelo mesmo critério, aumentaram em 6,5%. (Tabela 13).

Tabela 13 - AIH (internações) do **H4**, segundo a complexidade do procedimento e médias antes e depois da contratualização

Ano	Alta complexidade	Estratégicos	Média complexidade	Total	% Alta complexidade	% Alta complexidade + estratégicos
2005	1.456	15	2.327	3.798	38,3	38,7
2006	1.663	1	2.418	4.082	40,7	40,8
2007	1.790	0	2.698	4.488	39,9	39,9
2008(*)	1.866	0	3.072	4.938	37,8	37,8
2009	1.640	193	3.003	4.836	33,9	37,9
2010	1.789	78	3.269	5.136	34,8	36,4
2011	1.797	33	3.025	4.855	37,0	37,7
MÉDIA ANTES	1.636	5	2.481	4.123	-	-
MÉDIA DEPOIS	1.742	101	3.099	4.942	-	-
VARIAÇÃO %	6,5	1800,0	24,9	19,9	-	-

Fonte: DATASUS⁸¹

Notas: Frequência por Ano competência até 2007.

De 2008 em diante frequência por ano de internação.

(*) ano da contratualização.

A Tabela 13 ainda evidencia a maior inserção do prestador na rede SUS por meio da sua participação nos procedimentos considerados estratégicos em pacientes internados, após a contratualização. A média de procedimentos estratégicos em pacientes internados passou de 5 internações/ano (2005-2007) para 101 internações/ano após a contratualização (2009-2011). Os dados de internação sugerem maior inserção do prestador no SUS.

e.1.2) Atendimentos Ambulatoriais no H4

Os atendimentos ambulatoriais corresponderam às expectativas da SMS para este prestador. As ações de alta complexidade ambulatoriais aumentaram após a contratualização. Passaram de uma média de 81.936 atendimentos/ano no primeiro conjunto de dados (2005-2007) para uma média de 103.068 atendimentos/ano no segundo conjunto (2009-2011). O aumento foi de 25,8% (Tabela 14).

Os atendimentos de média complexidade aumentaram em 62,4% no mesmo período e critério de avaliação. A partir da contratualização, não há registro de atendimentos de atenção básica neste prestador.

Em resumo, o perfil de complexidade dos atendimentos ambulatoriais realizados, apresenta coerência com expectativa contratual. Acrescente-se que os procedimentos estratégicos ambulatoriais no Hospital **H4** passaram de 738 atendimentos no ano da contratualização para 1.614 em 2011⁸¹.

Tabela 14 - Atendimentos ambulatoriais do **H4** segundo a complexidade

Ano	Atenção Básica	Média Complexidade	Alta Complexidade	Total	% Alta Complexidade	% Alta + Média Complexidade
2005	1.243	78.149	76.667	156.059	49,1	99,2
2006	1.777	96.182	80.043	178.002	45,0	99,0
2007	1.863	99.205	89.097	190.165	46,9	99,0
2008(*)	1.258	135.869	94.176	231.303	40,7	99,5
2009	-	145.170	94.597	239.767	39,5	100,0
2010	-	148.807	105.350	254.157	41,5	100,0
2011	-	150.236	109.257	259.493	42,1	100,0
MÉDIA ANTES	1.628	91.179	81.936	174.742		
MÉDIA DEPOIS	-	148.071	103.068	251.139		
VARIAÇÃO %	-	62,4	25,8	43,7		

Fonte: DATASUS⁸¹.

Notas: De 2005 a 2007 - Frequência por ano de cobrança.
A partir de 2008 - Frequência por ano de atendimento.
(*) ano da contratualização e POA.

e.2) Alcance das Metas Físicas no H4

As próximas informações apresentadas são as referentes ao alcance das metas pactuadas entre a SMS e o prestador **H4**, com relação às internações e aos atendimentos ambulatoriais.

e.2.1) Internações no H4

No que se refere à pactuação de internação deste prestador, em duas clínicas, no **H4_POA_2** (clínica médica e clínica pediátrica), a meta proposta é a de reduzir o volume com o auxílio de recursos terapêuticos preventivos de suporte ambulatorial, clínico, nutricional, psicológicos, fisioterapêuticos e de cuidados paliativos. Em resumo, os dados apresentados na Tabela 15 informam que o prestador agiu no sentido de atender o contratualizado. No caso, o fato de fazer menos nas citadas clínicas do **H4_POA_2**, atende à solicitação da SMS registrada no POA. De qualquer forma, o percentual médio de cumprimento das metas do **H4_POA_1** foi elevado e a expectativa de redução da média de internações em clínica médica e pediátrica foram atendidas. O Caso do **H4** ilustra a possibilidade da SMS ajustar para menos os serviços a serem pactuados, indicando flexibilidade do instrumento da contratualização.

Tabela 15 – Internações no **H4** (média mensal)

Internações	H4_POA_1	H4_POA_2
	Set/2008 a Jun/2010	Jul/2010 a Dez/2011
CIRÚRGICA (POA)	180	180
PRODUÇÃO	172	181
% cumprimento da meta	95,6	100,6
MÉDICA (POA)	215	288
PRODUÇÃO	230	222
% cumprimento da meta	107,0	77,1
PEDIÁTRICA (POA)	5	22
PRODUÇÃO	12	11
% cumprimento da meta	240,0	50,0
Número de metas comparáveis por POA	3	3
Número de metas alcançadas por POA	3	3
% médio de cumprimento em cada POA	147,5	75,9

Fonte: POA e DATASUS.

Notas: Frequência por mês da internação. No **H4_POA_2** para a clínica médica e pediátrica, a meta fixada é a de reduzir as internações em relação ao parâmetro dado. O contrato deste prestador prevê que o mesmo deve cumprir pelo menos 95% dos valores previstos para as metas físicas no **H4_POA_1**. Para o **H4_POA_2**, a referência é de 85% (**H4**, 2007,2010). No estudo as metas foram consideradas cumpridas. Percentual médio de cumprimento de metas = 111,7%.

e.2.2) Alcance das Metas Físicas de Ambulatório no H4

Os atendimentos ambulatoriais do **H4** foram avaliados de forma semelhante às internações. Das 31 metas comparadas, este prestador superou o volume pactuado em 19 delas (61,3%). A Tabela 16 apresenta nos itens comparáveis, os volumes pactuados e os realizados pelo **H4**.

Tabela 16 - Atendimentos ambulatoriais do **H4** – dados de produção mensal

POA Ambulatorial	H4_POA_1	H4_POA_2
	Set/2008 a Jun/2010	Jul/2010 a Dez/2011
Atendimento urgência e emergência POA	250	300
PRODUÇÃO – média mensal	353	314
% de cumprimento da meta	141,2	104,7
Coleta de Material prevista no POA	176	140
PRODUÇÃO– média mensal	158	314
% de cumprimento da meta	89,8	224,3
Consultas especializadas no POA	4.950	4.170
PRODUÇÃO– média mensal	3.241	3.333
% de cumprimento da meta	65,5	79,9
Cirurgias ambulatoriais previstas no POA	147	130
PRODUÇÃO– média mensal	110	105
% de cumprimento da meta	74,8	80,8
Anatomia patológica POA	810	600
PRODUÇÃO – média mensal	606	603
% de cumprimento da meta	74,8	100,5
Laboratório clínico previstas no POA	5.500	5.600
PRODUÇÃO– média mensal	5.731	6.242
% de cumprimento da meta	104,2	111,5
Radiodiagnósticos no POA	850	925
PRODUÇÃO– média mensal	830	696
% de cumprimento da meta	97,6	75,2
Exames de ultrassom previstos no POA	500	210
PRODUÇÃO– média mensal	184	199
% de cumprimento da meta	36,8	94,8
Diagnóstico em especialidades POA	147	155
PRODUÇÃO– média mensal	152	170
% de cumprimento da meta	103,4	109,7
Terapias especializadas no POA	3	25
PRODUÇÃO– média mensal	19	17
% de cumprimento da meta	633,3	68,0

Tabela 16 - atendimentos ambulatoriais do **H4** – dados de produção mensal

(conclusão)

POA Ambulatorial	H4_POA_1	H4_POA_2
	Set/2008 a Jun/2010	Jul/2010 a Dez/2011
Tratamentos oncológicos POA	1.288	3.000
PRODUÇÃO– média mensal	7.727	8.740
% de cumprimento da meta	599,9	291,3
Diag. Medicina nuclear no POA	79	79
PRODUÇÃO– média mensal	64	69
% de cumprimento da meta	81,0	87,3
Radiologia intervencionista no POA	(**)	1
PRODUÇÃO– média mensal	(**)	0
% de cumprimento da meta	(**)	0
Tomografia computadorizada no POA	201	250
PRODUÇÃO– média mensal	219	256
% de cumprimento da meta	109,0	102,4
Ressonância Magnética no POA	4	7
PRODUÇÃO– média mensal	5	7
% de cumprimento da meta	125,0	100,0
Endoscopias previstas no POA	111	220
PRODUÇÃO– média mensal	125	136
% de cumprimento da meta	112,6	61,8
Número de metas comparáveis por POA	15	16
Número de metas alcançadas por POA	9	10
% médio de cumprimento em cada POA	163,3	105,8

Fonte: POA e DATASUS

Notas: Frequência por mês de atendimento.

