

Universidade Federal de Juiz De Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Isapaola Pereira Marques

**O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA NO CONTEXTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Juiz de Fora
2015

Isapaola Pereira Marques

**O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA NO CONTEXTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Chaoubah

Coorientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2015

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marques, Isapaola Pereira .
O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Isapaola Pereira Marques. -- 2015.
136 f. : il.

Orientador: Alfredo Chaoubah
Coorientadora: Estela Márcia Saraiva Campos
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Contratos. 2. Administração Pública. 3. Gestão em Saúde. 4. Hospitais de Ensino. 5. Sistema Único de Saúde. I. Chaoubah, Alfredo, orient. II. Campos, Estela Márcia Saraiva, coorient. III. Título.

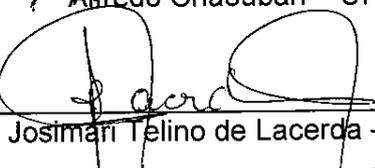
ISAPAOLA PEREIRA MARQUES

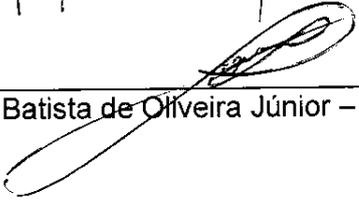
**“O Processo de Contratualização do Hospital Universitário da
Universidade Federal de Juiz de Fora no Contexto do Sistema
Único de Saúde”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 17/11/2015


Alfredo Chaoubah – UFJF


Josimar Telino de Lacerda – UFSC


Lourival Batista de Oliveira Júnior – UFJF

Aos amados: Iris, Aurélio e Sylvio.

E a todos que lutam por um sistema público de saúde de qualidade em nosso país.

A vocês, todo o meu empenho, ardor e respeito.

AGRADECIMENTOS

Ao Sopro Divino que a tudo permeia, Força Suprema, amorosa, criadora e transformadora de tudo que possui existência, o meu mais profundo agradecimento por ter me permitido chegar até aqui.

Ao orientador Alfredo Chaoubah, agradeço de coração, a atenção e confiança em mim depositadas. Suas considerações, sua paciência, segurança e disponibilidade foram fundamentais na realização deste trabalho.

À coorientadora Estela Campos, agradeço o grande apoio e valiosos questionamentos e observações, que enriqueceram ainda mais o trabalho.

Ao Hospital Universitário da UFJF, berço de um enorme aprendizado pessoal, profissional e acadêmico, minha enorme gratidão! Aos seus diretores, especialmente representados na Direção Geral – Dr. Dimas – e na Direção Administrativa – Ludmilla – agradeço o apoio dado e a dispensa na jornada laboral, que tornaram possível a realização do mestrado. Muito honrada em trabalhar e aprender tanto com vocês! E ao Dr. Lenilton, chefe da Imagem e Radiologia do HU/UFJF, agradeço também o apoio e compreensão nos meus momentos de ausência no serviço, a fim de dedicar-me às disciplinas e atividades curriculares do mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, especialmente representada pela Sandra Maria de Paiva Araújo e Kele Aparecida Delgado, agradeço pelas informações compartilhadas.

À amada amiga Fernanda Mazzoni, agradeço a disponibilidade, a generosidade e o imenso carinho, ao compartilhar comigo todo o seu conhecimento e admirável saber e experiência nas ponderações dadas. E ela foi mais além... me confortou, me incentivou, me deu força e me iluminou, quando tudo eram trevas! Obrigada, amiga querida!

Ao mais leal dos amigos – Vitor Andrade – meu eterno obrigada, pelo auxílio imprescindível e preciso na coleta dos dados.

Ao João Gabriel, agradeço a grande ajuda na manipulação dos dados.

Ao Daniel Mazzoni – grande inspirador e mentor do método utilizado – meus agradecimentos pelos esclarecimentos valiosos e auxílio na realização do estudo.

À amada família e ao querido Sylvio, agradeço muito pelo enorme apoio que me deram e pela compreensão e tolerância nos meus tantos momentos de ausência! Este trabalho também é um pouquinho de vocês!

A todos os amigos do mestrado – turma sensacional e inesquecível – minha gratidão sincera pelos momentos maravilhosos compartilhados na convivência e na troca de saberes! Em especial, agradeço ao “Quarteto Fantástico” (Alice, Livia e Evandro, que o completam), que me fez ter ainda mais certeza do inestimável valor de um excelente trabalho em equipe! Vocês são realmente fantásticos! Amo todos vocês!

Aos amigos e terapeutas do coração: Rosângela Rossi, Maria Angélica Abdalla, Sr. Darcy, Fernando Emílio e Emerson, que possibilitaram a manutenção de meu equilíbrio físico-emocional para chegar até o fim desta etapa, muito obrigada!

A todos os mestres, que me acompanharam em toda minha vida acadêmica, inclusive aos professores do mestrado, expresso minha eterna gratidão por iluminarem o caminho e tornarem mais suave a grande jornada!

*“Porque eu sou do tamanho do que vejo e não do tamanho da minha
altura.”*

(Fernando Pessoa)

“A saúde não é tudo, mas, sem ela, o resto é nada.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

A Constituição Federal do Brasil determina a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e institui o Sistema Único de Saúde, atribuindo comumente à União, aos Estados e Municípios a competência para cuidar da saúde. A forma de implementação e efetivação das ações e serviços de saúde está relacionada à gestão do sistema, a qual tem como diretriz a descentralização, comando único e autonomia de gestão em cada esfera de governo. Na busca por instrumentos capazes de auxiliar a gestão a cumprir seu papel, surge relativamente recente a contratualização, que se constitui num meio legal de formalizar, através de um contrato de gestão, que acorda os termos de prestação de serviços de saúde entre gestor e prestador. Com a contratualização busca-se a melhoria do desempenho do prestador de serviço de saúde, ao contribuir com a descentralização da assistência e a garantia de acesso a uma assistência de qualidade para a população. O conhecimento sobre estes arranjos contratuais ainda está sendo desenvolvido. Assim, este estudo visa avaliar a contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, no contexto do Sistema Único de Saúde, no período de 2009 a 2013. O hospital presta assistência em saúde a mais de um milhão de habitantes, tendo como área de abrangência 37 municípios da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo de caso, com triangulação das técnicas de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e uso de indicadores para acompanhamento do contrato. Para avaliação dos procedimentos contratualizados foram utilizados os seguintes indicadores: o Percentual sobre o Total de Procedimentos Pactuados, que demonstra a capacidade do prestador em executar os procedimentos contratualizados (lista de procedimentos pactuados), e o Percentual do Quantitativo Distribuído, que avalia se a distribuição do quantitativo dos procedimentos está de acordo com o estipulado no contrato. Utilizou-se a produção ambulatorial apresentada pelo hospital entre 2009 a 2013, coletada do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Os dados de produção foram agrupados (grupos/subgrupos), conforme codificação da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde. Após as análises, concluiu-se que o uso de tais indicadores se mostrou útil e eficaz para avaliar o desempenho da instituição prestadora, fornecendo informações importantes para a gestão. Apresentou um cenário de desempenho geral ainda em desequilíbrio, ao apontar para o indicador Percentual sobre o Total de Procedimentos Pactuados o cumprimento parcial sobre o total de procedimentos pactuados (cumprimento parcial da lista de procedimentos pactuados), enquanto que o indicador Percentual do Quantitativo Distribuído apontou para produção de procedimentos distribuídos acima da meta pactuada. Além disso, mostrou a coexistência de quatro cenários distintos em relação ao desempenho dos indicadores entre os agrupamentos analisados (grupos/subgrupos), revelando a necessidade de revisão e ajustes na contratualização e, sobretudo, no acompanhamento e avaliação das metas pactuadas. Apesar disso, a instituição analisada apresentou evolução na produção durante o período, demonstrando estar no caminho certo rumo a um cenário de equilíbrio.

Palavras-chave: Contratos. Administração Pública. Gestão em Saúde. Hospitais de Ensino. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Federal Constitution of Brazil determines health as a universal right and a duty of the state and establishing the Unified Health System, assigning commonly the Union, the states and municipalities the power to take care of health. The form of implementation and effectiveness of actions and health services is related to system management, which has as a guideline decentralization, autonomy and single management in each sphere of government control. In the search for instruments capable of helping the management to fulfill its role, relatively recent it comes to contracting, which constitutes a legal formalize means, through a management contract, which wakes up the terms of provision of health services between manager and provider. With the contracting seeks to improve the health service provider performance, to contribute to the decentralization of care and ensuring access to quality care for the population. Knowledge of these contractual arrangements is still being developed. This study aims to evaluate the contracting in the context of SUS, of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora with the Municipal Department of Health of Juiz de Fora – from 2009 to 2013. The hospital provides health care to more than one million inhabitants, whose coverage area of 37 municipalities in the Zona da Mata Mineira. It is a case study with triangulation techniques of literature search, documentary research and use of indicators for monitoring the contract. To evaluate the contracted procedures we used the following indicators: the Percentage of Total of agreed procedures, which demonstrates the provider's ability to execute the contracted procedures (list of agreed procedures), and the Percentage of Distributed Quantitative, assessing whether the distribution of quantitative procedures is in accordance with the terms of the contract. We used the outpatient production presented by hospital between 2009-2013, collected from the Outpatient Information System of the Unified Health System. Production data were grouped (groups/ subgroups), as the coding of SUS Unified Table. After the analysis, it was concluded that the use of these indicators showed to be effective and useful for assessing the performance of institution, providing valuable information for management. Presented an overall performance scenario still unbalanced, to the point to Percentage of Total of agreed procedures indicator the partial fulfillment of the total agreed procedures (partial fulfillment of the list of agreed procedures), while the Percentage of Distributed Quantitative indicator pointed to production processes spread above agreed goal. Moreover, it showed the coexistence of four different scenarios regarding the performance of the indicators between the analyzed groups (groups/subgroups), revealing the need to review and adjustments in contracting and, above all, monitoring and evaluation of the agreed goals. Nevertheless, the institution analyzed showed an increase in production during the period, showing to be on track towards an equilibrium setting.

Keywords: Contracts. Public Administration. Health Management. Hospitals Teaching. Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e medicamentos do Sistema Único de Saúde, por grupos de procedimentos	61
Quadro 2 – Lista de variáveis adotadas na aplicação de indicadores.....	64
Quadro 3 – Indicadores adotados para acompanhamento do contrato.....	64
Quadro 4 – Resumo dos cenários encontrados na análise de desempenho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo da proposta final de produção ambulatorial para 2009.....	52
Tabela 2 – Proposta final da produção ambulatorial para 2009 – consolidada (por grupos)	55
Tabela 3 – Produção ambulatorial de procedimentos – apurada por subgrupos, 2009 a 2013	62
Tabela 4 – Quantitativos contratualizados e descrição de procedimentos realizados	66
Tabela 5 – Produção ambulatorial considerada na análise (subgrupos de procedimentos).....	68
Tabela 6 – Desempenho das consultas especializadas (2009-2013)	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Produção ambulatorial total do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (2009-2013).....	70
Gráfico 2 – Ambulatorial – Grupo 02: procedimentos com finalidade diagnóstica.....	73
Gráfico 3 – Ambulatorial – Grupo 03: procedimentos clínicos	75
Gráfico 4 – Ambulatorial – Subgrupo 0202: diagnóstico em laboratório clínico	79
Gráfico 5– Ambulatorial – Subgrupo 0207: diagnóstico por ressonância magnética	82
Gráfico 6 – Ambulatorial – Subgrupo 0209: diagnóstico por endoscopia	83
Gráfico 7 – Indicadores 2010 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico.....	86
Gráfico 8 – Indicadores 2013 – subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico	87
Gráfico 9 – Ambulatorial – Subgrupo 0301: consultas/ atendimentos/ acompanhamentos	88
Gráfico 10 – Médias dos indicadores – consultas especializadas	91
Gráfico 11 – Indicadores 2009 – consultas especializadas.....	92
Gráfico 12 – Indicadores 2013 – consultas especializadas.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAS	Centro de Atenção à Saúde
CAS/HU	Centro de Atenção à Saúde/Hospital Universitário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CVVRS	Centro Viva Vida de Referência Secundária
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HU	Hospital Universitário
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IAC	Incentivo à Contratualização
Ifes	Instituições Federais de Ensino Superior
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPM	Órteses, Prótese e Medicamentos
OS	Organizações Sociais
Oscip	Organização Civil de Interesse Público
PDI	Plano Diretor de Investimentos

PDR	Plano Diretor de Regionalização
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde
PQD	Percentual do Quantitativo Distribuído
Pro-Hosp	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde
PTP	Percentual sobre o Total de Procedimentos Pactuados
Rehufe	Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação de Ações e Serviços de Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS/JF	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora
SSSDA	Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO, A DESCENTRALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES	19
2.2	GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	22
2.3	REDES DE ATENÇÃO, REGIONALIZAÇÃO, REGULAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO.....	30
2.4	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SUAS PECULIARIDADES	43
2.5	O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	48
3	OBJETIVO	57
3.1	OBJETIVO GERAL.....	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
4	MÉTODO	58
4.1	ESTRATÉGIA DO ESTUDO	58
4.2	SELEÇÃO DO CASO	58
4.3	COLETA DE DADOS	59
4.4	TRATAMENTO DOS DADOS	61
4.4.1	Dados de produção ambulatorial	61
4.4.2	Variáveis e indicadores	63
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
5	RESULTADOS	68
5.1	ANÁLISE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL TOTAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	69
5.2	DETALHANDO A PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	72
5.2.1	Análise do desempenho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora por grupos de procedimentos	72
5.2.1.1	Análise dos resultados do grupo 02: procedimentos com finalidade diagnóstica.....	72
5.2.1.2	Análise dos resultados do grupo 03: procedimentos clínicos	74