O contrato deste prestador prevê que o mesmo deve cumprir pelo menos 95% dos valores previstos para as metas físicas no H4_POA_1. Para o H4_POA_2, a referência é de 85% (CONTRATO H4, 2007, 2010). (**) dados não disponíveis no formato adequado para comparações. Percentual médio de cumprimento de metas nos dois POA = 134,6%.

e.3) Variação no Volume das Metas Físicas no H4

O volume das internações e dos atendimentos ambulatoriais, comparados antes e depois da contratualização, sugerem a maior inserção do prestador na rede assistencial do SUS. Os dados quanto à variação do volume verificado no H4 aumentaram e estão apresentados a seguir.

e.3.1) Variação no Volume Internações do H4

As internações cresceram em 19,9% após a contratualização. A média do primeiro conjunto de dados (2005-2007) foi de 4.123 internações/ano. Após a contratualização, a média passou para 4.942 internações/ano (2009-2011).

e.3.2) Variação no Volume Atendimentos Ambulatoriais do H4

Os atendimentos ambulatoriais totais, pelo critério da média antes(2005-2007) e média depois da contratualização(2009-2011), aumentaram em 43,7%. Passaram de 174.742 atendimentos/ano para 251.139 atendimentos/ano após a contratualização.

f) Síntese do Caso H4

O aumento do volume das internações de média e alta complexidade e a realização de procedimentos classificadas como estratégicos sugerem sintonia do **H4** com as expectativas da SMS. Os atendimentos ambulatoriais corresponderam ao esperado pela SMS. Os atendimentos básicos zeraram após a contratualização, completando um adequado contexto à hierarquização das ações de saúde. As informações sobre o cumprimento das metas físicas apresentam coerência com a hipótese da pesquisa.(Quadro 23).

Quadro 23 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no **Caso 4 (H4)**

(continua)

Crítérios	Evidência	Interpretação
1. Alocação de recursos municipais ou outros para ações de especial interesse da SMS ou do SUS, na mesma lógica da contratualização.	Foram evidenciados as seguintes iniciativas da SMS: a) Recurso para a garantia da atenção domiciliar multiprofissional do hospital. b) Recurso para garantia do atendimento integral com especialidades 24 horas/dia. c) Recurso Municipal para custeio de procedimentos não contemplados na Tabela do SUS. (Quadro 20)	Sugere capacidade de coordenação da SMS na programação de serviços de interesse do sistema local na mesma lógica do modelo contratual. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
2. Variações no número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	Ocorreu a inclusão e exclusão de metas. (Quadro 22)	Sugere capacidade de coordenação da SMS, incluindo ou excluindo metas nos POA. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
3. Variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	Ocorreu variações nos quantitativos das metas no segundo POA em relação ao primeiro. (Quadro 22)	Sugere capacidade de coordenação da SMS, ajustando as quantidades nos POA às necessidades do serviço de saúde. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade, respeitando o nível indicado para o prestador.	Ocorreu aumento das internações de média complexidade de 19,9% após a contratualização. (Tabela 13)	Quanto maior, melhor. Sugere capacidade de coordenação, observando-se que as ações de média complexidade estão relacionadas com a parcela condicionada desempenho dos recursos alocados e inserção do prestador no SUS, pelo maior volume. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade no nível de complexidade indicado para o prestador.	Ocorreu aumento de 6,5% nas internações de alta complexidade após a contratualização do prestador. (Tabela 13)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS e maior a capacidade de coordenação da SMS, dado que os hospitais do estudo são considerados de referência para alta complexidade. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica.	O prestador zerou os atendimentos ambulatoriais de atenção básica. (Tabela 14)	Quanto menor, melhor a capacidade de coordenação da SMS. Atenção básica é função das UBS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Ocorreu aumento dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade de 62,4%. (Tabela 14)	Quanto maior, maior a capacidade de coordenação da SMS e maior a inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Ocorreu aumento dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade de 25,8% neste prestador. (Tabela 14)	Quanto maior, maior a inserção do prestador no SUS, como hospital de terciário, considerando que os hospitais estudados são referência para alta complexidade. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Quadro 23 - Avaliação quanto aos aspectos favoráveis ou não à hipótese da pesquisa, segundo os critérios propostos na metodologia e a verificação dos dados relatados no Caso 4 (**H4**)

(conclusão)

Critérios	Evidência	Interpretação
9. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	Ocorreu aumento dos procedimentos estratégicos com internações neste prestador. A média em período anterior à contratualização foi de 5/ano atendimentos. Após o evento da contratualização passou para 101/ano. (Tabela 13)	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
10. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nos atendimentos ambulatoriais.	Os atendimentos ambulatoriais estratégicos passaram de 730 em 2008 (ano da contratualização), para 1.614 em 2011. Fonte: DATASUS ⁸¹ .	Quanto maior, maior a inserção do prestador na execução das políticas prioritárias do SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
11. O alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS.	O alcance do percentual de cumprimento das metas físicas de internações no primeiro POA foi de 147,5%. Consta no H4_POA_2 a orientação de que o prestador reduza as internações em clínica médica e em clínica pediátrica. (relatório do Caso 4). (Tabela 15)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. Assim o prestador agiu no sentido de atender a orientação da SMS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
12. O alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS.	Ocorreu o cumprimento das metas físicas ambulatoriais em ambos os POA. A média dos dois POA foi de 134,6%. (Tabela 16)	Indica capacidade de coordenação da SMS na regulação dos atendimentos e na condução do prestador ao cumprimento do contrato. SITUAÇÃO FAVORÁVEL
13. A variação no volume total de internações, após a contratualização do prestador.	Ocorreu o aumento das internações totais neste prestador em 19,9% após a contratualização. (Tabela 13)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL.
14. A variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização do prestador	Ocorreu o aumento dos atendimentos ambulatoriais totais de 43,7% neste prestador após a contratualização. (Tabela 14)	Quanto maior, sugere maior inserção do prestador no SUS. SITUAÇÃO FAVORÁVEL

Fonte: critérios definidos no item 2.2.8 do Capítulo da Metodologia e Relatório do Caso 4.

f.1) Interação com o prestador H4 por meio dos questionários

As respostas obtidas no questionário do prestador **H4** estão apresentadas na íntegra no Apêndice B da tese. O representante do prestador passou o seguinte conjunto de percepções: a) as metas quantitativas foram aumentadas; b) as

metas são factíveis e compatíveis com as políticas de saúde; c) estima-se que apenas 15% do corpo clínico conhece o processo de contratualização; d) ocorreu aprimoramento de gestão no hospital; e) a comissão de avaliação não funcionou bem.

4.3 Alocação de Recursos Verificados nos Casos do Estudo

A alocação de recursos por meio de orçamento global ajustado por desempenho, combinado com o de pagamento prospectivo por procedimento, é um sistema misto. Na prática, o modo de alocação de recursos para determinado período é definido na parte do contrato que trata dos recursos financeiros e das condições de sua transferência ao prestador.

Os hospitais que integram este estudo foram contratualizados de forma mista, combinando a parcela condicionada ao desempenho (PCD), com recursos pagos por produção (PPP), na forma de pagamento prospectivo por procedimento para itens previstos na Tabela Unificada do SUS. Nos casos analisados, a soma da parcela condicionada ao desempenho com a paga por produção constitui os valores financeiros da unidade hospitalar. Desta forma, o orçamento é composto de uma parte condicionada ao desempenho (PCD), destinado predominantemente ao financiamento de ações de média complexidade e, de outra, paga por produção (PPP), destinada predominantemente ao financiamento da alta complexidade e das ações estratégicas.

Em todos os casos, um subcomponente da parcela condicionada ao desempenho (10% da PCD) tem sua liberação vinculada à verificação prévia de metas qualitativas. Este é um dos elementos indutores para que o hospital tenha motivação para o cumprimento das metas. Cabe lembrar, como relatado nos casos, que também existem elementos de caráter punitivo relacionados com a lei de Licitações como explica Di Pietro⁵⁸. As punições previstas são: advertência, multa, suspensão temporária de contratar com a administração pública e declaração de inidoneidade.

O outro subcomponente da parcela condicionada ao desempenho pode ou não ser liberada automaticamente, dependendo do teor do contrato assinado. Entre os 4 casos, conforme os relatórios apresentados, encontram-se situações em que 100% da PCD fica vinculado à metas físicas e qualitativas. Em outra situação, apenas uma parte (10%) da PCD fica retido para liberação posterior à verificação de cumprimento das

metas. O subcomponente de 90% do PCD, liberado automaticamente, fica relacionado a um conjunto de metas físicas e o seu não cumprimento, sujeito a ajustes financeiros.

Nos hospitais analisados, constatou-se em 3 dos 4 casos, a inclusão na PPP de outros recursos para ações de interesse da SMS, além dos previstos para ações de alta complexidade e de procedimentos estratégicos.

Adicionalmente, situação semelhante foi notada na parcela ajustada por desempenho (PCD), reservada principalmente para o financiamento da média complexidade. O exemplo pode ser verificado no Quadro 5, com relação aos recursos da epidemiologia hospitalar.

Desta forma, todos os valores do SUS para as unidades contratualizadas podem integrar o modelo contratual resultando em maior transparência, o que certamente aumenta capacidade de coordenação da SMS.

4.4 Apreciação Global dos Resultados

Os contratos trazem em seu preâmbulo e, no objeto contratual, a formalização e a inserção dos prestadores na rede regionalizada e hierarquizada. Esta expressão resume o desejo da SMS com a contratualização, o que pressupõe coordenar os prestadores, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS.

Este Capítulo consolida a análise realizada nos quatro casos em relação aos critérios relacionados à hipótese da pesquisa. Os resultados, com a indicação de suas respectivas evidências, estão detalhados nos relatórios dos casos. O Quadro 24 apresenta os critérios, em síntese, como **favoráveis** ou **desfavoráveis** à aceitação da hipótese de pesquisa.

Quadro 24 - Avaliação quanto à convergência ou não dos fatos com a hipótese de trabalho, segundo os critérios propostos.

Critério	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
1. Alocação de recursos municipais e outros para ações de especial interesse do Município, ou do SUS na mesma lógica contratual.	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável
2. Variações quanto ao número de metas físicas entre os POA de um mesmo prestador.	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável
3. As variações nos quantitativos das metas físicas dos POA de um mesmo prestador.	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável
4. Variação na quantidade de internações de média complexidade.	Favorável	Desfavorável.	Favorável	Favorável
5. Variação na quantidade de internações de alta complexidade	Favorável	Desfavorável.	Favorável	Favorável
6. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de atenção básica.	Desfavorável.	Favorável	Favorável	Favorável
7. Variação na quantidade de atendimentos ambulatoriais de média complexidade.	Desfavorável	Desfavorável.	Favorável	Favorável
8. Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade	Desfavorável	Favorável	Favorável	Favorável
9. A realização de procedimentos definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS nas internações.	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável
10. A realização de procedimentos ambulatoriais definidos como estratégicos para atender as políticas prioritárias do SUS.	Desfavorável	Favorável	Favorável	Favorável
11. O alcance das metas físicas de internações pactuadas com a SMS, motivadas pela contratualização	Favorável	Desfavorável.	Favorável	Favorável
12. O alcance das metas físicas ambulatoriais pactuadas com a SMS, motivadas pela contratualização	Favorável	Favorável	Desfavorável	Favorável
13. A variação no volume total de internações, após a contratualização do prestador.	Favorável	Desfavorável	Favorável	Favorável
14. A variação no volume total de atendimentos ambulatoriais após a contratualização do prestador.	Favorável	Desfavorável.	Favorável	Favorável
Total itens favoráveis à hipótese	10	8	13	14

Fonte: Informações reunidas e relatadas nos casos e quesitos do item 2.2.8 da metodologia.

Entre os casos relatados, o de número 4 apresenta resultados claramente **favoráveis** à hipótese. O Caso 3 apresentou situação **desfavorável** quanto ao alcance das metas físicas ambulatoriais, motivada especialmente pelo comportamento do prestador no segundo POA. O Caso 2 foi o que apresentou situação **menos favorável** aos pressupostos de coordenação e de inserção, inclusive com redução no volume total

das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O Caso 1 apresentou quatro itens **desfavoráveis**.

O estudo permitiu evidenciar outros aspectos da contratualização tais como a possibilidade da inclusão de ações de saúde, necessárias ao adequado funcionamento da rede assistencial, na mesma lógica da contratual. Desta forma, os fluxos financeiros ficam mais transparentes e, portanto, de mais fácil coordenação controle, o que é situação **favorável** à hipótese com evidências nos quatro casos estudados.

Em relação aos POA anteriores, ocorreram variações no número de metas e nos seus respectivos volumes, sugerindo a utilização do instrumento da contratualização pela SMS para a coordenação do sistema, dando direcionalidade aos serviços de saúde. Tal situação foi **favorável** à hipótese em todos os casos.

Em três casos, ocorreram aumento das internações de alta complexidade, situação considerada **favorável** a hipótese, dado que os hospitais do estudo são terciários e de referência para alta complexidade.

A SMS espera com a contratualização retirar dos hospitais os atendimentos de atenção básica. Neste sentido, a avaliação foi **favorável** em três dos quatro casos. Os atendimentos básicos foram zerados, restando ações desta espécie somente no **H1**, com as explicações descritas no relatório do Caso 1. De qualquer forma, com relação ao **H1**, é uma situação **desfavorável** à hipótese do trabalho por contrariar o princípio da hierarquização da rede assistencial do SUS.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais de média complexidade, observa-se no Quadro 24 dois casos **desfavoráveis**. A expectativa da SMS para o **H1** é a de redução destes atendimentos, para dar preferência aos de alta complexidade. O contrato do **H1** especifica a intenção para alta complexidade e ações estratégicas.

A redução dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade verificada no **H2 desfavorece** a maior inserção do prestador no SUS. O **H2** deve contratualmente dar preferência à média e alta complexidade. Nos demais casos a situação foi **favorável** à hipótese, pela maior produção de ações de média complexidade resultando em maior inserção dos prestadores no SUS. Ademais, a realização dos

procedimentos de média complexidade está associada à parcela condicionada ao desempenho dos recursos prestados.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade, ocorre situação **desfavorável** somente no **H1**, que reduziu atendimentos neste nível após a contratualização. Os demais prestadores aumentaram estes atendimentos sugerindo maior inserção dos mesmos no SUS, o que é situação **favorável**.

Todos os casos analisados evidenciaram aumento dos atendimentos estratégicos com internação, sugerindo maior inserção destes prestadores na execução das políticas prioritárias do SUS, situação **favorável** ao pressuposto deste estudo.

No que se refere aos atendimentos estratégicos ambulatoriais, estes apresentaram situação **desfavorável** somente no **H1**, apesar deste hospital, em números absolutos, realizar importante quantidade destes procedimentos. Nos demais casos, ocorreu aumento dos mesmos, sugerindo maior inserção dos prestadores na execução das políticas prioritárias do SUS. Neste contexto, a situação é **favorável** à hipótese de trabalho para os demais prestadores.

O alcance das metas físicas de internação foram avaliadas como **desfavoráveis** no **H2** e as ambulatoriais **desfavoráveis** no **H3**. Os demais hospitais apresentaram índices de cumprimento das metas físicas aceitáveis, como descrito em cada caso, configurando situação **favorável** para estes e sugerindo capacidade de coordenação da SMS.

Em termos de volume total de produção após a contratualização, o hospital **H2** diminuiu internações e atendimentos ambulatoriais, **desfavorecendo** a hipótese da pesquisa quanto à maior inserção dos prestadores no SUS, o que também prejudica o pressuposto da maior capacidade de coordenação da SMS. Os demais casos apresentaram resultados **favoráveis** à hipótese de trabalho.

Nos casos do estudo, verificam-se mais situações **favoráveis** do que **desfavoráveis** à hipótese. Os dados levantados, de forma geral, sugerem a aceitação do pressuposto de maior capacidade de coordenação e de maior inserção dos prestadores no SUS por meio da contratualização, conforme considerações neste capítulo. Estes conceitos estão na hipótese da pesquisa, ou seja: que a contratualização está associada a

maior capacidade de coordenação das ações de saúde e a maior inserção dos prestadores no SUS.

Pelos critérios adotados, constataram-se mais situações **favoráveis** do que **desfavoráveis** à hipótese de pesquisa. O resultado sugere, nos limites de cada caso, maior capacidade de coordenação da SMS e maior inserção dos prestadores no SUS. O conjunto de interpretações mais **favoráveis** à hipótese foi encontrado no Caso 4 e o grupo menos favorável no Caso 2. Conforme proposto, a verificação da hipótese de pesquisa ocorreu por meio dos critérios interpretados em acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Adicionalmente, os relatórios dos casos apresentam a situação de cada meta nos POA. É oportuno lembrar que algumas metas foram alcançadas com percentuais superiores a 100%. Entretanto, outras ficaram aquém deste percentual. A média destes percentuais, observadas com este cuidado, sinaliza, embora não de forma conclusiva, o comportamento do prestador no POA em questão.

O Quadro analítico construído com os resultados obtidos tende a sugerir o acolhimento da hipótese da pesquisa, especialmente para o caso 4, em que todos os quesitos foram favoráveis.

A contratualização não foi neutra no Município. Quase todas as séries históricas examinadas apresentaram alguma alteração com o evento da contratualização. Os fatos verificados antes e depois da contratualização evidenciaram diferenças que sugerem maior capacidade de coordenação da SMS e maior inserção dos prestadores no SUS. Após a contratualização, ocorreu ampliação no volume de atendimentos ambulatoriais e de internações na maioria dos prestadores. Também foi constatado, para a maioria dos casos, o aumento da realização de procedimentos estratégicos, o que sugere a integração dos mesmos à rede do SUS, corroborando com a hipótese de maior inserção dos prestadores.

A verificação do escopo dos contratos por meio do estudo documental, também contribui diretamente com a hipótese da tese, dado que, com a contratualização, a relação da SMS com os prestadores vai além do simples credenciamento. Em situação anterior ao modelo contratual, os serviços poderiam estar mais fortemente direcionados pela capacidade de oferta, com os riscos da demanda induzida. A opção pela contratualização certamente detalha os objetivos pretendidos pela SMS. Estes

representam, em princípio, a real demanda pelos serviços de saúde. A especificação dos objetivos constrói uma relação que supera os conceitos gerencialistas no que se refere à ampla autonomia dos prestadores e dos serviços de saúde, que tendem a privilegiar mais a eficiência do que a eficácia. Com a contratualização, o volume físico por item e a qualidade dos serviços, incluindo a utilização da capacidade instalada, passam a ser de melhor domínio da SMS na forma de relação contratual.

5 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento, os resultados encontrados nas contratualizações não são conclusivos. Entretanto, os efeitos positivos parecem prevalecer. Vecina e Malik⁹³ consideram que o processo de contratualização, tem apresentado algumas evidências de sucesso para alocar recursos a prestadores, combinando, financiamento, forma de gestão e atendimentos por meio de contratos com metas. Outros estudos concluem por resultados favoráveis ao processo de contratualização incluindo relatos em outros países com ampliação da oferta e acesso aos serviços de saúde⁹⁵.