5.2.1.3	Comparando os dois grupos (grupos 02 e 03).....	76
5.2.2	Análise do desempenho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora por subgrupos de procedimentos.....	77
5.2.2.1	Análise dos subgrupos do grupo 02	77
5.2.2.1.1	<i>Subgrupo 0201 – coleta de material</i>	<i>77</i>
5.2.2.1.2	<i>Subgrupo 0202 – diagnóstico em laboratório clínico.....</i>	<i>78</i>
5.2.2.1.3	<i>Subgrupo 0203 – diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia.....</i>	<i>80</i>
5.2.2.1.4	<i>Subgrupo 0204 – diagnóstico por radiologia</i>	<i>80</i>
5.2.2.1.5	<i>Subgrupo 0205 – diagnóstico por ultrassonografia</i>	<i>81</i>
5.2.2.1.6	<i>Subgrupo 0206 – diagnóstico por tomografia computadorizada</i>	<i>81</i>
5.2.2.1.7	<i>Subgrupo 0207 – diagnóstico por ressonância magnética</i>	<i>82</i>
5.2.2.1.8	<i>Subgrupo 0209 – diagnóstico por endoscopia</i>	<i>83</i>
5.2.2.1.9	<i>Subgrupo 0211 – métodos diagnósticos em especialidades.....</i>	<i>84</i>
5.2.2.1.10	<i>Fechamento dos resultados dos subgrupos do grupo 02</i>	<i>84</i>
5.2.2.1.11	<i>Detalhando ainda mais o desempenho do subgrupo 0202 - diagnóstico laboratório clínico.....</i>	<i>84</i>
5.2.2.2	Análise dos subgrupos do grupo 03	87
5.2.2.2.1	<i>Subgrupo 0301 – consultas/ atendimentos/ acompanhamentos.....</i>	<i>87</i>
5.2.2.2.2	<i>Subgrupo 0302 – fisioterapia</i>	<i>89</i>
5.2.2.2.3	<i>Subgrupo 0303: tratamentos clínicos (outras especialidades)</i>	<i>90</i>
5.2.2.2.4	<i>Fechamento dos resultados dos subgrupos do grupo 03</i>	<i>90</i>
5.2.2.2.5	<i>Detalhando ainda mais o subgrupo 0301 – consultas especializadas.....</i>	<i>91</i>
5.3	CONCLUINDO A ANÁLISE DE DESEMPENHO AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	98
6	DISCUSSÕES	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	122
	ANEXOS	130

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu Artigo 196, declara que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e institui, em seu artigo 198 (BRASIL, 2015), o Sistema Único de Saúde (SUS). A competência para cuidar da saúde e assistência pública é comum à União, aos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2015).

Desta forma, é atribuição do poder público – no Brasil, representado pelas instâncias de gestão da saúde nos três níveis de governo – a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

A forma de articulação, implementação e efetivação de tais ações está relacionada à gestão da saúde, e o Estado, através da gestão pública em cada instância federativa, é que contribui para o fortalecimento de um dos princípios do SUS: a equidade, na busca pela construção de uma sociedade mais democrática e equitativa.

As denominadas leis orgânicas da saúde – Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b) –, as portarias e normas operacionais apoiam, neste sentido, formalizando as regras a serem seguidas pelo Estado em todas as esferas de atuação (federal, estadual e municipal), regulando as ações e serviços de saúde (na esfera pública e privada), a fim de garantir o direito do povo e normatizar o cumprimento do dever do Estado.

A Constituição Federal inovou, ao definir como uma das diretrizes do SUS a descentralização da gestão do sistema de saúde, que consiste no princípio de direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2015). Portanto, busca-se com a descentralização dar autonomia de gestão a cada esfera, em que cada uma é agente importante do processo de garantia da assistência à saúde.

Essa concepção de autonomia em cada nível de governo advém originariamente do conceito de federalismo, com a coexistência de unidades políticas independentes (os Estados-membros) conformando um Estado soberano (a União), e o SUS foi concebido nestas bases de entidade federativa (composta pelas esferas federal, estadual e municipal) na gestão dos serviços de saúde (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

O desenvolvimento do SUS e as relações intergovernamentais no plano da federação passaram por dois períodos marcantes. Na primeira década de implantação do sistema, destaca-se o movimento denominado *municipalização* (acentuada descentralização político-administrativa direcionada aos municípios). A partir da segunda década de

desenvolvimento do SUS, frente à necessidade de racionalização do sistema, inicia-se o segundo período que persiste até a atualidade: a *regionalização* (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Almejando aperfeiçoar a operacionalização do sistema e os arranjos das instituições entre as várias esferas de governo no federalismo sanitário brasileiro, e visando maior integração e cooperação entre os entes e a melhoria da assistência, surgem novas e importantes iniciativas governamentais, como o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), e posteriormente o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a). Este último regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa, definindo e aprofundando conceitos como regionalização, hierarquização, região de saúde, mapa da saúde e rede de atenção à saúde, entre outros.

Na busca por instrumentos capazes de auxiliar a gestão a cumprir seu papel, surge de forma relativamente recente a contratualização – um contrato legal em que é acordado os termos de prestação de serviços de saúde (pactuação) entre gestores e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

A contratualização constitui-se em uma das modalidades dos arranjos contratuais ou contratos de gestão, previstos na Constituição de 1988 (BRASIL, 2015), e procura-se com ela a melhoria do desempenho do prestador de serviço de saúde, a descentralização da assistência e o favorecimento da garantia de acesso a uma assistência de qualidade para a população.

O conhecimento sobre estes arranjos contratuais ainda está sendo desenvolvido e estudos nesta área se mostram bem-vindos, a fim de detectar suas decorrências no avanço do desempenho hospitalar, daí a relevância deste estudo. Sua importância consiste ainda no entendimento de que ações que visem o aperfeiçoamento da gestão, bem como o monitoramento das metas pactuadas e a utilização e avaliação de indicadores de desempenho sejam fundamentais, na tentativa de se obter contratos mais eficazes e em consonância com as reais necessidades da população a ser atendida.

Desta forma, este estudo visa contribuir, analisando as formas de arranjos contratuais, isto é, de contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, com foco no nível municipal, e utilizando como principal estratégia de pesquisa o estudo de caso. Para proceder a tal análise tomará como referência alguns indicadores propostos por D. M. Costa (2010) e cujas variáveis foram extraídas do contrato firmado entre o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e o Gestor

Municipal de Saúde de Juiz de Fora, a fim de verificar correspondências, tendências, diferenças e/ou distorções, apontando, se possível, algumas eventuais causas. O estudo ainda apresenta uma revisão de literatura e revisão documental.

Ademais, a escolha do tema ainda se justifica devido à relação da pesquisadora com a instituição hospitalar em tela, onde atuou como membro da Comissão de Acompanhamento da Contratualização do HU/UFJF com o município de Juiz de Fora, durante todo o cumprimento do Programa de Residência em Gestão Hospitalar (período de 2010 a 2012). Este envolvimento despertou o interesse da pesquisadora para a temática, ao constatar a necessidade de apoio ao desenvolvimento gerencial e de maior estruturação organizacional tanto da Secretaria Municipal de Saúde quanto do hospital, inserida numa visão de melhoria constante. No decorrer das reuniões de negociação, ficou clara a carência premente de implantação de mecanismos mais eficazes de monitoramento e avaliação do contrato, a fim de melhor embasar as discussões e realinhar os termos do contrato, diante das mudanças que vão ocorrendo com o tempo. Essa percepção foi a grande motivação para a busca de maiores conhecimentos sobre o assunto e para o desenvolvimento deste estudo. Na época do desenvolvimento deste estudo, a pesquisadora atuou na gerência administrativa de um dos setores de apoio do hospital, o que proporcionou facilidade no acesso aos dados.

Espera-se, portanto, que o estudo possa contribuir para as relações contratuais realizadas pela instituição na atualidade, fornecendo resultados aplicáveis na mesma.

Além desta seção introdutória e do referencial teórico apresentado na revisão de literatura sobre o tema, este estudo é composto por mais cinco seções, que detalham seus objetivos, discorrem sobre o método utilizado na pesquisa e trazem ainda a análise dos resultados obtidos, sua discussão e as conclusões finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão aborda tópicos importantes para o tema central alinhando a contribuição da contratualização no contexto do SUS - sob os aspectos da descentralização, do processo de regionalização, da organização das redes de atenção e da regulação do sistema – e de sua importância para o sistema, enquanto ferramenta eficaz de planejamento e gestão em saúde. Inserido neste contexto, explicita as particularidades de um hospital universitário e ainda retrata todo o processo de contratualização ocorrido no Hospital Universitário da UFJF.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO, A DESCENTRALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Para compreender a descentralização, sua importância e implicações no processo de contratualização no âmbito do SUS, torna-se necessário abordar primeiramente o contexto histórico da época de sua concepção.

A história de criação do SUS é entrelaçada por grandes transformações políticas, sociais, sanitárias e econômicas de nosso país. Embora tenha sido criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 2015), o SUS não é um sistema concluído, mas sim orgânico, em permanente evolução. Sua história continua sendo desenvolvida, a cada dia, ação após ação, pelos atores envolvidos neste processo construtivo e que acreditam que o conceito ampliado de saúde deve ser estendido a todos (PAIM, 2007).

A filosofia conceitual desse sistema de saúde remonta à essência do pensamento predominante na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, e seu apelo é considerado um grande marco, que influenciou outras iniciativas importantes (MENDES, 2004).

No Brasil, a luta por um sistema público de saúde com caráter universal e integral, teve como relevante iniciativa a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em 1986, com intensa participação da sociedade, esta consagrou os princípios preconizados no Movimento da Reforma Sanitária do país, o qual foi influenciado pelos ideais de Alma-Ata. O relatório final gerado na conferência teve importantes impactos, ao apresentar três grandes referenciais para a Reforma Sanitária Brasileira, a saber: um conceito ampliado de saúde (vista como resultado de outros fatores condicionantes, como as condições de alimentação, educação, emprego, renda, etc.), a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e a concepção de

um sistema de saúde único, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e com a participação da sociedade. Este documento serviu de inspiração para a Assembleia Nacional Constituinte de 1987 na elaboração da Constituição Federal brasileira de 1988. No ambiente constituinte de então, existia uma grande rejeição à centralização imposta pelo autoritarismo militar, donde se associou descentralização com democratização, enfatizando a municipalização, e integrou-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Tal processo ocorreu graças à descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios (BRASIL, 2006a).

A Constituição Federal de 1988 trouxe a descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e, em especial, para os municípios, já que o sentido dado à descentralização é o de um processo que compreende o princípio de direção única em cada esfera de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2015). Assim, a essência da descentralização, na Constituição de 1988, presume a garantia de políticas públicas mais democráticas, podendo levar ao uso mais eficiente dos recursos da saúde (BRASIL, 2006a).

Portanto, o Estado busca com a descentralização, dar autonomia de gestão a cada uma das esferas de governo, de modo que cada uma atue como agente do processo de garantia da assistência à saúde. O município se destaca ainda mais, neste contexto, pois é em nível municipal que as ações de saúde se concretizam realmente, permitindo e favorecendo que a população seja atendida na assistência à saúde.

A concepção de autonomia em cada nível de governo advém originariamente do conceito de federalismo – ou Estado federal, em que se caracteriza o Brasil – no qual se conjuga a coexistência de unidades políticas independentes (os Estados-membros) conformando um Estado soberano (a União), em que há distribuição constitucional de poderes e competências, respeitando a autonomia dos entes federados. Por consequência, o SUS foi concebido nestas bases como entidade federativa, convalidando a autonomia das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) na gestão dos serviços de saúde, e formando a estrutura denominada “federalismo sanitário brasileiro” (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Durante o processo de evolução do SUS, as relações intergovernamentais no plano da federação passaram por dois períodos marcantes. A primeira década de implantação do SUS foi marcada pelo movimento denominado *municipalização*, com acentuada descentralização político-administrativa direcionada aos municípios, orientada pelas Normas

Operacionais Básicas (NOBs) e baseada numa intensa relação direta entre o ente federal e o municipal. As NOBs impulsionaram os municípios para ampliação de sua capacidade de gestão e de responsabilização e trouxe inovações importantes para efetivação da descentralização: reforço dos conselhos de saúde nos três níveis de governo, criação dos colegiados intergovernamentais – no nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a instituição da Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI) (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Embora este movimento tenha contribuído fortemente para a efetivação da descentralização, trouxe também alguns efeitos transversais à dinâmica e desenho do sistema: a crescente gestão municipal sobre as ações e recursos da saúde, alcançada graças à relação direta com o ente federal, prejudicou a relação entre o ente estadual e o municipal. Além disso, constatou-se que a estrutura municipal não seria suficiente para ofertar todas as condições necessárias ao alcance total dos objetivos do SUS (DOURADO; ELIAS, 2011).

Com isso, a partir da segunda década de desenvolvimento do SUS, mediante a necessidade de racionalização do sistema, inicia-se o segundo período que persiste até hoje: a *regionalização*. Este princípio organizativo do SUS, decorrente da necessidade de integração de seus membros (orientado pela hierarquização da rede serviços), requeria a elaboração de definições operacionais para sua concretização, e para este fim foi concebida a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002). As NOAS introduziram o conceito de região de saúde, definindo que o planejamento da assistência não ficaria apenas reservado aos territórios dos municípios, almejando novos desenhos que proporcionassem maior resolutividade e melhor acesso aos serviços de saúde, com a inclusão dos *níveis regionais* – módulos, regiões, micro e macrorregiões – entre estados e municípios (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Entretanto, tais iniciativas não foram capazes de levar a uma organização de redes assistenciais conformadas com o conceito de regionalização almejado e muito menos conduziu a uma efetiva coordenação e cooperação federativa entre os níveis de governo (DOURADO; ELIAS, 2011).

Na tentativa de aperfeiçoar a operacionalização do sistema e os arranjos institucionais entre os diversos níveis governamentais no federalismo sanitário brasileiro, visando maior integração e cooperação entre os entes e a melhoria da assistência, surgem novas iniciativas também importantes, como o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), e mais recentemente o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

O Pacto pela Saúde 2006, divulgado por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), reafirma o princípio da regionalização (e conceito de região de saúde) como essencial para o sistema de saúde a orientar sua descentralização e as relações intergovernamentais. Com ele, os instrumentos instituídos pelas portarias anteriores (Plano Diretor de Regionalização, de Investimentos e a PPI, CIT, CIB) são mantidos e é criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), a fim de auxiliar na operacionalização da gestão e do planejamento nas regiões de saúde (DOURADO; ELIAS, 2011).

Já o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), regulamenta a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa, introduzindo e/ou reafirmando conceitos como regionalização, região de saúde, hierarquização, mapa da saúde e rede de atenção à saúde. Esta instrução normativa visa o aprimoramento da gestão do SUS e a garantia do acesso à saúde.

Na busca por instrumentos capazes de auxiliar a gestão a cumprir seu papel, surge ainda a contratualização, que se constitui num meio legal de formalizar, através de um contrato, o que será acordado em termos de prestação de serviços de saúde (pactuação) entre gestores e prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

A utilização desta ferramenta poderá ser mais bem contextualizada, a partir das concepções de gestão e planejamento em saúde, detalhadas a seguir.

2.2 GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O vocábulo administração origina-se do latim *ad* (direção) e *minister* (obediência ou subordinação), significando aquele que presta um serviço sob o comando de outro. Entretanto, o seu significado original sofreu alterações, levando ao entendimento de que a administração englobaria a tarefa de interpretar os objetivos estabelecidos pelas organizações, transformando-os em ações organizacionais. Portanto, administração é o processo de planejar, dirigir e controlar a utilização de recursos, com o intuito de se atingir objetivos da organização (CHIAVENATO, 2003).

A despeito de inúmeras discussões sobre possíveis diferenciações entre os termos *administração* e *gestão*, Motta (1991) sintetiza bem a ideia de que ambos devem ser entendidos como sinônimos, embora o termo 'gestão' tenha se destacado mais nos últimos tempos.

Historicamente, a Revolução Industrial levou a um crescimento rápido e desordenado das empresas, que necessitavam aumentar sua eficiência. À medida que estas empresas foram evoluindo (em tamanho e complexidade), aumentava também a necessidade de se obter uma Teoria Administrativa que trouxesse respostas e soluções aos gestores e suas demandas administrativas, originando então, a Abordagem Clássica da Administração.

No início do século XX, as ideias opostas, porém complementares dos engenheiros Frederick Winslow Taylor (nos Estados Unidos) e Henri Fayol (na Europa) deram origem à denominada Abordagem Clássica da Administração, e seus postulados dominaram o pensamento administrativo das organizações até os idos de 1940. Apesar das limitações de suas teorias (abordagem incompleta e simplificada da organização formal e desconsideração da informal, o mecanicismo e a superespecialização), ambos construíram os primeiros trabalhos científicos da Administração, e esta abordagem criou as bases da Administração Científica, tornando-se um marco no pensamento administrativo (CHIAVENATO, 2003).

Com as transformações mundiais e a evolução das organizações e do próprio campo da gestão, outras teorias foram sendo desenvolvidas, inserindo-se novas abordagens e ênfases (relações humanas, estruturalista, sistêmica, contingencial) ao considerarem as seguintes variáveis: “tarefas, estrutura, pessoas, ambiente, tecnologia e competitividade” (CHIAVENATO, 2003, p. 11). Cada teoria enfatiza uma ou mais dessas variáveis, contribuindo para o desenvolvimento da teoria administrativa.

Ainda assim, apesar da ampliação do escopo da área da gestão, alguns autores consideram que os princípios basilares da Abordagem Clássica da Administração ainda não foram superados, mantendo-se o controle e a disciplina como fundamentos dos métodos de gestão até os dias atuais. O controle, por exemplo, usualmente manifestado pela centralização do poder na figura dos gestores, é característica que predomina até hoje (CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O, 2009; PORTELA; TEIXEIRA, 2011).

Neste sentido, o enriquecimento da visão organizacional proporcionado por novas teorias (dos sistemas, desenvolvimento organizacional e qualidade total, entre outras), embora promettessem maior autonomia e integração do funcionário ao projeto da empresa, não favoreciam a democracia e promoveram mudanças que se limitaram a melhorias que visavam aumento da produtividade e, conseqüentemente, exacerbaram a concorrência entre os trabalhadores. Tais fatos acabaram levando ao gerencialismo, uma forma de gestão que busca aumentar a eficácia, elevando ainda mais o controle e diminuindo custos. Um exemplo dessa tendência atual é a ‘Atenção Gerenciada’ ou *Managed Care*, modo proposto aos serviços de

saúde, que se utiliza de protocolos minuciosos para controle do trabalho e diminuição de custos, e desvia as decisões clínicas do profissional clínico para o gerente do caso, inserido sob a ótica da racionalidade gerencial na tomada de decisões (AMARAL; CAMPOS, 2011; CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O., 2009; PORTELA; TEIXEIRA, 2011).

No contexto da saúde, gestão é tão antiga quanto a Saúde Pública. Esta uniu os conhecimentos da administração pública com aqueles dos procedimentos sanitários, resultando na Administração Sanitária. Originalmente esta última era centralizada, tendo sido influenciada por características militares – ação estratégica, controle e erradicação do inimigo (a doença) e de gestão operacional (AMARAL; CAMPOS, 2011; CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O., 2009).

Em meio ao século XX, a gestão em saúde sofreu uma ampliação de seu campo de intervenção com a criação dos Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde em diversos países europeus e da América, em que o Estado passou a ser responsável pelo financiamento e a gestão de uma rede de serviços organizada conforme o conceito de integração sanitária (associando ações de prevenção, coletividade e atenção clínica), resultando então, no conceito de hierarquização e regionalização dos serviços e a criação da rede de Atenção Primária. Estes conceitos acabaram por influenciar mais tarde o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (AMARAL; CAMPOS, 2011; CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O., 2009).

Por conseguinte, a fim de atender a complexidade dessa nova política pública emergida, houve a necessidade de ampliação dos conhecimentos da Administração Sanitária. Foi então que, ao longo do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimularam estudos para o desenvolvimento de novos arranjos de organização e modelos de atenção em saúde, visando à produção de conhecimentos e disseminação de tecnologias a respeito de planejamento e gestão em saúde, e no intuito de obter maior ganho de eficiência e otimização dos recursos em saúde. Desde então, na tentativa de ultrapassar as limitações das teorias administrativas, análises que buscam democratizar a gestão vêm sendo desenvolvidas, seja através da gestão participativa, do controle social ou de outras formas de cogestão em saúde (AMARAL; CAMPOS, 2011; CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O., 2009). Direcionando para a esfera do SUS, estes espaços de controle e participação social são previstos na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), através dos Conselhos e Conferências de Saúde (PORTELA; TEIXEIRA, 2011).

No âmbito das funções do SUS, a Gerência é conceituada como a administração de um órgão ou unidade de saúde (ambulatório, hospital, fundação, etc.) que se caracterizam

como prestadores de serviços do SUS. Já a Gestão pode ser conceituada como a atividade de comandar um sistema de saúde (seja ele nacional, estadual ou municipal) exercendo as funções de articular, planejar, monitorar, comandar e avaliar. Assim, os gestores do SUS são os responsáveis de cada esfera de governo por desenvolverem as funções do Poder Executivo na saúde: o Ministro da Saúde (em esfera federal), o Secretário de Estado da Saúde (estadual) e o Secretário Municipal de Saúde (municipal). Já as funções gestoras no SUS podem ser entendidas como as práticas e os conhecimentos de gestão necessários para executar as políticas de saúde (BRASIL, 2003).

Gestão em saúde é um exercício instigante, pois envolve peculiaridades pertinentes aos profissionais, usuários e ao processo de trabalho, requerendo o desenvolvimento de processos de produção que permitam aos profissionais de saúde dominar o trabalho visando alcançar os objetivos dos sistemas de saúde, e ao mesmo tempo, responder às expectativas dos usuários (PORTELA; TEIXEIRA, 2011).

Drucker (1996), um dos ícones da administração moderna, considera o gerenciamento na área de saúde como mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. São inúmeros os desafios que o seu gerenciamento apresenta: primeiramente a produção de serviços difere-se da produção de bens, principalmente porque a produção de serviços é de difícil padronização e não permite que esta seja estocada (os serviços são consumidos ao mesmo tempo em que são produzidos); segundo porque a natureza do processo de trabalho, reunindo os mais variados tipos de procedimentos e áreas e que exigem uma coordenação entre si de todos estes processos (elevada interdependência dos processos de trabalho), acaba por demandar a utilização de instrumentos de coordenação/racionalização do trabalho (planos, planejamentos, etc.), além de exigir uma intensa e eficaz comunicação nas equipes e entre estas; e terceiro porque a autonomia técnica exercida pelos profissionais das atividades-fim da organização (assistência à saúde) lhes outorga um poder informal, que compete com e descentraliza o poder da cúpula diretiva e dos níveis intermediários de gerenciamento, havendo dispersão do poder formal dos dirigentes da organização e tornando as relações de hierarquia e trabalho bem delicadas. Sob esta ótica, a gestão hospitalar constitui-se numa atividade complexa e peculiar, envolvendo a união de recursos de diferentes tipos e procedimentos muito diversificados (DRUCKER, 1996; GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001; LIMA, 2009).

E neste complexo contexto da saúde, uma das funções básicas da gestão – a de planejar – relaciona-se intimamente com ela, e apresenta-se como um conhecimento indispensável. O planejamento antecede a ação, desvia dos improvisos e indica caminhos,

buscando a racionalidade dos recursos, que, em conjunto com a gestão, favorece o surgimento de políticas públicas voltadas para o estabelecimento de modelos assistenciais focados na lógica idealizada nos princípios do SUS (PAIM; MOTA, 2011).

Assim, o planejamento define prioridades e objetivos, podendo contribuir para uma gestão mais democrática, consistindo-se numa ferramenta de gestão cada vez mais utilizada em todos os níveis organizacionais e setores, inclusive na saúde (PAIM, 2006).

Neste contexto, a contratualização pode ser apontada como uma ferramenta de grande utilidade à gestão e ao planejamento em saúde. A gestão em saúde busca a operacionalização do sistema de saúde, exigindo formas complexas de organização. Entre elas, figura a regulação, que para ser arquitetada, requer o uso de planejamento, podendo assumir diversas formas como a contratualização, na busca pela efetivação de uma gestão eficaz, eficiente e com incremento de qualidade em saúde.

Vários dos problemas do sistema brasileiro de saúde poderiam ser sanados com a adoção de boas práticas de gestão. Considerando que o SUS é um sistema ainda em edificação (PAIM, 2007), torna-se importantíssima a definição de estratégias capazes de suportar os grandes desafios a serem enfrentados neste cenário, em permanente transformação. Um bom planejamento, assim como outras ferramentas de gestão (monitoramento, uso de indicadores, avaliação, etc.) são úteis neste contexto, alinhando o planejado com as políticas assistenciais de saúde. Isto pode ser visualizado na elaboração de um Plano de Trabalho de funcionários de uma unidade básica de saúde, por exemplo, ou na elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹, que é o instrumento que deve servir de base para a negociação de uma contratualização. É importante alinhar essas estratégias organizacionais aos interesses e prioridades estabelecidos pelas instâncias governantes, em busca da geração de equidade e garantia da assistência que se deseja alcançar na saúde.

No contexto da administração pública, o contrato de gestão – prerrogativa constitucional que visa maior autonomia gerencial e financeira da administração pública, através de contrato e que objetiva o estabelecimento de metas de desempenho para a entidade contratada (BRASIL, 2015, art.37) – torna concreto e regular o acompanhamento e avaliação do desempenho, requerendo antecipadamente a ampliação da capacidade de gestão e

¹ Por PPI, pode-se adotar a seguinte definição: “É um processo instituído, no âmbito do SUS, para a definição da programação da atenção à Saúde e alocação dos recursos da assistência à Saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização de pactos entre gestores. Objetiva definir, de forma transparente, os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.” (BRASIL, 2005c, p. 175-176).

avaliação de desempenho (com sistemas de informação, uso de indicadores, etc.), tanto do prestador (hospitais e demais instituições de saúde) quanto dos gestores de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Originado do direito administrativo francês, o contrato de gestão foi idealizado como forma de controle administrativo sobre as empresas estatais e visava introduzir a modernização da administração pública francesa, nos fins da década de 60, tendo adquirido, naquele país, diferentes nomenclaturas em etapas sucessivas de utilização: contratos de programa (com as empresas estatais); contratos de empresa; contratos de plano (com empresas de economia mista); contratos de objetivos. Porém, em todas as modalidades, o anseio era de que as empresas contratadas se rendessem ao cumprimento dos objetivos governamentais estipulados, tal qual aqui no Brasil (DI PIETRO, 1996; LIMA, 2009).

As primeiras ocorrências de arranjos contratuais no Brasil se deram entre governo (federal ou estadual) e empresas como a Companhia Vale do Rio Doce ou Petrobrás, na década de 1990. E mais recentemente têm ocorrido casos destes arranjos envolvendo os contratos de gestão entre unidades de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar com entes municipais e estaduais de governo (LIMA, 2009).