Mesmo para os hospitais de ensino, em princípio mais resistentes em sintonizar-se com as demandas assistenciais do SUS, os relatos geralmente apontam, em maior ou menor grau, para boas considerações sobre os efeitos do modelo contratual, apesar de reconhecerem os resultados ainda fracos do processo^{47,60,89,94}.

No estudo em questão, o relatório dos casos evidenciaram diferenças antes e depois da contratualização, com variações que sugerem capacidade de coordenação da SMS, segundo princípios e diretrizes do SUS. O volume total dos atendimentos ambulatoriais e de internações, bem como das ações estratégicas aumentaram em quase todos os casos caracterizando maior inserção dos prestadores no SUS, por meio da contratualização.

Entretanto, o alcance e/ou superação das metas físicas não foram plenas; estas foram alcançadas, em média, em torno de 60% das metas previstas nos POA. O maior índice de ocorrência no hospital especializado **H4**. Em termos dos percentuais de cumprimento das metas físicas, compensando-se valores acima com os abaixo das metas, constatou-se que o índice médio situa-se próximo a 100%. Estes percentuais apresentam variações em cada caso.

Com relação a organização da atenção básica no sentido da hierarquização, os casos 2,3 e 4 mostraram resultados compatíveis com a hipótese do estudo, zerando estes atendimentos. Entretanto o efeito da contratualização verificado no caso do **H1** foi contrário ao esperado, inclusive, com aumento no volume na atenção básica. Adicionalmente, a redução dos atendimentos de alta complexidade no **H1** também não corroborou o pressuposto do estudo.

Assim, a hipótese de maior potencial de coordenação e de maior inserção dos prestadores no SUS foi parcialmente confirmada com evidências **favoráveis** para a maioria dos aspectos estudados, conforme apresentação no capítulo anterior. Entretanto, obtiveram-se resultados com graus diferentes entre os casos, e alguns deles com sentido contrário ao esperado, como foi o caso do **H2**, diminuindo o volume total de atividades. Estes resultados são consistentes com os achados na literatura internacional, conforme se observa a seguir.

A alocação de recursos condicionada ao desempenho (P4P) vem sendo experimentado em vários países com o objetivo de redução de custos e de maior efetividade das ações de saúde⁶³. Ainda não existe experiência acumulada na literatura para uma completa avaliação de resultados do P4P nos sistemas de saúde, segundo alguns autores^{63, 85}, dado que se verificam estudos com diferentes respostas ao P4P. A revisão sistemática realizada por Bruim et al.⁸⁶ informa que os resultados alcançados e publicados até 2010, sobre P4P, não são conclusivos. Maynard³ observa que a reação ao P4P apresenta variação de efeitos próprios de cada clínica, perfil dos pacientes e contexto administrativo. Lima², ao analisar a literatura internacional, obtém entendimento semelhante. Estas observações parecem válidas para explicar as diferenças de resultados entre os casos encontrados nesta pesquisa.

A convergência de resultados dos estudos sobre a contratualização de hospitais ainda é lenta. Chioro dos Reis⁶⁰, com relação aos hospitais de ensino (HE), registra que a expectativa de que a contratualização influencie a qualidade e a gestão da assistência não foi confirmada nos quatro HE por ele avaliados. Para este autor, ainda são prematuras avaliações definitivas do novo modelo de gestão dada sua complexidade e o necessário amadurecimento e compreensão de sua instrumentalização⁶⁰. Entretanto, o autor considera que a contratualização dos HE induziu os hospitais a algumas mudanças em maior ou menor grau. Siddiqi, Masud e Sabri apud Lima², e Mills e Broomberg⁸⁷ informam que esta percepção é concordante com as experiências internacionais. El-Warrak⁸⁸ declara que as expectativas teóricas da NGP, em seu estudo de caso, não foram alcançadas e complementa que capacidade de governo e capacidade de decisão, com autonomia e comprometimento com resultados, são condições essenciais para o sucesso da contratualização. Este entendimento é compartilhado por Brizola, Gil e Cordoni Junior⁸⁹.

Entretanto, segundo Carvalho⁹⁰, a contratualização agradou tanto os prestadores quanto aos gestores: os prestadores pelos recursos adicionais e pela melhor capacidade de planejamento através dela obtida; os gestores pela maior possibilidade de coordenação e regulação por meio do instrumento de pactuação de metas físicas e qualitativas. O autor contribui para o pressuposto da pesquisa, reconhecendo a melhor capacidade de coordenação da SMS com o modelo contratual.

Uma função de destaque da contratualização é a de permitir a integração de diversos serviços, de forma coordenada, em benefício do cidadão. Esta ação pressupõe capacidade da SMS em exercer corretamente o poder de coordenar. O potencial coordenativo é passível de ser realizado, dada a capacidade de compra e de regulação próprio do poder público, ou seja, é possível dar direcionalidade às ações enquanto sistema. Observe-se que o percentual de leitos dedicados ao SUS, em relação ao total de cada caso, superior a 50%, sugere dependência financeira dos hospitais em relação aos recursos do SUS, o que potencializa o poder de negociação, compra e coordenação da SMS.

A alocação de recursos, por meio da contratualização, tem a vantagem de se submeter a uma organização lógica que facilita o planejamento e a maior coordenação das ações. Permite, inclusive, a utilização de diferentes fontes de recursos em um mesmo contrato, como observado nos casos desta tese. A contratualização aponta para a possibilidade de um sistema de planejamento integrado que evita superposições de ações e permite uma visualização complementar e integrativa dos sistemas locais e suas especificidades, sem deixar de atender a proposta de regionalização e hierarquização do SUS.

O “tripé” de condições da contratualização envolve a clara definição de metas com os recursos necessários, um sistema de incentivos e um sistema de monitoramento e avaliação⁴⁷. Estas dimensões nem sempre estiveram presentes no Município estudado. O gestor (G₁,2012) relata dificuldades financeiras para a implementação do modelo contratual. Entretanto, o conceito da contratualização foi absorvido pelos gestores e utilizados na maioria das instituições hospitalares do Município.

Os mecanismos de avaliação centralizados nas comissões específicas apresentaram problemas funcionais. Este fato foi mencionado por todos os prestadores que participaram do estudo (P_{1,2,3,4}, 2012) e pelo gestor (G₁, 2012). Em consulta à SMS,

obteve-se a informação de que, no início, as comissões de avaliação de contratos não funcionaram bem devido a incipiência do processo. Os atores estavam apreendendo a operacionalizar o modelo contratual. Algumas parcelas que deveriam ter sido prontamente repassadas aos prestadores ficaram retidas na SMS, aguardando avaliação desmotivando os hospitais quanto ao processo de contratualização. A situação também foi observada pelo prestador (P3,2012).

Esta situação de funcionamento insuficiente das comissões de avaliação também foi observada no estudo de Silva, Garcia e Kranz⁹¹ que pesquisaram o tema em seis hospitais de Porto Alegre. Eles relataram falhas no sistema de monitoramento e avaliação dos contratos, no que se refere à regularidade das avaliações. O estudo de Silva, Garcia e Kranz⁹¹ informa que os hospitais por eles avaliados obtiveram resultados fracos quanto ao alcance das metas estabelecidas. Brizola, Cordoni Junior e Gil⁸⁹; Lima e Rivera⁴⁷; Lima² e outros fazem referência à deficiências na avaliação e ao monitoramento como obstáculo à obtenção de melhores resultados.

No período de análise, até dezembro de 2011, não foi possível confirmar a retenção definitiva de valores por motivo de descumprimento dos contratos e POA. Entretanto, em consulta ao gestor obteve-se a informação de que ocorreram retenções temporárias. Estas somente foram liberadas após o prestador cumprir o pactuado nos POA (G3, 2012). Adicionalmente, verificaram-se situações de defasagens em relação ao volume contratado e demanda real, causando desequilíbrios pelos atendimentos realizados para além das metas, o que, no ponto de vista dos prestadores, gera crédito a ser cobrado da SMS. O tema foi manifestado formalmente em reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

Com relação às metas pactuadas, a maioria delas é referente às qualitativas, o que sugere atenção da SMS em qualificar as ações de saúde dos prestadores, no sentido de acrescentar valor aos serviços. A contratualização privilegia a motivação para o alcance das metas qualitativas inclusive no subcomponente da PCD que representa, inicialmente, 10% do valor vinculado a este tipo de metas. As portarias do MS preveem que o mencionado subcomponente deveriam ter sido aumentado em até 50% da Parcela Condicionada à Desempenho^{69, 67}.

Esta observação e os atrasos nas renovações dos POA sugerem que existiram dificuldades iniciais na implementação da contratualização no Município do estudo.

As metas físicas foram identificadas nos POA, com os seus respectivos volumes. Elas são parte do instrumento de contrato para formalizar as necessidades da SMS perante os hospitais. Estas devem ser flexíveis e ajustáveis às dinâmicas sociais como indica Trosa⁴⁹. Acrescente-se que um rigor excessivo na execução dos contratos dificulta ajustes de rumos percebidos pela SMS para atendimento das necessidades urgentes da rede de serviços. Situação oposta também é indesejada, considerando a possibilidade de fraudes. É necessário a construção de propostas práticas que combinem eficiência, flexibilidade e segurança jurídica para prestadores e gestores.

Foram observadas variações nas cláusulas e requisitos entre os contratos estudados. As mencionadas diferenças também sugerem flexibilidade. Entretanto, observe-se que flexibilidade na elaboração do instrumento contratual não deve significar tolerância na sua execução. A tolerância imotivada leva ao descrédito e ao fracasso do modelo contratual. O contrato, para ser levado a sério e fazer a diferença para a o Sistema de Saúde, deve ser aplicado com seus bônus e ônus.