Ainda no contexto brasileiro, os contratos de gestão ou arranjos contratuais surgem como ferramentas para a fundação de uma administração por resultados – inaugurando a administração ou modelo gerencial – objetivando a eficiência das organizações e a qualidade dos serviços públicos (SANO; ABRUCIO, 2008). A adoção da gestão pública por resultados, embasada em mecanismos de contratualidade da gestão – com indicadores, metas, formas de cobrar os gestores e maior controle e transparência na prestação de contas (*accountability*) à sociedade pelos governantes – representa uma das principais diretrizes da denominada Nova Gestão Pública (NGP), cujas ideias foram introduzidas no Brasil pelo então ministro Bresser Pereira, como forma de crítica ao modelo burocrático da gestão pública (predominante até então), e como alternativa a encarar a crise fiscal de então (PEREIRA, 1996; SANO; ABRUCIO, 2008). A NGP visava a flexibilização da gestão e o aumento da prestação de contas (ou da responsabilização) da administração pública pela contratualização por resultados, inserindo-se nesta lógica, os contratos de gestão (DITTERICH; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J., 2012; SANO; ABRUCIO, 2008).

A Reforma do Estado surgiu nos anos 90 – após a crise da década de 80 – num contexto de transformações mundiais onde um mundo globalizado exigia a redefinição do papel do Estado, com o objetivo maior de que este fosse capaz de atender às exigências dos cidadãos. Inserido neste contexto, no Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do

Estado – idealizado pelo ministro Bresser Pereira e publicado no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995 – propunha basicamente a transformação da administração pública brasileira, passando-a de burocrática à gerencial, reformando o aparelho do Estado, a fim de torná-lo menor (porém fortalecido) e mais eficiente (PEREIRA, 1996).

Segundo a definição de Pereira (1996), a administração pública gerencial possui algumas características basilares: voltada para o cidadão e para o alcance de resultados; utiliza-se da descentralização e de inovação; estabelece o contrato de gestão como instrumento de controle sobre os órgãos descentralizados. Assim, em sua concepção, os Estados modernos englobam quatro setores: o núcleo estratégico (formado pela cúpula do governo e servidores civis, pelo Parlamento e Tribunais, é onde as políticas públicas e leis são elaboradas); as atividades exclusivas (são aquelas que asseguram o cumprimento e financiamento das leis e políticas públicas, envolvendo o poder de Estado, como a polícia, as forças armadas e as agências: reguladoras, de arrecadação de impostos, de financiamento/fomento dos serviços sociais e da seguridade social); os serviços não-exclusivos (são aqueles providos pelo Estado, mas não necessariamente executados por ele, podendo ser ofertados pela iniciativa privada ou pelo setor público não-estatal, como: saúde, educação, pesquisa científica e cultura); e a produção de bens/serviços para o mercado (englobam as empresas estatais).

No entendimento do autor, o tipo de administração pública a prevalecer em todos os setores é a gerencial, havendo variações em cada setor quanto ao tipo de propriedade e de instituição. A propriedade será estatal nas atividades exclusivas do Estado e no núcleo estratégico, e será privada na produção de bens/serviços. Para os serviços não-exclusivos há três possibilidades, no tocante à propriedade: permanecer no controle estatal; serem privatizados; ou serem transformados em organizações não-estatais (as “organizações sociais”), sendo esta última a alternativa apontada como a mais compatível com a administração gerencial (PEREIRA, 1996).

Quanto ao tipo de instituição que deve prevalecer em cada setor, Pereira (1996) destaca duas principais: as agências executivas – para desempenharem as atividades exclusivas, que serão integradas ao Estado – e as Organizações Sociais (OS) – para os serviços não exclusivos (entre os quais se inclui a saúde), que serão incluídas no setor público não-estatal, sendo o Estado seu financiador. Assim, o núcleo estratégico (presidente, ministros, governadores) utilizará como instrumento de controle (das atividades exclusivas e dos serviços não-exclusivos) o contrato de gestão, que deverá prever os recursos (humanos,

financeiros, etc) e estabelecer os resultados almejados e acordados entre as partes (metas e indicadores de desempenho – qualitativos e quantitativos) (PEREIRA, 1996).

Portanto, para o idealizador da reforma da administração pública no Brasil (PEREIRA, 1996), a forma de se atingir os objetivos almejados seria através das organizações sociais, da transformação de entidades estatais em organizações públicas não-estatais, para a atuação de serviços não-exclusivos do Estado, como a saúde. Nesta ótica, o processo evolutivo das denominadas parcerias público-privadas, engloba as organizações sociais (OS), evolui para a Organização Civil de Interesse Público (Oscip), e depois para as fundações estatais (de direito privado) até culminar na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh (COSTA, F. M., 2012).

A Ebserh consiste em uma empresa pública de personalidade jurídica de direito privado, criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b) e cuja finalidade é a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico à comunidade e a prestação para as instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres. Tal empresa foi instituída com o objetivo de gerir os serviços de saúde dos Hospitais Universitários federais brasileiros (SILVA, A. M. S; LUCCA; BELLINASO, 2011).

A via das organizações públicas não estatais, tão estimulada pelos ideais da Nova Gestão Pública (DITTERICH; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J., 2012), e entre as quais se inclui a Ebserh, é vista por vários autores como uma alternativa que apresenta inconstitucionalidades e incoerências, especialmente no que diz respeito ao: comprometimento do controle social, da rede hierarquizada e da descentralização do sistema (REZENDE, 2007); à desarticulação da gestão única do SUS; à possível ameaça da autonomia universitária (MARCH, 2012; RAMOS, 2011; SILVA, A. M. S; LUCCA; BELLINASO, 2011); e à transferência de patrimônio público e execução das políticas sociais para a esfera privada; flexibilização das relações trabalhistas; comercialização dos serviços públicos (MARCH, 2012).

Porém, outros autores interpretam esta alternativa como um meio para a obtenção de serviços públicos mais eficientes e com maior transparência ao cidadão, sendo que o Estado é dispensado somente da execução de alguns serviços – como é o caso da saúde, por exemplo – mas sem desobrigá-lo de seu papel de idealizador e gestor da saúde (CARRERA, 2012; PEREIRA, 1996; SANO; ABRUCIO, 2008).

Frente às incertezas e possibilidades variadas, em meio a esta pluralidade de arranjos, considera-se importante que as discussões avancem (COSTA, F. M.; GRECO, R. M., 2014), e também a experimentação de outros modelos de gestão na busca por melhores escolhas, capazes de garantir o direito à saúde eficaz e de qualidade à população brasileira.

Desta forma, arranjos contratuais apresentam-se como instrumentos de gestão cada vez mais utilizados na esfera pública, entre os quais se destaca a contratualização, e que visam auxiliar a prática de uma gestão mais moderna e eficiente, focada em resultados.

Conclui-se, pois, que a ocorrência de inovações parcialmente recentes como a experimentação de novos modelos de gestão – cita-se como exemplo o proposto pela Ebserh – a utilização de novas ferramentas de gestão – como a contratualização – e a criação de novas leis diretivas – como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a) – mostram-se não somente necessárias, enquanto parte evolutiva do SUS, da administração pública em geral e das organizações hospitalares consequentemente, como também apontam novas bases nas relações a serem estabelecidas entre os atores deste processo.

As novas iniciativas que vêm ocorrendo, ainda que incipientes e em fase de experimentação – gerando também dúvidas e incertezas – introduzem novas práticas e reformulam as formas de relação e negociação entre os atores, devendo transformar ainda mais a realidade dos hospitais universitários (na tentativa de superação dos desafios que estes enfrentam e que serão detalhados mais adiante), bem como o cenário das organizações de saúde, da gestão pública, das relações de trabalho e da própria saúde, como um todo.

2.3 REDES DE ATENÇÃO, REGIONALIZAÇÃO, REGULAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO

Para abordar o tema contratualização é necessário primeiramente compreender o processo de regulação implícito no sistema de saúde brasileiro, a forma de operacionalização deste sistema, bem como o conceito de redes de atenção à saúde, regionalização – enquanto facilitadora e organizadora da garantia do acesso e equidade aos serviços de saúde – e as novas diretrizes propostas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

A instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs), das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), do Pacto de Gestão e mais recentemente do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a) constituem-se nos principais

avanços do governo, no intuito de promover a regulação e a operacionalização do sistema de saúde brasileiro.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) objetivaram consolidar o processo de regionalização no sistema de saúde, visando garantir a equidade e o acesso aos serviços de saúde idealizados no SUS. A NOAS 01/2001 criou o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), introduzindo o conceito de redes de assistência (BRASIL, 2006b; SOUZA, A. S. et al., 2010). Instituída através da Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a), a NOAS 01/2002 estabelece a regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, tendo como instrumento de planejamento e ordenamento deste processo o Plano Diretor de Regionalização, e cria ainda mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS.

Por sua vez, um Plano Diretor de Regionalização consiste numa ferramenta de gestão e planejamento que visa proporcionar maior acesso à saúde, dentro dos princípios de equidade, integralidade, qualidade e economia de escala. Para tanto, no planejamento da saúde, ele deve estabelecer uma base do território e da população para cômputo das necessidades e da priorização na alocação dos recursos. A fim de que os serviços de saúde sejam realizados com efetividade e qualidade, o PDR deve ser elaborado dentro da lógica da população e de seus fluxos (da população que busca atenção em saúde) e, ainda, nos princípios das redes de atenção, exigindo articulação entre os diversos pontos de atenção em territórios sanitários estabelecidos (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2013).

Em Minas Gerais, a organização da assistência à saúde fundamentou-se embasada nesta concepção de redes de atenção à saúde e formação de territórios sanitários, tendo sido necessário o estabelecimento de uma base territorial capaz de arcar com o seu projeto de regionalização. Assim, o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) foi aprovado inicialmente pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2002, passando por alguns pequenos ajustes ao longo deste período, sendo revisado de forma mais significativa durante a gestão do governo mineiro no período entre 1999 e 2012, já com a preocupação de se coadunar com as ideias propostas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a) do governo federal. O PDR mineiro então, se estruturou associando critérios técnicos culturais, de organização dos serviços e de negociação política (para a formação de regiões com maior número possível de municípios), com a observação constante dos critérios de economia de escopo e de escala, de acesso e qualidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2013).

Portanto, para que o desenho obtido resultasse na construção de uma rede eficiente de atenção à saúde, foi criada a base territorial mineira – 853 municípios, divididos em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde – visando à alocação ótima dos equipamentos de saúde, que foram organizados de forma que: o município fosse responsável pela atenção primária à saúde; a microrregião reunisse (de forma mais concentrada) as unidades de saúde de média densidade tecnológica (média complexidade) e a macrorregião englobasse as unidades terciárias – alta complexidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2013).

Entre as 13 macrorregiões existentes em Minas Gerais, destaca-se a Sudeste, composta por 94 municípios da Zona da Mata mineira – representando uma população de 1.575. 629 habitantes – e por 8 microrregiões, entre as quais está inserida a microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas. Esta microrregião, por sua vez, é constituída por 25 municípios – representando uma população de 642.353 habitantes – tendo Juiz de Fora como polo assistencial de microrregião e da macrorregião Sudeste (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2013).

Desta forma, anteriormente ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), o entendimento predominante era de que as redes de atenção à saúde podem ser entendidas como a organização horizontal dos serviços, tendo a atenção primária como o centro de comunicação, que deve ser capaz de proporcionar uma atenção continuada, respondendo eficazmente às condições agudas e crônicas de uma população. Alguns princípios fundamentais devem estruturar as redes de atenção à saúde, sendo o maior deles o acesso. Estas ainda devem se ajustar à territorialização sanitária e se organizar de tal modo que cada município seja autossuficiente na atenção primária à saúde; cada microrregião seja autossuficiente na atenção secundária (média complexidade); e cada macrorregião seja autossuficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade). Neste contexto, deve ser feita a divisão geográfica do estado em micro e macrorregiões, com alguns municípios polo de referência, onde as redes são estruturadas através de pontos de atenção (unidades básicas de saúde, hospitais, etc.) e sua integração deve ocorrer através de sistemas logísticos de alta tecnologia de informação, como: o Cartão SUS, os prontuários eletrônicos e as centrais de regulação – englobando os módulos de consultas e exames especializados, procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, internações eletivas e de urgência/emergência. Quando estes sistemas não existem ou não são adequados, o resultado é a ineficácia dos mecanismos de referência e contrarreferência do SUS e, portanto, de sua regulação (BRASIL, 2006a).

Com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), este desenho adquire novos contornos, ao introduzir conceitos e instrumentos inéditos – como o mapa da saúde, o plano de saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) – propondo inovações e aperfeiçoamentos à forma de organização do SUS, de sua gestão, articulação interfederativa e de seu planejamento.

No entendimento do referido dispositivo legal, seu delineamento começa com a definição de região de saúde, que deve ser entendida como um conjunto de municípios vizinhos, identificados pela cultura e os hábitos de cada população, com o objetivo de promover ações integradas no atendimento da saúde. As consultas e atendimentos serão organizados também em uma rede hierarquizada de serviços, reforçando a Atenção Básica como o atendimento inicial, mas são reconhecidas também outras portas de entrada na rede: serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. Se necessário, os casos serão encaminhados aos níveis secundário (serviços especializados) e terciário (hospitais, etc.) de referência no SUS. O objetivo é que cada região de saúde arque com a cobertura da maior parte das necessidades de saúde daquela população, sendo que as demais deverão ser atendidas entre regiões (BRASIL, 2011a).

Com o intuito de conhecer e articular as necessidades de saúde da população definida com os serviços de saúde prestados pelo SUS, cada região de saúde deve formular um Mapa da Saúde. Este, por sua vez, será o instrumento de identificação das necessidades de saúde de cada região, que irá orientar o Planejamento Integrado – baseado nos Mapas, o SUS irá então, elaborar os Planos de Saúde para os municípios, regiões de saúde e estados. O Plano de Saúde detalha um conjunto de metas e objetivos propostos para cada município de cada estado (e deve passar pela aprovação do Conselho de Saúde) e os investimentos a serem feitos nos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

As ações e os serviços de saúde, assim como os medicamentos oferecidos na rede SUS devem ser informados aos usuários através de duas relações: Relação de Ações e Serviços de Saúde (Renases) oferecidos à população pelo SUS e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2011a).

A fim de promover a articulação interfederativa, o referido decreto reconhece as Comissões Intergestores anteriormente constituídas (Bipartite: a CIB e Tripartite: a CIT) e institui a Comissão Intergestores Regional (CIR), visando adequar as regiões de saúde, o mapa de saúde e o processo de planejamento, no âmbito da gestão do SUS (BRASIL, 2011a).

Em suma, o decreto apresenta um novo modelo de gestão (anteriormente instituído através de portarias) e busca a garantia ao acesso em saúde. Ainda define e

aprofunda conceitos de região de saúde, regionalização, hierarquização e contratos entre os entes públicos – com o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) – que será o instrumento para formalizar a relação entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), e onde serão apontadas as responsabilidades de cada esfera para com as ações e serviços de saúde do SUS, de maneira a aprimorar os processos anteriormente implantados com o Pacto pela Saúde 2006.

Consequentemente, a aplicação deste decreto deverá trazer modificações graduais na forma de regulação do sistema, nos desenhos dos modelos de regionalização e de assistência – que necessitarão de adaptações – e nas relações contratuais entre os entes federativos, em que novas maneiras de contratualização deverão ocorrer, proporcionando maior transparência e controle pela população, o que apoia os propósitos da Nova Gestão Pública, anteriormente mencionados.

A gestão descentralizadora do SUS consiste num verdadeiro desafio aos gestores nos três níveis do governo para a conformação de uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso dos usuários entre os múltiplos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal. Neste sentido, a Portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b) determina as atividades de controle, regulação e avaliação da assistência à saúde a serem desenvolvidas pelas três esferas de governo, entre as quais se destacam: o conhecimento de todos os prestadores de serviços e sua capacidade instalada, o acompanhamento da oferta de acordo com a programação estabelecida, a autorização de procedimentos e o estabelecimento de contratos com os prestadores (BRASIL, 2003).

Desta forma, o gestor de saúde deve conhecer sua realidade local: a conformação de sua rede de serviços de saúde, a população e área geográfica de abrangência, os prestadores de saúde disponíveis – com o perfil assistencial e capacidade instalada de cada um – e ainda, as necessidades de serviços de saúde da população pela qual é responsável, bem como os dados epidemiológicos desta, os recursos de que dispõe – incluindo as ferramentas de planejamento para alocação destes recursos (PDR, PDI, PPI) – a fim de ser capaz de tomar as decisões mais assertivas e de equacionar equilibradamente o ajuste entre as demandas/necessidades de saúde da população e a oferta de serviços e ações de saúde, com o intuito de garantir o acesso e a equidade preconizados pelo SUS. Nesta lógica, a contratualização pode ser ferramenta bastante útil, auxiliando na operacionalização da regulação.

A NOAS nº 01/2002 define a regulação dos serviços de saúde como “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2003, p. 88).

A regulação abrange dois níveis diferentes e articulados, envolvendo tanto o nível das referências intermunicipais (regulação vinculada à PPI) quanto dos prestadores de serviços de saúde, regulação que cabe ao responsável pela gestão desses serviços – município ou Estado, quando se tratar de município que não se encontra em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Assim, entre outras, constituem-se atribuições dos três níveis governamentais: controlar, regular e avaliar a prestação de serviços sob sua gestão. Tais funções de controle, regulação e avaliação da assistência requerem a utilização de instrumentos de apoio, como: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as Centrais de Regulação, os contratos de prestação de serviços de saúde, o financiamento, a programação assistencial e as bases de dados nacionais (BRASIL, 2003).

No município de Juiz de Fora, a regulação do acesso e agendamento de consultas especializadas é realizada pela Central de Marcação de Consultas (CMC) do município, sendo o nível secundário de atenção municipal administrado pela Coordenação de Redes Assistenciais, incluindo Departamentos e Serviços Especializados destinados a grupos específicos, como: Departamento da Criança e do Adolescente, Departamento das Clínicas Especializadas, Departamento da Saúde do Idoso, Departamento da Saúde da Mulher, Departamento da Saúde Mental, entre outros. Os atendimentos ambulatoriais na atenção especializada ocorrem nas dependências da estrutura municipal de saúde e/ou em instituições parceiras (JUIZ DE FORA, 2010).

O fluxo de usuários para a atenção terciária (engloba em torno de 135 municípios pactuados) é organizado pelo município através da utilização da Central de Vagas do Município e da Central de Marcação Macrorregional/MG, através do Sistema SUS Fácil (JUIZ DE FORA, 2010).

Já para o atendimento de urgências e emergências o município conta com o Pronto Atendimento Infantil, um Departamento da Unidade Regional Norte, um Departamento da Unidade Regional Leste, um Hospital de Pronto Socorro e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O atendimento pré-hospitalar é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o município dispõe ainda do Hemocentro Regional de Juiz de Fora para o atendimento das necessidades de sangue e hemocomponentes (JUIZ DE FORA, 2010).

No nível da atenção básica, Juiz de Fora possui 57 Unidades de Atenção Primária à Saúde (nas áreas urbana e rural), cobrindo 79% da população, contando com 84 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 21 equipes do modelo tradicional de assistência (JUIZ DE FORA, 2010).

Em síntese, a regulação assistencial tem como forte objetivo promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustes entre a oferta assistencial disponível e as necessidades imediatas do usuário, de forma equânime, ordenada e racional, exigindo certo planejamento; planejamento este que pode ser favorecido com a utilização do instrumento de contratualização.

Neste contexto, a contratualização vem dar sua contribuição, surgindo atualmente como alternativa legal para suprir a demanda da população por serviços de saúde, facilitar sua regulação e seu planejamento. Ou seja, a fim de se efetivar a regionalização preconizada pelo sistema de saúde e garantir o acesso à saúde com equidade e racionalização de recursos, os gestores do SUS recorreram ao instrumento de planejamento do Plano Diretor de Regionalização, delimitando com ele o modelo de regionalização (níveis de regionalização: município, microrregião, macrorregião, território sanitário) e o modelo assistencial ou de atenção (níveis de atenção: primária, secundária e terciária) a prevalecer em cada estado federado. Nesta concepção de plano diretor, cada nível de atenção deve ter uma correspondência com um nível de regionalização – um território sanitário (com um polo) – cujas unidades assistenciais (seja em nível ambulatorial ou hospitalar) devem arcar com funções peculiares na organização dos serviços de saúde. E para que toda esta estrutura funcione é necessário que os gestores exerçam o controle, o gerenciamento de todo esse aparato, através da regulação, na tentativa de melhor equacionar oferta e demanda por serviços de saúde. Para auxiliar a suprir a demanda assistencial da população, seu planejamento e regulação, é que surge a alternativa da contratualização.

Vista como um conjunto de normas negociadas entre gestor e prestador de serviços de saúde, ela deve incluir a caracterização do perfil assistencial, definindo o papel da instituição prestadora na rede de atenção. Neste processo se dá a regulação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, segundo demanda do município, e através do estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas (BRASIL, 2004b, 2005b).

A Portaria Interministerial nº 1.006 MEC/MS, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b) dispõe que a contratualização hospitalar pode ser entendida como o processo pelo qual as partes – representante legal do hospital e 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 contrato.

A contratualização ou contratação de serviços de saúde ainda pode ser definida como:

Ato do gestor municipal ou estadual contratar e/ou conveniar um estabelecimento de saúde já cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), para atendimento ao SUS, após ter sido identificada necessidade de complementar a oferta de serviços, em consonância com a programação e visando à ampliação da cobertura assistencial à população. A contratação pode referir-se a serviços ambulatoriais (prestador SIA), serviços hospitalares (prestador SIH) ou a ambos. (BRASIL, 2009, p. 105).

Sinteticamente, o processo de contratualização adota o seguinte raciocínio: o gestor de saúde (municipal ou estadual) – que tem o dever legal de garantir e ofertar assistência em saúde à população – verifica se possui estrutura adequada e suficiente em sua rede pública de atenção à saúde. Se esta oferta de serviços de saúde dentro da rede de atenção não for suficiente, é permitida legalmente ao Estado a compra de serviços de saúde – conforme previsto na NOAS nº 01/2002 e de acordo com o princípio da complementaridade do setor privado no SUS. Evidentemente, esta compra deve atender à legislação vigente e aos interesses públicos, e ser pautada nas necessidades assistenciais da população (BRASIL, 1990a, 2003).

A preocupação em atender às necessidades da população deve ser prioridade constante, devendo a contratualização dos serviços de saúde objetivar oferecer melhor resposta ao alcance dessas necessidades, através de uma prestação de serviços de qualidade e envolta num processo bem definido, em que sejam claramente estabelecidas as metas e os resultados a serem alcançados, e tendo como foco permanente as necessidades de saúde da população. Com isso, também o surgimento de uma relação de parceria entre as partes é favorecido (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010).

Assim, para formalização desta compra de serviços de saúde há vários tipos de contratos que podem ser firmados entre o gestor público e os prestadores de saúde, destacando-se: o Termo de Compromisso entre entes públicos (ajuste firmado entre níveis de governo); o Convênio (firmado entre os próprios gestores do SUS; entre entes públicos ou entre estes e entidades filantrópicas); o Contrato de Gestão (estabelecido entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como as Organizações Sociais – ou OS – neste caso, a OS é contratada para gerenciar um hospital público – através de licitação –

e não se trata da contratação de um hospital privado); e os Contratos de Compra de Serviços ou Contratos Administrativos, que são a modalidade estabelecida entre poder público e os prestadores privados – com ou sem fins lucrativos – sendo o pagamento realizado por produção (BRASIL, 2003, 2011c).

No Brasil, por longo tempo, o procedimento de contratação formal predominante no sistema de saúde era pautado na produção de serviços – que considerava somente a capacidade instalada dos prestadores (física e de recursos humanos) – e no estabelecimento de tetos financeiros que arcassem com as ações de média e alta complexidade (hospitalar e ambulatorial). Além disso, quase nenhum contrato estabelecia indicadores de desempenho (qualitativos e quantitativos) do serviço prestado (BRASIL, 2011c).

Atualmente, com a contratualização, a relação entre gestor e prestador de serviço está se modificando, deixando de ser um processo puramente burocrático e passando para uma modalidade que vai além do ato formal jurídico (de contratação de serviços), consistindo-se numa pactuação entre gestor e prestador, que define metas (de quantidade e qualidade) – conforme as demandas populacionais e o perfil do prestador – e em que são pontuadas ainda as responsabilidades entre as partes e os critérios de avaliação de desempenho do prestador (BRASIL, 2011c).

Desta forma, os arranjos contratuais ou contratos de gestão (entre os quais se inclui a contratualização) são temas centrais de debates na busca por alternativas na administração pública que resultem na melhoria de desempenho e da prestação de contas dos prestadores da assistência à saúde (LIMA; RIVERA, 2012).

No contexto da saúde brasileira, tal prática tem se desenvolvido com maior ênfase a partir do final da década de 1990, entre hospitais e unidades de atenção primária com secretárias de saúde (municipais ou estaduais), sendo que as experiências mais solidificadas – em nível hospitalar – foram aquelas ocorridas no Ministério da Saúde (com os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, Hospitais Filantrópicos e os de Pequeno Porte) e nas secretarias de saúde dos estados de São Paulo e Minas Gerais (LIMA; RIVERA, 2012).

Para Tanaka e Oliveira (2007), considerando as dificuldades em se obter uma postura eficiente dos contratados, a contratualização apresenta-se como alternativa cada vez mais adotada, sendo que os instrumentos nela utilizados são, em sua maioria, os mesmos já praticados pela Administração Pública tradicional, entretanto, passa-se de uma visão anterior focada no processo, para uma nova visão focada nos resultados. Desta forma, é eliminada a maneira conservadora de avaliação da prestação dos serviços e do contrato – deixando de ser apenas pela prestação de contas financeiras ou pelo uso correto dos recursos (considerado

obrigação do prestador) – passando-se a avaliar o cumprimento do contrato com o alcance dos resultados pactuados, através da verificação quanto ao atendimento das metas previstas para os indicadores de desempenho. Nesse sentido, é premente a necessidade de se adotar mecanismos de controle para o monitoramento das metas pactuadas por parte do prestador do serviço, pois, uma das principais dificuldades encontradas na contratualização refere-se ao acompanhamento e avaliação do desempenho do prestador.

A responsabilidade em avaliar o desempenho dos serviços de saúde, na verdade, é de todos os atores envolvidos. Entretanto, observa-se muitas vezes o acompanhamento deste desempenho utilizando-se indicadores parciais (taxa de ocupação de leitos, etc.), que embora sejam importantes para a gestão, proporcionam uma avaliação segmentada da estrutura organizacional, não englobando outros aspectos da assistência como sua produção, por exemplo (CESCONETTO; LAPA; CALVO, 2008). Contudo, A. M. E. Silva (2003) aponta que poucas iniciativas têm ocorrido neste sentido para o acompanhamento gerencial das metas pactuadas, e a produção geralmente não é avaliada enquanto está em processo, deixando margem para dúvidas quanto ao real atendimento das demandas sociais no contexto inserido.

A contratualização, pois, vista como uma das formas de arranjos contratuais – ou de contratos de gestão – se insere nesta lógica de uma nova gestão pública, baseada em resultados, servindo como instrumento de gestão em que são estabelecidas as responsabilidades do contratante (gestor de saúde) e contratado (prestador de serviços) para o alcance destes resultados.