A necessidade de padronização dos contratos com cláusulas mínimas decorre da dificuldade de avaliações a partir de instrumentos fragmentados. Tal situação foi percebida na experiência do Estado de Minas Gerais e motivou a proposta de um modelo contratual único para o Estado⁵⁶. A questão também é estudada pelo Ministério da Saúde que mantém em andamento Consulta Pública⁹² sobre o tema para os contratos de prestadores com o SUS. A uniformização pode contribuir para o reconhecimento da contratualização como Política de Estado, conforme sugerem Lima e Ugá⁶⁶. O gestor (G2, 2012) também destaca que a contratualização deve ser uma Política de Estado.

No limite, é conveniente mencionar que os conceitos da contratualização devem ir além da fixação de metas e cumprimento das mesmas. Maynard³ lembra que as metas devem produzir valor ao paciente, considerando que algumas ações de saúde podem ser inócuas ou até nocivas aos pacientes. Ele acrescenta que as ações devem ser custo-efetivas.

Muitas das metas foram fixadas com base na média histórica e na capacidade instalada do prestador ou combinações destas dimensões. Nos POA dos hospitais constam informações sobre a produção média realizada nos anos anteriores, sendo referência para a produção a ser contratada. A SMS confirma a utilização da

média histórica como referência para as contratualizações iniciais (G_{1,2},2012). Entretanto, Bitran e Yip⁶⁴ criticam a alocação de recursos com base nos dados históricos devido o método gerar pouco comprometimento e responsabilização entre a saúde desejada, os trabalhadores e os gestores. O planejamento participativo tende a maior responsabilização dos atores, melhorando as chances de sucesso das ações de saúde. Entretanto, o processo de planejamento e fixação das metas não alcançou participação do corpo clínico nos casos do estudo (P_{1,2,3,4}, 2012). Portanto, a prática da contratualização interna não foi confirmada.

A observação dos casos deste estudo sugere o reconhecimento do potencial da contratualização para a organização dos sistemas locais e regionais de saúde. Além disso, os prestadores foram unânimes em perceber que a contratualização implicou em aprimoramento da gestão hospitalar, mesmo sem alcançar a maioria do corpo clínico (P_{1,2,3,4}, 2012). Observação semelhante foi realizada por um gestor (G₃,2012).

Os hospitais pesquisados ilustram o potencial da contratualização para contribuir com a coordenação do SUS, bem como evidenciam algumas das dificuldades desta forma de alocação de recursos aos prestadores, sendo a maioria delas relacionadas à incipiência dos procedimentos para a contratualização, seu monitoramento e avaliação por parte dos prestadores e da SMS. As limitações de ordem financeira para os ajustes nos contratos também foram relatadas pelos gestores (G₁,2012). Espera-se que a experiência leve ao aprendizado, modelando o instrumento contratual no interesse da comunidade.

Finalizando, o caso estudado evidencia que, para a contratualização ser eficaz, além da definição de metas claras decorrentes de dados históricos e epidemiológicos locais e regionais, é necessário recursos e um sistema operante de monitoramento e avaliação, que libere as recompensas pelo bom desempenho ou aplique as sanções pelo comportamento indevido. O modelo contratual apresentado delinea e organiza o fluxo dos recursos do SUS no prestador, permitindo à SMS um maior controle e, portanto, maior capacidade de intervenção e direcionamento das ações do hospital.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
2. Lima SML. Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_sheylalima_mh_d.pdf Acesso em: 21 set. 2012.
3. Maynard A. Payment for Performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia. Health Financing Policy Paper. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Brasil. Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080/90 do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html> Acesso em: 12 dez. 2012.
5. Demo P. Introdução à metodologia da ciência. 2. ed. São Paulo: Atlas; 1987. 118p.
6. Alves-Mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. Cad Pesq. 2006; set./dez. 36(129): 637-51.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
8. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Manutencao.htm>. Acesso em: 13 set. 2012.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
10. Barbosa PR. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES; 2002.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS, 2011. 124p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 531 de 30 de abril de 1999. Cria o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o8QCCvLYCigJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P531_99prog_pacs_psf.doc+portaria+gm/ms+no+531+de+30+de+abril+de+1999&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br Acesso em: 01 dez. 2012.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.848 de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm> Acesso em: 01 dez. 2012.
14. Chanlat JF. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: Anais do 7º Congresso Internacional Del Clad Sobre La Reforma Del Estado y De La Administración Pública; 2002 Oct 8-11; Lisboa; 2002. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043316.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2011.
15. Bresser-Pereira LC. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. Brasília: ENAP; São Paulo: Editora 34; 1998.
16. Tavares DLA. A política de gestão de pessoas da UFPA: em sintonia com o gerencialismo? [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. Disponível em: http://btd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/24/TDE-2010-11-19T051646Z-3056/Publico/DeniseLAT_DISSERT.pdf. Acesso em: 2 nov. 2012.
17. Homburg V. E-government and NPM: a perfect marriage? In: Janssen M, Sol HG, Wagenaar R, editors. Proceeding ICEC '04 Proceedings of the 6th International Conference on Electronic Commerce; 2004. New York: ACM; 2004. p. 547-55.
18. Kettl D. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK, organizadores. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p. 75-121.
19. Gomes EGM. Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. [Tese]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2009. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4652/72050100745.pdf?sequence=1> Acesso em: 8 jan. 2012.
20. Bresser-Pereira LC. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: MARE; 1997. (Cadernos MARE, n. 1).
21. Abrucio FL. Os avanços e dilemas do modelo pós burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK, organizadores. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p. 21-37.
22. Osborne D, Gaebler T. Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 2. ed. Brasília: MH Comunicação; 1994. 436p.
23. Soares AV, Conceição JS, Farias Filho MC. As mudanças na administração pública no contexto de reformas institucionais dos estados nacionais: a experiência do estado do Pará (1991- 2002). Adcontar. 2004 jun.; 5(1):15-34.

Disponível em:

http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/252.pdf Acesso em: 10 out. 2012.

24. Paes de Paula AP. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. RAE. 2005 jan./mar.;45(1): 36-49. Disponível em: http://www.uece.br/cev/index.php/arquivos/doc_download/66-texto2. Acesso em: 23 fev. 2011.
25. Gruening G. Origin and theoretical basis of new public management. Int Public Manag J. 2001;4(1):1-25.
26. Abrucio FL. Contratualização e organizações sociais. Reflexões teóricas da experiência internacional. Debates GV Saúde. 2006; 1:24-27.
27. Bresser-Pereira LC. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. Rev Serv Publ. 1999;50(4):5-30, Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1999/93.reflexoessobrererefgerencial.p.pg.pdf> Acesso em: 23 jul. 2012.
28. Bresser-Pereira LC. Da administração pública burocrática à gerencial. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK, organizadores. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p.238-269.
29. Zifcak S. Managerialism, accountability and democracy: a victorian case study. Aust J Public Adm. 1997 Sep.;56(3):106-19.
30. Araújo JF. A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública. Minho: Editora da Universidade do Minho, Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas; 2005. (NEAPP - Documento de Trabalho. Série I9). Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.
31. Vieira de Carvalho CE. Considerações sobre a atuação estatal no domínio econômico, no processo evolutivo do estado de direito. Revista da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal Territorial. 2004 jan./dez.; 23:47-59. Disponível em: http://www.escolamp.org.br/arquivos/revista_23_04.pdf Acesso em: 20 maio 2012.
32. Mills A, Hongoro C, Broomberg J. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? Trop Med Int Health. 1997 Feb;2(2):116-26.
33. Souza C, Carvalho I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. Lua Nova: Rev Cult Polit. 1999 dez.;48:187-212. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n48/a11n48.pdf> Acesso em: 6 jan. 2013.
34. Bresser-Pereira LC. O modelo estrutural de gerência pública. Rev Adm Publica. 2008 mar./abr.;42(2):391-410. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/09.pdf> Acesso em: 10 dez. 2011.

35. Rocha RL. União pela Saúde - editorial. RADIS: Comun Saúde. 2011 out.;110. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/110/pdf/radis-110.pdf> Acesso em: 27 ago. 2012.
36. Ramió Matas C. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. Revista del CLAD: Reforma y Democracia. 2001 Oct; 21:77-115.
37. Tsui MS, Cheung FCH. Gone with the wind: the impacts of managerialism on human services. Brit J Soc Work. 2004; 34(3):437-42.
38. Ugá MAD. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: Gerschman S, Vianna MLW, organizadores. A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 79-87.
39. Capuano EA. Construtos para modelagem de organizações fundamentadas na informação e no conhecimento no serviço público brasileiro. Ciênc Inf. 2008 set./dez. 37(3):18-37. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/1022/763> Acesso em: 14 mar. 2012.
40. Ugá MAD. Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2005. p. 193-233.
41. Matos Pinto IC. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia. [Tese]. Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2004. Disponível em: http://www.adm.ufba.br/sites/default/files/publicacao/arquivo/tese_-_isabela_-_def.pdf Acesso em: 13 jan. 2012.
42. Matos CA. Os descaminhos da implementação do SUS em Rondônia: contexto de federalismo predatório, de reformas gerenciais e de maus governos na Floresta [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/EPPGG/produtoAcademica/Tese_Carlos%20Alberto%20Matos.pdf. Acesso em: 13 jan. 2012.
43. Pollitt C. A integração da gestão financeira e da gestão por desempenho. Rev Serv Publ. 1999 out./dez.;50(4):49-82. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2693 Acesso em: 20 dez. 2012.
44. Organisation for Economic Co-operation and Development. Public Sector Modernisation: governing for performance. Policy Brief, October; 2004. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/public-sector-modernisation-governing-for-performance-pdf-d83419707> Acesso em: 12 dez. 2012
45. Thoenig JC. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. Rev Serv Publ. 2000 abr./jun.; 51(2): 55-71. 2000. Disponível em:

http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2682 Acesso em: 2 nov. 2012.