Inserido nesta lógica, incentiva-se a ocorrência de desdobramentos contratuais daqueles compromissos assumidos entre as partes também entre os demais níveis do prestador. Assim, há o envolvimento de todos os colaboradores da instituição, promovendo-se então, a participação de todos e sua valorização nos resultados globais a serem atingidos (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010; LIMA, 2009).

Assim, os compromissos de ação firmados entre os níveis de colaboradores, especialmente com os profissionais diretamente envolvidos na operacionalização do contrato – através dos contratos internos de pactuação – além de estimularem e fortalecerem as negociações entre os atores, visam a estabelecer o espírito de cooperação na cultura organizacional, através dos contratos menores originados a partir da contratualização.

Lima (2009) mostra que a experiência internacional com a contratualização aponta para uma tendência em se estabelecer relações mais cooperativas que competitivas, embora alguns poucos países tenham adotado estratégias mais competitivas. A adoção de uma cultura gerencial colaborativa, de parceria entre as partes, pode funcionar como fator

preponderante para o êxito da contratação firmada. Outro fator importante para que esta seja uma negociação de sucesso é a relação de confiança que deve se instalar entre os atores envolvidos no contrato.

Diversos autores destacam ainda outros benefícios advindos da utilização da contratualização, a saber: as metas precisas e os resultados a serem perseguidos, que são definidos no contrato, além de levarem a uma maior transparência nas relações entre as partes, favorecem para que se firme uma relação de parceria, e isso é mais relevante que o próprio instrumento contratual (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010); a prática de uma gestão focada em resultados pode se mostrar mais em conformidade com os princípios do SUS, denotando avanço na sua consubstanciação (BRIZOLA; GIL; CORDONI JÚNIOR, 2011); sua prática pode ainda levar a um maior controle sobre a administração pública – ao favorecer a diminuição de erros, a aprendizagem continuada da instituição e possibilitar o realinhamento de estratégias e caminhos em prol de uma melhor prestação de serviços e qualificação gerencial e assistencial (LIMA; RIVERA, 2012).

Conforme destacado por Tanaka e Oliveira (2007), há três importantes etapas que compõem o processo de contratualização: (a) a negociação – etapa de identificação dos indicadores de desempenho, estipulação de metas e orçamentação; (b) a construção do instrumento – que é a formalização no contrato de tudo o que foi contratado e (c) o gerenciamento – que é permanente e engloba todas as atividades de supervisão da instituição, acompanhamento dos indicadores de desempenho pactuados e avaliação dos resultados obtidos pelo ente contratado.

O contrato/convênio assinado entre as partes possui como objeto formalizar a pactuação de serviços, ações e atividades, além das responsabilidades das partes, e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços do SUS. Seu período de vigência é de sessenta meses (cinco anos), sendo prevista revisão anual da parte do orçamento e do Plano Operativo Anual (POA). Ademais, estes também podem ser revisados a qualquer momento, através de termo aditivo, contanto que haja interesse e acordo entre as partes.

Para acompanhamento, monitoramento e avaliação do contrato/convênio e do POA deve ser criada e coordenada pela secretaria de saúde local uma comissão de acompanhamento específica para este fim – com representantes desta secretaria, dos usuários, do hospital prestador e da comunidade acadêmica. Tal monitoramento/avaliação deve ocorrer pelo menos uma vez ao mês (LIMA; RIVERA, 2012).

O Plano Operativo Anual (POA) é parte integrante do instrumento de contratualização (além do documento formal do contrato/convênio), sendo um instrumento anexo ao contrato, a ser elaborado conjuntamente pelo prestador de serviço de saúde e o gestor de saúde, que pode ser entendido como a parte do contrato que contém todas as ações, serviços e atividades objetos do contrato/convênio (a parte físico-orçamentária), as metas quantitativas e de qualidade, e ainda os indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde, bem como a caracterização geral da instituição (missão, estrutura tecnológica e capacidade instalada). O POA representa, na prática, o *modus operandi* das diretrizes previstas no Termo de Referência para a contratualização.

A alocação dos recursos financeiros é pautada na orçamentação mista, sendo pré-fixada a parte de Média Complexidade, Incentivos e Metas de Qualidade – os valores são previamente conhecidos e independem de avaliação da produção – enquanto a parte de Alta Complexidade e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec)² recebe orçamentação pós-fixada, ou seja, será paga conforme produção apresentada (BRASIL, 2006a, 2011c; LIMA, 2009).

A mudança estabelecida com esta forma de orçamentação dos hospitais prestadores evidencia mais uma das vantagens da contratualização: estas instituições passaram a tomar conhecimento antecipado de uma parte de sua fonte de receita (a parte fixa do orçamento), estimulando-as a um melhor planejamento financeiro.

Mas independentemente da forma de pagamento adotada, os prestadores contratualizados devem transmitir regularmente as informações da produção realizada, bem como aquelas relacionadas às condições/adaptações estruturais aos sistemas de informações oficiais do governo: o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2011c).

A crise dos Hospitais Universitários e de Ensino brasileiros – principalmente no tocante ao financiamento e sua complexa gestão – motivou o governo federal, em 2004, a instituir o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, contemplando a certificação e a contratualização destes hospitais com os gestores do SUS, na tentativa de sanar o agravamento desta crise. O intuito era justamente alcançar a inserção efetiva destes hospitais

² Faec é o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, que engloba recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos: 1- os transplantes e os procedimentos associados; 2- os regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; 3- as ações estratégicas/emergenciais temporárias; 4- novos procedimentos não relacionados aos que constam na tabela vigente (BRASIL, 2009).

na rede SUS e a modificação na lógica de seu financiamento, incentivando a contratualização. A contratualização, nestes moldes, inspirou-se nos modelos de países europeus, caracterizando-se como uma nova maneira de interação e financiamento destes hospitais e objetivando a melhora na eficiência e qualidade dos serviços prestados, através do estabelecimento e acompanhamento de metas qualitativas e quantitativas expressas no POA (BRASIL, 2004b, 2004d; BRIZOLA; GIL; CORDONI JÚNIOR, 2011).

A contratualização, portanto, implanta um novo método de negociação das atividades a serem executadas pelo hospital, enquadrando-se em uma forma de contrato de gestão. Para sua efetiva implantação e êxito, a contratualização requer certa organização prévia das instituições envolvidas, pressupõe certo grau de evolução das práticas de gestão e a existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade e ainda o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e avaliação (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

D. M. Costa (2010) ressalta o papel fundamental das ferramentas de avaliação e controle do Estado, visando auxiliar na regulação dos serviços prestados pelos hospitais, medindo sua eficácia diante das necessidades de saúde da população. Dessa forma, as ferramentas de gestão devem proporcionar a análise das organizações envolvidas no processo de saúde, estimulando a criação de indicadores como forma de avaliação posterior.

Em seu estudo sobre as formas de arranjo contratual no âmbito do SUS, Lima (2009) ressalta que a utilização destes arranjos vem se desenvolvendo com frequência na gestão pública brasileira, em especial na gestão da saúde, e o conhecimento advindo desta utilização, e de seu impacto nestas instituições, está em evolução. Portanto, estes não se constituem em um fim – e nem são a solução para todos os desafios da saúde – mas são um caminho a se trilhar na busca pela melhoria do desempenho, envolvendo a qualificação da assistência e da gestão. Por isso mesmo, outros estudos recentes, apontados pela autora, incentivam a utilização destes arranjos e o acompanhamento dessas experiências – principalmente nos países em desenvolvimento – no intuito de se conhecer seus desdobramentos e consequências na melhoria destas instituições, eventuais aspectos negativos e a elaboração de adaptações, se necessário (LIMA, 2009).

Diante do exposto, percebe-se que ações no sentido de aperfeiçoar a gestão, bem como o monitoramento das metas pactuadas e a avaliação de indicadores de desempenho serão bem-vindas, na tentativa de se obter contratos mais eficazes e em consonância com as reais necessidades da população a ser atendida.

2.4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SUAS PECULIARIDADES

Antes de se abordar detalhadamente o processo de Contratualização desenvolvido no Hospital Universitário da UFJF, faz-se necessário previamente destacar e compreender as particularidades e especificidades envolvidas na realidade de um hospital universitário.

Para definir um hospital universitário (HU), destaca-se a conceituação tradicional apresentada por Medici (2001), que o caracteriza como uma instituição que fornece treinamento universitário em saúde e atendimento médico de maior complexidade à população, configurando-se como uma extensão de uma instituição de ensino em saúde, oficialmente reconhecida como hospital de ensino, e, portanto, submetida à fiscalização dos órgãos competentes.

A Portaria Interministerial MEC/MS, nº 1.006, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b) considera hospital de ensino como um local de referência na atenção à saúde de alta complexidade, na formação de profissionais de saúde e no desenvolvimento tecnológico, devendo existir sua integração com os serviços de saúde da rede SUS.

Sob o ponto de vista jurídico-administrativo, os hospitais universitários e hospitais de ensino da administração pública federal, constituem-se majoritariamente em entidades ligadas às universidades públicas federais, que, por sua vez, são entes da Administração Pública Indireta, dotadas de personalidade jurídica própria e de autonomia institucional – outorgada constitucionalmente no artigo 207 – cuja finalidade se firma no tripé da educação: ensino, pesquisa e extensão. Já os hospitais universitários possuem como eixos estruturantes as funções de ensino, pesquisa e assistência às comunidades em que se inserem (BRASIL, 2015; SILVA, A. M. S; LUCCA; BELLINASSO, 2011).

Do ponto de vista da gestão, sistemas de saúde por si só, são considerados de difícil gerenciamento, devido a sua alta complexidade. Unidades hospitalares, em particular, são consideradas organizações extremamente complicadas de gerenciamento (DRUCKER, 1996; GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001), devido à essência de seu processo de trabalho e às características reunidas em seus profissionais atuantes (LIMA, 2009) e que, se somando às particularidades de um hospital universitário, tornam o seu gerenciamento ainda mais sofisticado.

Assim, hospitais universitários (HUs) são unidades hospitalares que associam as características agregadas de campo de formação de profissionais de saúde, de promoção do ensino e da pesquisa e de produção de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, detendo

importância fundamental para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, e de incontestável relevância nos cenários da saúde e educação do país (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

De fato, a contribuição dos hospitais de ensino é vista como essencial para a melhora da saúde dos brasileiros – seja em relação ao número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponibilizados para o SUS, às internações e ao atendimento de alta complexidade ofertado, à formação de recursos humanos – ou, ainda, em relação ao desenvolvimento, avaliação e incorporação de novas tecnologias ao SUS. Tudo isso, em um sistema de saúde que enfrenta diversos desafios, como: a formação de profissionais de saúde, em consonância com as múltiplas necessidades de saúde da população; a pesquisa; o desenvolvimento de técnicas e terapias; a incorporação de novas tecnologias e a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, questão importante a fim de se garantir a integralidade proposta pelo modelo do SUS (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Outro aspecto relevante dos hospitais de ensino é que estes representam grandes aportes de recursos públicos investidos (altas concentrações de recursos físicos, humanos e financeiros) e que realizam os procedimentos mais custosos ao sistema de saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Os HUs representam ainda uma parcela significativa nos gastos totais com saúde mundialmente (variando de 4,5% na Colômbia a 21% na Coreia), cujo peso na despesa com saúde significa o dobro de sua participação no volume de atendimento. Portanto, são considerados hospitais caros, pois se utilizam de alta tecnologia, englobando ensino e pesquisa na assistência. Ademais, soma-se o fato destas instituições geralmente serem pouco integradas aos outros níveis de atenção, atendendo a todos os níveis de atenção, o que pode gerar muitas vezes encaminhamentos de pacientes para níveis mais caros e elevados de complexidade na assistência. Assim, os HUs não apresentam uma relação eficiente entre custos e resultados, por serem muito dispendiosos, constituindo-se num ponto fraco essa necessidade de racionalizar gastos com saúde (MEDICI, 2001).

Em seu estudo, Medici (2001) aponta outra questão relevante que é o financiamento dos hospitais universitários (inclusive das ações do ensino e pesquisa). Em sua maioria, estes são atrelados a faculdades de Medicina ou universidades, e dependiam de orçamento público para sua manutenção. Suas atividades, por conseguinte, eram geralmente planejadas de acordo com as conveniências do corpo docente, desconsiderando-se a demanda e o mercado. Entretanto, nos últimos anos, cresceu o número de HUs que passaram a ter parte

de seu financiamento conectado aos serviços prestados à comunidade, requerendo então que o planejamento de suas atividades considere as necessidades do mercado. Tal fato acaba por gerar alguns conflitos administrativos entre os Ministérios da Saúde e da Educação a respeito das reais funções destas instituições e de qual lógica adotariam – se a do ensino ou a da assistência. Dilema este que perdura até os dias atuais, apresentando-se como uma questão delicada e muito frequente na realidade de vários hospitais universitários, inclusive deste, que se constitui objeto de estudo.

No Brasil, os HUs são agentes de duas políticas públicas imprescindíveis: educação e saúde, configurando-se em local de manifestação de tensões inerentes à complexa articulação entre estas duas políticas, requerendo que essas relações sejam conduzidas de forma cautelosa e que os HUs muitas vezes apresentem respostas a questões que extrapolam seu poder resolutivo. Daí a importância de fortalecer a sustentabilidade organizacional dos HUs, o que inclui a adoção de mecanismos de estabilização financeira, de indicadores de avaliação e gestão, e de qualidade dos serviços prestados. Também é frequente que os HUs desempenhem atribuições que desviam de sua vocação primordial – a assistência especializada – realizando também procedimentos de assistência básica, sob a justificativa de promover o ensino e a completa formação de profissionais de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Medici (2001) afirma ainda que os problemas apresentados pelos HUs são comuns aos hospitais públicos e privados (independentemente de sua natureza jurídica), constatando que os HUs são subsidiados de forma pouco custo-efetiva e, a princípio, os hospitais privados são tão ineficientes quanto os públicos, fato que se apresenta preponderantemente como uma questão de falta de incentivos e mecanismos inadequados de financiamento e, em menor grau, como um problema de gerenciamento.

Levando em consideração o contexto de mudanças em que estão inseridos, os hospitais sofrem consideráveis desafios de organização e gestão, diante das inúmeras demandas que lhe são apresentadas. Uma das mudanças que tem levado a um destes desafios é a sua integração – ainda deficiente – com as demais unidades de saúde do SUS. A assistência prestada por estas instituições hospitalares (incluindo atividades de ensino e pesquisa), muitas vezes, se estruturou isoladamente dos outros serviços assistenciais, de forma desarticulada com o SUS. Isso mostra a necessidade de que sejam estabelecidas novas discussões e as relações evoluam a fim de mudar o rumo deste processo, viabilizando de fato a integração apropriada destas instituições com a rede SUS (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Neste aspecto, diversos autores compactuam da mesma opinião, reconhecendo a necessidade de efetiva integração entre o ensino e a assistência no âmbito do SUS. Para estes, tão importante quanto o reconhecimento das peculiaridades dos hospitais universitários é o estabelecimento de novas discussões e relações com os sistemas de saúde, sustentados em novas bases, em que os HUs não sejam eximidos de suas responsabilidades em relação aos sistemas de saúde – estes são também agentes responsáveis por melhorar as condições de saúde da população – mas antes, sejam tratados de forma a reconhecer sua relevância e identidade própria (LIMA, 2009; LOBO et al., 2009; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; MEDICI, 2001).

Alguns autores apontam a existência de diversos estudos, nos últimos anos, relatando as dificuldades de relação dos HUs com os demais pontos dos sistemas de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; MEDICI, 2001). Em contrapartida, um pouco mais recente, ocorreram algumas iniciativas propondo mudanças nos modelos assistenciais e o fortalecimento da participação dos HUs no SUS. Entre elas, destaque para o programa de Humanização, acreditação hospitalar e o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS – apesar destas ainda se mostrarem deficientes na prática. Dentre as iniciativas e políticas governamentais, também se destacam a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino. Entretanto, é fato que estas condições necessitam de ser melhor equalizadas no SUS (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Outro grande desafio a ser enfrentado pelos HUs é a necessidade de buscar seu equilíbrio financeiro, sua “sustentabilidade organizacional”, conforme apontado por Machado e Kuchenbecker (2007). Esta sustentabilidade incluiria a instituição de mecanismos de aperfeiçoamento financeiro, das questões relacionadas à qualidade dos serviços ofertados, do desenvolvimento de sistemas de indicadores (de avaliação e de gestão), além da responsabilidade social.

Considerados tão antigos quanto o conceito de saúde emergido no Renascimento, hospitais de ensino têm importância inquestionável quanto ao seu papel na atenção e melhoria da saúde no país (MEDICI, 2001). Apesar desta relevância, a crise dos hospitais no país, especialmente a dos hospitais de ensino, está em voga há alguns anos, englobando elementos de financiamento e gestão, com a crise de desempenho dos modelos assistenciais, de pesquisa e ensino (LOBO et al., 2009).

A fim de sanar esta crise, em 2003, o governo tomou a iniciativa para mudança de cenário, criando a Comissão Interinstitucional, com o intuito de avaliar a situação dos hospitais universitários e de ensino e reformular a política nacional do segmento. Tal

comissão era presidida pelo Ministério da Saúde e envolvia ainda os Ministérios da Educação, do Planejamento, e da Ciência e Tecnologia. A avaliação concluiu ser necessária uma efetiva integração entre estas organizações com os sistemas locais de saúde, bem como necessário saneamento financeiro (constatou-se déficit de financiamento) e melhorias na gestão de recursos (LOBO et al., 2009).

Feito isto, o governo partiu para a certificação destes hospitais, através da Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a). A certificação estabeleceu critérios claros (antes inexistentes) nas áreas da assistência, gestão, pesquisa e ensino para o hospital ser classificado de ensino.

O passo seguinte foi a inclusão dos hospitais certificados em programas criados com o objetivo de qualificação e desenvolvimento da assistência, da gestão, do ensino e da pesquisa, levando em consideração o SUS. Foram eles: o “*Programa de Reestruturação de Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS*”, englobando exclusivamente os hospitais das Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) – instituído através da Portaria Interministerial MEC/MS, nº 1.006, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b) – e o “*Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS*”, destinado aos demais hospitais de ensino públicos ou privados – instituído através da Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004c; LIMA, 2009; LOBO et al., 2009).

Desta forma, a política hospitalar reformulada exigia duas condições para que os hospitais aderissem aos programas de reestruturação propostos: a certificação e a contratualização destes hospitais. Ao mesmo tempo, oferecia estímulos aos que desejavam ingressar nos programas, como o Incentivo à Contratualização (IAC) (LIMA, 2009).

Quanto ao aspecto do financiamento destes hospitais, houve significativa mudança. Ao ingressarem no Programa, e através da contratualização, os hospitais passaram a ter a denominada “orçamentação mista”, composta da seguinte forma: o valor global é composto por uma parte fixa, previamente conhecida e refere-se aos procedimentos de média complexidade (corresponde a 85% do valor global) e a parte variável, referente aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos (corresponde a 15%), que são repassados posteriormente conforme a produção dos procedimentos. O repasse da parte fixa deve ser feito mensalmente e sem nenhuma avaliação, já o da parte variável depende da avaliação de indicadores estabelecidos em contrato. O desejável é que a componente variável seja aumentada gradativamente até atingir 50% dos recursos do valor global (BRASIL, 2004d; LIMA, 2009).

Conforme exposto, hospitais universitários e de ensino são instituições de relevância para o sistema de saúde, pois contribuem para a melhoria da saúde da população, formam recursos humanos e concentram grande volume de recursos públicos investidos.

Entre tantos desafios que estes enfrentam, destacam-se: a necessidade de efetiva integração nos demais serviços do SUS, como forma de garantia da integralidade, da regulação e do acesso à assistência; e a necessidade de implantação de novas formas de financiamento, pois, apesar dos programas de reestruturação representarem certo avanço na reformulação da política destes hospitais, estes ainda precisam de ajustes e conquistas concretas para melhoria das relações e questões afetas à gestão e ao financiamento.

Neste sentido, a contratualização vem se mostrando como uma alternativa relativamente recente na busca por efetivar algumas dessas melhorias, tão necessárias para o avanço e aprimoramento destas instituições, assim como para a qualificação da assistência à saúde.

2.5 O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) é um hospital federal de ensino, com prestação de serviços na qualidade de Hospital Geral em regime totalmente público, vinculado à UFJF e ao Ministério da Educação. Dispondo de 148 leitos, desenvolve vocação assistencial para atendimento dos casos agudos cuja morbidade se inclui no rol das especialidades: UTI, Clínicas: Médica, Cirúrgica, Ginecológica e Pediátrica, sendo uma unidade hospitalar de referência do SUS municipal para procedimentos especializados de média complexidade e alguns procedimentos de alta, como Transplante de Medula Óssea, Nutrição Enteral e Parenteral, serviços de Nefrologia, UTI Adulto e Videocirurgias (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2009a).

O HU/UFJF presta assistência à saúde para mais de um milhão de habitantes de 37 municípios da Zona da Mata Mineira, número que pode se aproximar de dois milhões se forem incluídos determinados serviços de referência para a região do Campo das Vertentes de Minas Gerais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2009).

Historicamente o hospital teve como primeiras instalações o espaço físico do antigo sanatório Dr. Villaça (ao lado da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora),

inaugurado em 8 de agosto de 1966, com o nome de Hospital-Escola. De lá foi transferido para o bairro Santa Catarina, em 1970, num local adaptado – prédio cedido por empresa privada de Juiz de Fora – onde eram atendidos pacientes carentes e do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Em 1994 incorporou-se ao Sistema Único de Saúde, tornando-se Hospital Universitário de referência local/regional. Entre 1996 e 1997 iniciaram os projetos de fortalecimento da ideia de construção de uma nova unidade hospitalar, a fim de substituir a estrutura adaptada e que se tornou insuficiente no prédio do bairro Santa Catarina. Em 2006 foi inaugurado o primeiro módulo do complexo hospitalar (anteriormente idealizado), no bairro Dom Bosco, e cujas atividades iniciaram gradativamente em 2007 (SOUZA; CRUZ, 2009; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2006).

Atualmente o hospital dispõe de duas unidades de atendimento: a unidade Santa Catarina, onde se concentra o atendimento hospitalar (internação) e somente três ambulatórios (Neurologia, Cardiologia e Pneumologia) e a Unidade Dom Bosco, que abriga o prédio ambulatorial e de apoio diagnóstico, contando com: trinta e sete consultórios especializados (distribuídos em vinte e duas clínicas básicas do adulto, quatro clínicas específicas infantis, e seis clínicas multidisciplinares), vinte e quatro máquinas para hemodiálise, farmácia, fisioterapia, quatro salas para cirurgias ambulatoriais, doze leitos para internação dia e os serviços de apoio diagnóstico e terapia como endoscopia, métodos gráficos, imagem e laboratório de análises clínicas. Ainda nesta unidade, encontra-se o Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e o HU/UFJF e que será detalhada adiante (SOUZA; CRUZ, 2009).

Além disso, nos arredores do prédio ambulatorial atual da unidade Dom Bosco, está sendo construído todo um complexo hospitalar, que futuramente abrigará, além da parte ambulatorial em ampliação, a parte hospitalar, com mais de quatrocentos leitos (mais que o dobro do número atual), incluindo leitos pediátricos e neonatais. Este complexo englobará ainda maternidade, centro de queimados, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estação de tratamento de água e esgoto, entre outras inovações. A previsão inicial era de que o novo hospital fosse inaugurado em 2015 (o que ainda não ocorreu), e que suas atividades ocorram de forma progressiva.

Diante do exposto, fica evidente a importância e representatividade do HU/UFJF na rede de atenção à saúde local e regional, especialmente em nível secundário e/ou terciário. O HU/UFJF representa um grande aporte de recursos públicos investidos no sistema de saúde, e todo esse aparato significa aumento de capacidade produtiva e conseqüentemente,

possibilidade de incremento na oferta de serviços. Em conformidade com a orientação da portaria que institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino – Portaria Interministerial MEC/MS, nº 1.006, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b) – todo esse potencial de oferta de serviços de saúde deve ser inserido na rede SUS, fazendo uso do instrumento de contratualização para tanto.

As atuais formas de contratualização do HU/UFJF concentram-se na esfera municipal, através de contrato/convênio com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (SMS/JF) e na estadual – através de convênio firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Na cronologia desse processo de contratualização desenvolvido no HU/UFJF, em 2004, houve um marco para todos os hospitais de ensino do país, com a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS (Rehufe), instituído pela Portaria MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b). A referida portaria reformula a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, dispondo as orientações para o processo de contratualização entre gestor de saúde e hospital de ensino. Igualmente importante para estas instituições foi a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a), que definia os critérios para a certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino.

A ocorrência destes fatos propiciou que, em 2005, o Hospital Universitário da UFJF fosse certificado como Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 50, de 3 de janeiro de 2005 (BRASIL, 2005a) e, posteriormente formalizasse a primeira contratualização com o município de Juiz de Fora, dentro do formato e dos parâmetros ditados pela Portaria MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b).

Esta contratualização, formalizada através da assinatura do Convênio nº 001/2005 – celebrado entre Universidade Federal de Juiz de Fora, em conjunto com seu Hospital Universitário, e a Prefeitura do município de Juiz de Fora, em conjunto com sua Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (a então SSSDA) – previa a contratação de serviços de saúde ambulatoriais (procedimentos ambulatoriais, englobando: consultas especializadas, exames de apoio e diagnóstico e cirurgias ambulatoriais) e de internação ou hospitalares (envolvendo clínica médica, cirúrgica e pediátrica), totalizando a contratação de 16.162 procedimentos ambulatoriais.

No ano de 2008 houve a necessidade de revisão do Plano Operativo Anual (POA) – parte integrante do Convênio nº 001/2005 que discrimina a programação físico-

orçamentária do contrato – ainda sob a vigência do contrato assinado em 2005. Foi assinado então, em novembro de 2008, o primeiro termo aditivo contratual ao Convênio nº 001/2005, e que começou a vigorar no exercício de 2009, constituindo-se no POA 2008 (COSTA, D. M., 2010).

À época dessa assinatura, o Hospital Universitário há pouco mais de um ano havia inaugurado a sua unidade no bairro Dom Bosco – o Centro de Atenção à Saúde (CAS) do HU/UFJF – iniciando gradativamente, em 2007, a prestação de serviços instalados naquela unidade, como: novos ambulatórios de consultas especializadas, laboratório de análises clínicas, serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, tomografia, ressonância magnética, mamografia e ultrassonografia) e por endoscopia, fisioterapia e serviço de nefrologia (diálise e hemodiálise). As novas instalações do Centro de Atenção à Saúde/Hospital Universitário (CAS/HU) não só elevavam o HU enquanto hospital de ensino e ponto de atenção da rede SUS, mas também ofertavam serviços até então inéditos ou insuficientes no cenário da saúde locorregional, alocados numa estrutura de primeira linha – com equipamentos de ponta e pessoal altamente qualificado – e propondo uma nova sistemática de processo de trabalho – com atendimento humanizado e acolhimento integrado.

Obviamente era esperado que todo esse incremento estrutural e de serviços fosse incorporado à rede de atendimento em saúde SUS, o que levou à necessidade de se fazer um termo aditivo ao contrato ainda em vigor, buscando adequar a disponibilidade de oferta e os interesses do ensino e da pesquisa defendidos pelo prestador e as necessidades de saúde, os limites financeiros e os interesses da assistência pelo gestor municipal de saúde.