46. Costa FL. Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2010. 256p.
47. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2507-521.
48. Rezende FC. Por que reformas administrativas falham? *Rev Bras Ciênc Soc*. 2002 out.;17(50):123-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n50/a08v1750.pdf> Acesso em: 25 out. 2012.
49. Trosa S. Gestão pública por resultados: quando o estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP; 2001.
50. Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. *Rev Serv Publ*. 2002 jul./set.;53(3):33-53. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2637 Acesso em: 13 dez. 2012.
51. Pacheco RS. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. *Anais do 9º Congreso Internacional del Clad Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*; 2004 Nov 2-5; Madrid; 2004. p. 1-12.
52. Cabral AJR. Contratualização com centros de saúde: a experiência portuguesa. *Rev Port Saúde Publ*. 2001 2:13-26. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-02-2001.pdf> Acesso em: 30 ago. 2012.
53. Malik AM. Síntese da palestra: os desafios e as perspectivas do processo de contratualização no contexto brasileiro – 8/12/2008 In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p.15-20 (Série D: Reuniões e Conferência). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_en_sino_filantronicos.pdf Acesso em: 12 jul. 2012.
54. Oliveira AJ. Mesa-Redonda I – O processo de contratualização dos hospitais filantrópicos de ensino: dificuldades, perspectivas e propostas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 21-44. (Série D: Reuniões e Conferência). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_en_sino_filantronicos.pdf Acesso em: 12 jul. 2012.
55. La Forgia GM, Couttlenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.

56. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. *Rev Adm Saúde*. 2010 jan./mar.;12(46):15-22.
57. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Publ*. 2004;20(supl. 2):S331-S336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf> Acesso em: 30 out. 2012.
58. Di Pietro MSZ. *Direito administrativo*. 20. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
59. Cecílio LCO, Rezende MFB, Magalhães MG, Pinto SA. O pagamento de incentivo financeiro para os funcionários como parte da política qualitativas da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Publ*. 2002 nov./dec. 18(6):1655-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13262.pdf> Acesso: 21 dez. 2012.
60. Chioro dos Reis AA. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010). [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/TESE%20DOUTORADO-ARTHUR-MARCO%202011.pdf> Acesso em: 23 dez. 2012.
61. Ugá MAD. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. In: Vianna SM. *O financiamento da saúde no Brasil*. Brasília: OPAS; 1994. p. 72-98.
62. Andreazzi MFS. Formas de remuneração de serviços de saúde. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2003. (Texto para discussão nº 1006). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf. Acesso em: 24 jan. 2003.
63. Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos à prestadores: a experiência internacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(12):3437-45. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf> Acesso em: 10 set. 2012.
64. Bitran R, Yip WC. A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America: Major Applied Research 2, Working Paper 1. Bethesda: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., Aug; 1998.
65. Waters H, Hussey P. Pricing health services for purchasers: a review of methods and experiences. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; Sep. 2004.
66. Lima SML, Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos e contratualização de prestadores de serviços de saúde no Brasil. [Brasília]; 2012. (Relatório de Pesquisa desenvolvido no âmbito do projeto Saúde Brasil 2022 – 2030, conduzido pela Secretaria de Assuntos Estratégicos(SAE), pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no período de 2010 – 2011).

67. 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. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>
Acesso em: 23 abr. 2012.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1721 de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:
<http://www.simesc.org.br/admin/uploads/61fa1b0cb7aa4d9f8aa504d5f95f6cd1.pdf>
Acesso em: 23 abr. 2012.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103957-1.034> Acesso em: 18 dez. 2012.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 18 dez. 2012.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002NOAS/2002 - Norma Operacional Básica de 2002. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
Acesso em: 18 dez. 2012.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1044 de 1º de junho de 2004. Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1044.htm>
Acesso em: 29 dez. 2012.
73. Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 jul./ago.; 12(4): 915-28. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/10.pdf> Acesso em: 10 set. 2012.
74. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Disponível em:
<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>. Acesso em: 12 abr. 2012.

75. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1005 de 27 de maio de 2004. Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1005.htm> Acesso em: 12 abr. 2012.
76. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1006 de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm> Acesso em: 12 abr. 2012.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.352 de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2352.htm> Acesso em: 23 abr. 2012.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1703 de 17 de agosto de 2004. Destina recursos de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1703.htm> Acesso em: 23 abr. 2012.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 635 de 10 de novembro de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-635.htm>. Acesso em: 23 abr. 2012.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
81. Departamento de Informática do SUS - Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 15 jan. 2013
82. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.123 de 07 de dezembro de 2006. Homologa o processo de adesão ao programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS. Disponível em: <http://www.simesc.org.br/admin/uploads/679c0a2397ad489c852e3a01cb2828b4.pdf> Acesso em: 23 abr. 2012.
83. Brasil. Lei 8.666 de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.conlicitacao.com.br/licitacao/legislacao/lei-8.666-93/> Acesso em: 23 set. 2012. Alguns contratos mencionam especificamente os artigos 79, 80, 81, 86, 87 e 88 da referida Lei.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 552 de 24 de julho de 2006. Prorroga, até 28 de fevereiro de 2007, o prazo definido no Artigo 5º da Portaria SAS/MS nº 635, de 10 de novembro de 2005. Disponível

em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-552.htm> Acesso em: 01 dez. 2012.

85. Christianson J, Leatherman L, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. London: The Health Foundation; 2007. Disponível em <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/571/Financial%20incentives.pdf?realName=5GmFYW.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.
86. Bruin SR, Baan CA, Struijs JN Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research 2011, 11:272. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-272.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.
87. Mills A, Broomberg J. Experiences of contracting: an overview of the literature. Geneva: WHO; 1998. (Technical Paper, Macroeconomics, Health and Development Series, number 33). Disponível em: http://www.dfid.gov.uk/r4d/PDF/Outputs/HealthEcFin_KP/WP01_98.pdf Acesso em: 23 abr. 2012.
88. El-Warrak LO. A contratualização no âmbito da gestão pública em saúde: a experiência na área de planejamento 4 do Município do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1407> Acesso em: 21 mar. 2012.
89. Brizola JB, Gil CRR, Cordoni Junior LC. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. Rev Adm Saúde, 2011 jan./mar.;13(50):7-22. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf> Acesso em: 30 ago. 2012.
90. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico hospitalar no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;2(4):879-92.
91. Silva JPR, Garcia RL, Kranz LF. O impacto da contratualização na gestão hospitalar. Anais da 6ª Jornada Nacional de Economia da Saúde; 2012 out. 17-19; Brasília; 2012. p. 1-8. Disponível em http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/trabalho_27.pdf Acesso em: 3 abr. 2013.
92. Brasil. Consulta Pública nº 20, de 1º de novembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, n. 213, p. 43, 5 nov. 2012. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2012/Nov/5/consulta-publica-no-20-de-1o-de-novembro-de-2012>. Acesso em: 01 dez. 2012.
93. Vecina N.G.; Malik, A.M. Tendências na assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva, 12(4):825-839,2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400002&script=sci_arttext. Acesso em: 01 set 2013
94. Luedy, A.; Mendes, V.L.P.; Ribeiro Júnior. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário.

Organizações e Sociedade, Vol. 19, número 63. Salvador, Oct.Dec.2012.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302012000400005&script=sci_arttext . Acesso em 03 set. 2013.

95. Arur, A. et al. Contracting for health and curative care use in Afghanistan between 2004 and 2005. Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. 22 October 2009 Health Policy and Planning 2010;25:135–44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19850664> acesso em 04 set. 2013.
96. Zucchi, Paola, Del Nero, Carlos and Malik, Ana María. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saude soc.*, Dez 2000, vol.9, no.1-2, p.127-150. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo-org/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edart.org&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=&exprSearch=CRISE%20FINANCEIRA>. Acesso em 04 set. 2013.
97. Jegers, M; Kesteloot,K ; Graeve,D; Gilles,W. A typology for provider payment systems in health care in: Health Policy 60 (2002) 255–273. Disponível em : http://behdasht.gov.ir/uploads/291_1628_Typology%20of%20Payment.pdf. Acesso em 04 set.2013.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário para os Prestadores e Gestores.

Com relação ao Hospital que você dirige ou dirigiu: Assinale sua percepção sobre as questões a seguir.

1. Ocorreram alterações nas quantidades de serviços no seu hospital em decorrência da contratualização?
2. O gestor sabe o que quer alcançar com a contratualização do seu hospital e as metas pactuadas são compatíveis com as políticas públicas de saúde?
3. O corpo clínico do seu hospital conhece a lógica e as metas da contratualização?
4. Ocorreu aprimoramento de gestão no hospital que você dirige ou dirigiu em decorrência da contratualização?
5. A Comissão de avaliação do contrato está sempre presente monitorando preventivamente o alcance das metas?

II) QUESTIONÁRIO COM OS GESTORES ATUAIS - (gestores municipais atuais)

Com relação ao seu período como gestor do SUS no Município, responda as questões a seguir.

1. Como são definidos/desenhados os contratos, (i.é. metas e formas de alocação de recursos)?
2. As metas são predominantemente quantitativas (volume) ou dizem respeito ao tipo de procedimento a serem realizadas em cada hospital?
3. Qual é a estrutura de acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas? Como são avaliadas as metas qualitativas?
4. Como se dá a alocação de recursos condicionada ao cumprimento das metas? Só bônus ou ônus também?
5. Ocorreram alterações nas quantidades de serviços no Município em decorrência da contratualização dos hospitais?
6. Ocorreram melhorias na estrutura e processos da administração municipal para atender a lógica da contratualização?
7. Ocorreu melhor inserção dos prestadores contratualizados na rede SUS? Cumprem um papel específico na rede?
8. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) acompanha de alguma forma a contratualização no Município? Caso sim, de que forma?
9. Há retenção dos recursos contratualizados pelo não cumprimento de metas do pactuadas?

III – QUESTIONÁRIO COM OS GESTORES QUE INICIARAM O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO

1. Qual o propósito da contratualização?
2. Que tipos de metas foram estabelecidos?
3. Quais os principais alcances e limitações?

OBS: Os representantes dos prestadores são as pessoas que trataram da contratualização na prática. Os gestores são representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que estão de fato envolvidos com a contratualização no Município.

Apêndice B – Questionários Respondidos

Com relação aos questionário aplicados, obteve-se a colaboração dos quatro prestadores e de três gestores do estudo. Este apêndice apresenta os resultados das consultas realizadas.

QUESTIONÁRIO - PRESTADORES

Com relação ao Hospital que você dirige ou dirigiu: Assinale sua percepção sobre as questões a seguir.

1. **Ocorreram alterações nas quantidades de serviços no seu hospital em decorrência da contratualização?**

P1 – Sim, houve aumento na proporção das internações de Alta Complexidade e redução nas internações de Média Complexidade, aumento nas ofertas de primeiras consultas ambulatoriais e, redução no atendimento do Pronto Socorro, em razão do início da implantação do “P. S.” referenciado e da implantação do Atendimento com Avaliação e Classificação de Risco.

P2 - Ocorreram. As metas foram pactuadas conforme capacidade instalada e não conforme a demanda.

P3 - As metas pactuadas foram realizadas sobre avaliação da média histórica da instituição e da capacidade operacional.

P4 - Sim, as metas quantitativas sofreram acréscimo.

2. **O gestor sabe o que quer alcançar com a contratualização do seu hospital e as metas pactuadas são compatíveis com as políticas públicas de saúde?**

P1 –Aparentemente sim, porém temos dúvidas quanto à compatibilidade com as políticas de saúde regional e nacional, principalmente em função da ainda grande pressão de demanda de atendimentos de Média Complexidade, que dificulta maior volume de atendimentos de Alta Complexidade.

P2 – O gestor sabe o que precisa e contratualizou conforme necessidades, conforme os credenciamentos do hospital e políticas públicas de saúde.

P3- As metas propostas pelo gestor são aquelas que refletem a demanda do município; procuramos pactuar as metas que sejam passíveis de cumprir pela instituição.

P4- O Gestor tem demonstrado seu objetivo, quer seja a qualidade e humanização, as metas são factíveis e compatíveis com as políticas de saúde.

3. **O corpo clínico do seu hospital conhece a lógica e as metas da contratualização?**

P1 – Os responsáveis pelas clínicas e especialidades sim, até porque são convocados a participar das negociações e avaliações. Mas ainda há a necessidade de aprofundamento, se considerar a totalidade dos profissionais.

P2– Os diretores clínicos conhecem. Os demais médicos muito pouco. A Instituição não proporcionou uma informação aos médicos.

P3 - Na época da contratualização a instituição teve a preocupação de divulgar em reunião para os chefes de serviços toda a metodologia do contrato.

P4- Apenas 15% conhecem a sistemática.

4. **Ocorreu aprimoramento de gestão no hospital que você dirige ou dirigiu em decorrência da contratualização?**

P1- Sim, principalmente em função da criação da Comissão Interna de Acompanhamento e Avaliação da Contratualização, com o envolvimento do corpo diretivo das áreas estratégicas do HU e CCS, e ainda a efetivação de várias comissões internas obrigatórias e de apoio técnico administrativo.

P2 – Houve aprimoramento da gestão e organização da demanda atendida em função das metas.

P3 - Nos possibilitou um melhor controle do serviço prestado e os recursos envolvidos.

P4 - Sim, as metas qualitativas e quantitativas nos impulsionam à melhoria.

5. **A Comissão de avaliação do contrato está sempre presente monitorando preventivamente o alcance das metas?**

P1 - A atuação da Comissão (da AMS) tem sido instável no decorrer dos anos, alternando períodos de atuação efetiva com de absoluta inatividade.

P2– A Comissão tem agido na avaliação sem intervenção preventiva. O Departamento de Avaliação e Auditoria procura atuar preventivamente. A Comissão não.

P3 - Existe uma dificuldade muito grande na avaliação das metas, o gestor municipal tem agendado em média 02 avaliações/ano, o que reflete diretamente no financeiro da instituição, uma vez que os 10% retido para cumprimento de metas qualitativas são condicionados a esta avaliação.

P4- Não, a comissão não é atuante conforme determina o contrato (acompanhamento mensal), porém a auditoria do gestor local é diária.

QUESTIONÁRIO – PRIMEIROS GESTORES

Qual o propósito da contratualização?

G1 - Pactuar metas visando melhorar a qualidade da atenção à saúde (ocorreu principalmente com atenção hospitalar e também, em alguns casos, ambulatorial)

G2 - A contratualização dos estabelecimentos de saúde fez parte do "Projeto de Regulação da Atenção à Saúde", implantado em 2007, no município. O referido projeto teve o propósito de aumentar a resolutividade da atenção prestada pela rede de serviço de saúde nos diversos pontos do sistema, integrando os diferentes níveis de atenção (unidades básicas de Saúde, ambulatorios, laboratórios, clínicas e hospitais), visando consolidar a rede de cuidados progressivos em saúde e otimizar a aplicação dos recursos do SUS.

No período de 2001 a 2006 foi consolidada a Estratégia Saúde da Família, atingindo a cobertura de mais de 70% da população do município. Dessa forma, houve uma ampliação

muito grande das ações e de serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde, inclusive com incremento de categorias profissionais. O projeto foi implantado tendo como primeiro eixo organizar a atenção prestada pelos serviços próprios tendo como metodologia a regulação. Para tanto, foram consolidados protocolos assistenciais e operacionais, com atuação de médicos e enfermeiros assessores diretamente no desenvolvimento das atividades nas unidades básicas, buscando a solução do problema de saúde da população naquele ponto da atenção. O segundo eixo do projeto foi garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade, previstos nos próprios protocolos assistenciais, de forma integral e contínua, por meio da contratualização dos estabelecimentos prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde. Embora tenha sido um instrumento definido pelo Ministério da Saúde, no Município passou de um contrato geral, tendo possibilitado construir com os próprios prestadores a inserção desses serviços na organização do sistema.

2. Que tipos de metas foram estabelecidas?

G1 - Não tenho os detalhes, pois faz tempo e foram vários hospitais. No H1 foi no contexto da contratualização dos hospitais de ensino, apesar de que o antigo FIDEPS também tinha metas. Nos filantrópicos foi no contexto da contratualização dos hospitais filantrópicos. Havia portaria e normas específicas para cada política. Quanto aos HPP (hospitais de pequeno porte) não tinha no Município, mas na região sim.

G2 - Foram estabelecidas metas qualitativas e quantitativas. Entre as metas qualitativas: dedicação ao SUS com leitos suficientes para a demanda pactuada; manter o Serviço de Pronto Socorro de forma ininterrupta, com garantia das especialidades médicas e serviços que demandem atendimento de urgência/emergência; o serviço integrar-se aos Sistemas de Regulação do SUS, participando da Central de Agendamento de Consultas Especializadas, Central de Leitos Hospitalares, Central de Regulação de Procedimentos de Alto Custo, SAMU/SIATE e outros que possam ser implantados pela autarquia, garantindo o acesso aos serviços pactuados e contratados; manter a participação do Hospital nas políticas prioritárias do SUS. Possibilitar a humanização do atendimento capacitando e desenvolvendo ações para que as equipes que atuam a nível hospitalar busquem implementar uma forma de atuação na atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; redefinir a estrutura organizacional do hospital a fim de facilitar o acesso dos usuários ao ambulatório de especialidades e o acesso dos familiares aos usuários internados; garantir uma forma de gestão dos serviços que possibilite participação das equipes na gestão do serviço visando a melhoria do serviço prestado e a saúde do trabalhador. Entre as metas quantitativas: - Garantir, de acordo com a capacidade instalada, o atendimento ambulatorial e hospitalar dentro da programação pactuada para cada serviço; realizar os exames, terapias, e procedimentos necessários para o atendimento integral e resolutivo do usuário, de acordo com sua capacidade instalada e compromissos assumidos em credenciamentos específicos; Reduzir taxa de infecção hospitalar, de mortalidade, o tempo médio de permanência em hospitalização, dentre outras. As metas qualitativas e quantitativas foram pactuadas no plano operativo anual, a partir do qual será avaliado o cumprimento das mesmas para efeito de pagamento.

3. Quais os principais alcances e limitações?

G1 - A principal novidade é desvincular, ao menos parte, do faturamento hospitalar de pagamento por procedimentos. Nem sempre a avaliação/monitoramento das metas foi perfeita, mas a intenção era induzir o hospital a incorporar outras variáveis além da mera realização dos procedimentos tais como: melhorar, o acolhimento no OS; integrar-se mais com o SUS; humanizar o atendimento etc. Limitações foram especialmente de ordem financeira, de monitoramento/avaliação e de construção pactuada e coletiva do papel de cada unidade na rede integrada de atenção à saúde.

G2 - O processo de contratualização é, com certeza, um momento importante do SUS, pois até então a única forma de vínculo era o credenciamento, que não estabelecia compromissos de garantia de realização de serviços, apenas que o prestador de serviço poderia realizar pelo SUS determinados procedimentos. Com as metas estabelecidas em contrato e o acesso ser prioritariamente via centrais de regulação do município ou estado, é possível regular de forma progressiva o serviço prestado. Uma das limitações do SUS é não existir de forma obrigatória a

auditoria operativa dentro dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, como já é executado regularmente pelos planos de saúde. No Município foi implantada, como uma das ações do "Projeto de Regulação da Atenção à Saúde", a auditoria operativa diária dentro dos hospitais contratualizados. Tal serviço possibilitou, nos anos 2007 e 2008, o controle dos leitos SUS dentro dos hospitais, facilitando a ação das centrais de regulação de leitos e de urgência/emergência. Um passo importante é também avançar na auditoria operativa médica e de enfermagem na área técnica/assistencial propriamente dita. O fato é que, tudo isso é uma política que depende do gestor em curso. Para que avance é preciso ser incorporada como política de governo, com metas a longo prazo.

QUESTIONÁRIO – GESTOR ATUAL (G3)

Com relação ao seu período como gestor do SUS no município, responda as questões a seguir:

1. Como são definidos/desenhados os contratos (i.e. metas e formas de alocação de recursos)?

De maneira geral de acordo com a legislação ministerial e específica para cada tipo de hospital/serviço, principalmente para definição da forma de alocação de recursos financeiros e também pela legislação que rege a aquisição de serviços pelo setor público (Lei 8.666/93). As metas são discutidas e pactuadas entre o gestor e os representantes do hospital, de acordo com a necessidade definida pelo gestor e considerando também a classificação/perfil do hospital, capacidade instalada e disponibilidade no teto financeiro de Média e Alta Complexidade do Fundo Municipal de Saúde.

2. Qual é a estrutura de acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas? Como são avaliadas as metas qualitativas?

A SMS conta com equipe formada por técnicos da própria Secretaria de Saúde, que realiza auditoria operativa sistemática e diária do cumprimento de metas nos hospitais. Além desta auditoria rotineira realizada pelo gestor as metas qualitativas são também avaliadas trimestralmente pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Contratos, utilizando indicadores quali e quantitativos para aferição do alcance de metas.

3. Como se dá a alocação de recursos condicionada ao cumprimento das metas? Só bônus ou ônus também?

O recurso condicionado a metas está alocado no componente pré-fixado do contrato. Parte do componente pré-fixado (90%) é liberado mensalmente após processamento das contas. A outra parte (10%) fica retida no Fundo Municipal de Saúde e a liberação integral ou parcial deste recurso é liberada após avaliação e aprovação pela Comissão de Acompanhamento.

4. Ocorreram alterações nas quantidades de serviços no município em decorrência da contratualização dos hospitais?

Sim, pois as metas quantitativas pactuadas nos contratos iniciais de cada hospital foram definidas de acordo com uma série histórica previamente acordada entre as partes. Em alguns casos, houve alterações subsequentes a maior ou a menor dependendo das avaliações e acompanhamentos realizados no decorrer da execução dos contratos. De maneira geral, desde o início dos processos de contratualização dos hospitais houve um aumento significativo na quantidade de serviços em função de um conjunto de fatores tais como: implantação das centrais de regulação, pactuação de referências, credenciamento de novos serviços, aumento da capacidade instalada de hospitais.¹ Nos contratos estão previstos ajustes quando for detectada a necessidade de ampliação na programação desde que existam recursos financeiros disponíveis no teto financeiro MAC do FMS e este ajuste é realizado por Termo Aditivo.

¹ Em consulta ao G3 foi esclarecido que não ocorreu aumento da capacidade instalada nos hospitais do estudo.

5. Ocorreram melhorias na estrutura e processos da administração municipal para atender a lógica da contratualização?

Sim. Houve a necessidade de melhoria na estrutura do setor responsável com a ampliação e qualificação da equipe técnica, reestruturação do organograma, aquisição de equipamentos de informática (computadores), veículo, rede de *internet* e instituição de processos de trabalho voltados a auditoria, avaliação, controle, regulação e monitoramento.

6. Ocorreu melhor inserção dos prestadores contratualizados na rede SUS? Cumprem um papel específico na rede?

Sim, com a definição clara, objetiva e pactuada de metas, obrigações e sistemas de avaliação e monitoramento e a definição do papel de cada hospital na rede municipal e regional de saúde de acordo com sua característica e classificação. Esta inserção e compreensão do objetivo da contratualização por cada serviço foi gradativa e de acordo com a compreensão de cada direção e equipes internas dos hospitais da necessidade dos ajustes internos e da importância do cumprimento das metas estabelecidas em cada contrato.

7. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) acompanha de alguma forma a contratualização no município? Caso sim, de que forma?

Sim, fazendo parte das Comissões de Avaliação e Acompanhamento de cada contrato. O controle social tem 1 ou 2 representantes em cada Comissão que participam das avaliações dos contratos e POA. Para tanto, a cada entrada de novos conselheiros nas comissões, o gestor realiza, com o(s) conselheiro(s), reunião prévia à reunião de avaliação para esclarecimentos sobre os processos de contratualização e entrega de cópias dos contratos e POA.

8. Há retenção dos recursos contratualizados pelo não cumprimento de metas pactuadas?

Sim, em situações em que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação delibera que não houve o cumprimento de metas qualitativas num percentual mínimo constante no POA, no período avaliado ocorre a retenção de parte dos 10% do componente pré-fixado que fica retido mensalmente no FMS. Esta retenção quando ocorre, pode ser liberada em meses subsequentes se constatada pela Comissão, o cumprimento das pendências e irregularidades apontadas em avaliações anteriores.

Apêndice C – Termo de Consentimento

Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
Ministério da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante:

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais pelo SUS no Município desenvolvida por Aylton Paulus Júnior, discente de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Maria Alicia Domínguez Ugá.

O objetivo central do estudo é analisar os resultados alcançados com as instituições hospitalares que foram submetidas ao processo de contratualização, no que se refere a aspectos de produção e condições pactuadas no Município.

O convite a sua participação se deve à sua experiência com o processo de contratualização de prestadores hospitalares no Município. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. O risco de identificação do entrevistado é baixo considerando que as instituições participantes estarão codificadas. Ademais, as possibilidades de escolha das pessoas-chaves para as entrevistas em cada instituição não são únicas. As pessoas não são escolhidas pelo cargo que ocupam.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista não será gravada. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

A contratualização tem sido adotada pelo Sistema Único de Saúde como uma possível alternativa para regular o papel de cada hospital na rede de serviços e, em última instância, realizar uma gestão mais objetiva dos serviços de saúde em favor dos cidadãos. Abrange a expectativa de ampliação da capacidade de coordenação e gerenciamento do sistema e o papel que cada prestador deve exercer na rede municipal ou regional. Este instrumento ainda carece de estudos quanto aos seus reais efeitos e de contribuições para a implementação da política de saúde. O tema ainda pode ser considerado incipiente com opiniões a favor e contra o que reforça a relevância de estudos como este. Não existe risco ou desconforto conhecido para esta pesquisa. A sua participação contribuirá para o melhor entendimento do processo da contratualização com possibilidades de aprendizado e de melhorias para os atores, em especial para a gestão do SUS.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

O TCLE é redigido em duas vias, com páginas numeradas e rubricadas, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Aylton Paulus Júnior – Doutorando na ENSP/FIOCRUZ

Contato com o pesquisador responsável:
ayltonpaulus@gmail.com fone 43-9996-2979

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Mangunhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210, telefone fax: (021) 2598-2863 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e/ou assinatura do participante)

ANEXO

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ**PROJETO DE PESQUISA****Título:** TÍTULO PROVISÓRIO

Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais pelo SUS no Município de Londrina-PR

Área Temática:**Pesquisador:** Aylton Paulus Júnior**Versão:** 2**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ**CAAE:** 02036512.3.0000.5240**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 49905**Data da Relatoria:** 04/07/2012**Apresentação do Projeto:**

Sem comentários.

Objetivo da Pesquisa:

Sem comentários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem comentários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem comentários.

Recomendações:

Sem comentários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Esclarecer se há risco de identificação dos sujeitos, em decorrência do pequeno número de entrevistados e o cargo que ocupam. Caso o aluno considere que há riscos de identificação, isto deverá está explícito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Adequar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Os subtítulos utilizados no modelo não devem estar presentes na versão oficial do Termo (não copiar e colar);
Incluir logo da ENSP;

Adequar (esclarecer) os benefícios para os sujeitos de pesquisa que podem ser diretos ou indiretos.

No TCLE deve constar que este documento é redigido em duas vias (com todas as páginas rubricadas e numeradas), sendo que uma destas ficará em posse do sujeito.

O pesquisador apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido reformulado. Pendência atendida.
Comunicar ao CEP/ENSP por meio de "notificação" o título definitivo da pesquisa, tão logo

seja definido.

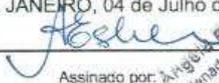
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Julho de 2012


Assinado por: *Angela Fernandes Escher Moitz*
Ângela Fernandes Escher Moitz
Coordenadora em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UNESP