Neste ponto, uma das prioridades apontadas pela direção do HU/UFJF para o novo POA foi a inclusão de novos procedimentos do serviço de diagnóstico por imagem e radiologia, que com suas novas instalações, representavam não somente um grande investimento de recursos públicos na saúde pública, mas também a possibilidade de aumento na oferta à população para realização de exames de alta complexidade (como ressonância magnética e tomografia computadorizada), entre outros.

Evidentemente, estas e outras questões de prioridade tiveram que ser debatidas e ajustadas pelos gestores do município e da entidade prestadora, pois se revelam como questões complexas, constituindo-se muitas vezes em pontos de tensão entre as partes, já que ambas nem sempre apresentam interesses e necessidades convergentes. Tal afirmação pode ser exemplificada com a inclusão, no termo aditivo, dos procedimentos de ressonância magnética (não contempladas no contrato 2005), com a contratação de 73 procedimentos mensais, ao passo que, no caso das consultas especializadas de enfermagem e de assistência

social, que constavam no contrato 2005, mas que foram retiradas do termo aditivo, por não terem sido consideradas de seu interesse pela gestão municipal.

A Tabela 1 traz o resumo da proposta final de produção ambulatorial pactuada entre HU/UFJF e SMS/JF, para o exercício de 2009.

Tabela 1 – Resumo da proposta final de produção ambulatorial para 2009

Descrição	Ambulatorial	Consultas Especializadas
Quantidade pactuada	22.319	4.631
Valores financeiros pactuados (R\$)	185.432,17	45.310,00
Nº de procedimentos da tabela	284	30

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2008)

Vale ressaltar que no POA original do contrato (em 2005) foi contratualizado um total de 16.162 procedimentos ambulatoriais. Com o termo aditivo do POA 2008 este número se eleva para 22.319 procedimentos ambulatoriais, representando um aumento em torno de 38% na contratação ambulatorial com o município.

Durante o referido período de revisão do contrato 2005, desenvolveu-se um estudo do processo de contratualização do hospital, com metodologia desenvolvida pelo HU/UFJF, em conjunto com a residência em Gestão Hospitalar e a direção do hospital, e que pode ser resumida em três fases: (1) Coleta de dados e pesquisa para elaboração de proposta objetivando assinatura do contrato; (2) Avaliação do contrato, levantamento das variáveis e elaboração de indicadores; (3) Acompanhamento das metas através dos indicadores elaborados (COSTA, D. M., 2010).

Na primeira fase, foi feita a coleta de dados, com o levantamento e análise da série histórica, em comparação com o quantitativo proposto na contratualização anterior, em 2005. Ainda nesta fase foram feitos os contatos com as chefias setoriais das especialidades médicas (chefes dos diversos serviços oferecidos) da instituição hospitalar, para mensurar a capacidade da oferta. Em seguida, na fase 2, foram levantadas as variáveis a serem utilizadas na elaboração dos indicadores, definindo-se uma metodologia para acompanhamento das metas pactuadas, e utilizando as variáveis definidas na criação dos indicadores. Já a fase 3, constituiu-se na análise e no acompanhamento dos indicadores criados, que nortearam o

desempenho da instituição (COSTA, D. M., 2010). Alguns dos indicadores utilizados na fase 2 deverão ser utilizados também no presente trabalho.

Todo este processo de revisão contratual constituiu-se numa iniciativa pioneira na instituição e procurou trazer ferramentas de gestão para auxiliar na definição do contrato firmado à época, propiciando que sua negociação e discussão estivessem embasadas em dados e análises mais concretos, representativos da realidade institucional, e também travassem diálogo aberto com as chefias das especialidades, envolvendo-as diretamente no desenvolvimento do processo.

Apesar da contribuição de tal experiência, desde então, não foi assinado nenhum outro contrato, POA ou termo de revisão e/ou adição dos serviços contratados pelo município de Juiz de Fora, prevalecendo a última revisão feita em 2008 até os dias atuais. Evidentemente, neste período, novas propostas foram elaboradas pelo HU/UFJF e a SMS/JF, e foram amplamente discutidas em reuniões de negociações, porém sem se chegar a um consenso quanto ao novo contrato. Importante ressaltar ainda que, no referido período, houve ampliação relevante da capacidade produtiva do HU/UFJF, com abertura de novos programas de residência, oferta de novos serviços e aquisição de novos equipamentos. O HU/UFJF tentou incluir diversos novos procedimentos na proposta de um novo contrato, prevendo incremento financeiro e de número de procedimentos, entretanto, estes não foram aceitos pela gestão municipal sob a alegação de não dispor de recursos necessários para a sua contratação.

Em 2014, a UFJF assinou o contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que, com esta formalização, passou a gerir o Hospital Universitário da UFJF. Com isso, a Ebserh passou a ser responsável pelas negociações da contratualização do HU/UFJF com a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, a partir do final de 2014. As discussões neste sentido foram retomadas, mas ainda se encontram em fase inicial, não apontando uma previsão para sua definição.

Já na esfera estadual, existem dois contratos/convênios firmados com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: o Programa Viva Vida e o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde (Pro-Hosp).

O Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) em funcionamento nas instalações do HU/UFJF – unidade Dom Bosco – é uma das unidades integrantes da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde pertencente ao Programa Viva Vida em Minas Gerais, uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e o HU/UFJF, firmada através do Termo de Compromissos e Metas, tendo como propósito possibilitar o acesso a serviços de atenção secundária, referentes à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e à saúde da criança

para fins de redução da mortalidade materna e infantil e prevenção do câncer (próstata, mama e colo de útero), partindo dos encaminhamentos triados na atenção primária, realizados pela regulação municipal (MINAS GERAIS, 2006; SOUZA; CRUZ, 2009).

Assim, este se caracteriza num ponto de atenção de média complexidade, devendo atuar de forma integrada à atenção primária e secundária e organizando-se em nível microrregional. A unidade em funcionamento no HU/UFJF representa a microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, englobando 37 municípios (MINAS GERAIS, 2006).

Neste convênio são pactuados consultas especializadas, exames e procedimentos ambulatoriais relacionados ao escopo supracitado, e os repasses dos recursos destinados são condicionados ao alcance de metas e à avaliação dos indicadores previamente definidos.

O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde (Pro-Hosp) é um programa do governo do estado de Minas Gerais que visa otimizar a eficiência dos hospitais mineiros – públicos e privados sem fins lucrativos – buscando proporcionar à população atendimento hospitalar resolutivo e de qualidade próximo de sua habitação e consolidando a oferta da atenção hospitalar nos polos micro e macrorregionais do estado. São mais de 120 hospitais beneficiados e credenciados pelo programa, que recebem recursos financeiros para ampliação de sua capacidade de atendimento, reforma estrutural, modernização gerencial, custeio e aquisição de equipamentos (MINAS GERAIS, 2007, 2011).

O instrumento contratual é formalizado através de um Termo de Compromisso firmado entre a SES/MG, os gestores municipais e os hospitais, onde são pactuados compromissos e metas. Os repasses possuem uma parte fixa e uma variável, sendo condicionados ao atingimento de metas e à avaliação dos indicadores firmados. Porém, a lógica contratual do Pro-Hosp é bem diferenciada dos demais casos supracitados, pois não existe contratação de serviços de saúde, isto é, não há pactuação de metas de produção, somente avaliação e acompanhamento dos indicadores pré-estabelecidos condicionando os repasses dos recursos financeiros (MINAS GERAIS, 2007, 2011).

Apesar do HU/UFJF apresentar este leque variado de contratualizações, este estudo tomou como objeto de investigação apenas a contratualização entre o HU/UFJF e a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora – procedimentos ambulatoriais. Tal opção expressa uma decisão do pesquisador ao entender que tal contratualização representa um maior volume de atendimentos ambulatoriais e hospitalares pactuados, de cunho mais abrangente, estando mais em consonância com o perfil assistencial do hospital, caracterizado como um hospital geral.

A Tabela 2 mostra o consolidado da proposta final formalizada entre HU/UFJF e SMS/JF no POA 2008, segmentado por grupos e subgrupos de procedimentos, com seus respectivos quantitativos contratualizados para a assistência ambulatorial.

Tabela 2 – Proposta final da produção ambulatorial para 2009 – consolidada (por grupos)

Descrição	Proposta Final HU/UFJF	
	Qtde.	Valor (R\$)
Grupo 2: Procedimentos com finalidade diagnóstica	15.747	117.489,49
1 Coleta de material	83	2.707,68
2 Diagnóstico em laboratório clínico	13.650	49.787,26
3 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	272	5.280,44
4 Diagnóstico por radiologia	730	36.590,68
5 Diagnóstico por ultrassonografia	160	4.461,00
9 Diagnóstico por endoscopia	212	7.822,36
11 Métodos diagnósticos em especialidades	640	10.840,07
Grupo 3: Procedimentos clínicos	6.372	62.970,11
1 Consultas / atendimentos / acompanhamentos	4.631	45.310,00
2 Fisioterapia	1.535	8.286,75
3 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	206	9.373,36
Grupo 4: Procedimentos cirúrgicos	200	4.972,57
1 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	82	1.153,13
4 Cirurgia das vias aéreas superiores	18	54,90
5 Cirurgia do aparelho da visão	24	1.879,28
6 Cirurgia do aparelho circulatório	16	455,04
7 Cirurgia do aparelho digestivo	21	626,62
8 Cirurgia do sistema osteomuscular	7	198,94
9 Cirurgia do aparelho geniturinário	13	287,33
14 Cirurgia oro-facial	19	317,33
Total ambulatorio	22.319	185.432,17

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2008)

Importante ressaltar que no Grupo 2 da Tabela 2, o subgrupo 4 (Diagnóstico por radiologia) engloba os procedimentos dos subgrupos 6 (Diagnóstico por tomografia computadorizada) e 7 (Diagnóstico por ressonância magnética), mas que não aparecem nesta tabela, pois nesta parte consolidada da proposta estes não foram segmentados da radiologia – foram contabilizados e detalhados na parte da proposta aberta procedimento por procedimento. Já na apresentação dos Resultados, estes dois subgrupos (6 e 7) foram

desmembrados da radiologia, para melhor compreensão e análise. Essa adaptação nos resultados foi necessária para uma melhor visualização, mas na Tabela 2 o autor buscou conservar a proposta tal qual se apresentava no documento do POA 2008.

Tendo em vista o que foi abordado até então, este estudo busca contribuir com a regulação da produção ambulatorial deste hospital de ensino, através da aplicação de indicadores, que servirão como mecanismos de averiguação do desempenho da instituição, buscando ressaltar a contratualização, isto é, a relação instituída entre gestor e prestador de saúde, no contexto do SUS.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) com a gestão municipal de saúde (SMS/PJF), no período de 2009 a 2013 no contexto do SUS, fazendo uso de indicadores para sua análise.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os resultados dos indicadores aplicados, verificando sua evolução temporal, tendências e/ou discrepâncias em relação às metas pactuadas;
- Avaliar o processo de contratualização entre instituição prestadora de serviço e contratante.

4 MÉTODO

4.1 ESTRATÉGIA DO ESTUDO

Estudo de caso, que objetivou avaliar o resultado da contratualização entre um hospital universitário e uma Secretaria Municipal de Saúde. Conforme conceituada por Gil (1989), a pesquisa de caráter exploratório visa ao aprimoramento, desenvolvimento de ideias, buscando maior familiaridade com a questão, a fim de torná-la mais explícita. Geralmente este tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico e documental, estudo de caso, sendo realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, como é o caso deste estudo, ao ser caracterizado como um estudo de caso do processo de contratualização do HU/UFJF.

Como objeto de análise do processo de contratualização do HU/UFJF foi tomado o contrato entre o HU/UFJF e a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – procedimentos ambulatoriais – utilizando indicadores para acompanhamento do contrato, propostos por D. M. Costa (2010).

4.2 SELEÇÃO DO CASO

Prestando assistência à saúde a mais de um milhão de habitantes de 37 municípios da Zona da Mata Mineira o Hospital Universitário da UFJF, conta atualmente com duas unidades de atendimento – Santa Catarina e Dom Bosco – e possui projeto de significativa expansão estrutural e de atendimento, em plena execução, com grande aporte de recursos públicos investidos na rede locorregional de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2009).

Devido a sua importância e representatividade na rede de atenção à saúde local e regional, justifica-se, portanto, sua escolha e a de seu processo de contratualização como objeto deste estudo de caso.

4.3 COLETA DE DADOS

Como o objetivo do estudo foi avaliar a contratualização do HU/UFJF com a SMS/JF, tomou-se como objeto de análise de desempenho o Convênio nº 001/2005 – assinado em 2005 entre o HU/UFJF e a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF) e o Termo Aditivo assinado em 2008, assim como os respectivos Planos Operativos Anuais (POA) 2005 e 2008. Em relação ao POA 2005 as informações foram coletadas através dos documentos impressos, enquanto que para o POA 2008, a coleta foi realizada através dos documentos impressos e em meio eletrônico (planilhas).

Inicialmente foi realizada a coleta dos dados da produção ambulatorial total do HU/UFJF referente ao período de estudo, de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Para tanto, recorreu-se à base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS/Datasus (o Departamento de Informática do SUS, disponível para livre acesso na internet), utilizando-se um de seus programas disponíveis para coleta de dados: o *TabWin (Tab para Windows)*.

Para a coleta de tais dados foram considerados basicamente os filtros: *Quantidade apresentada* (quantidade apresentada pela instituição prestadora) e *Produção ambulatorial*. Os dados foram agrupados em planilhas segmentadas por grupo, subgrupo e procedimento, sendo estas duas últimas mais utilizadas na manipulação e tratamento dos dados.

A compilação e tabulação dos dados coletados do SIA/SUS/Datasus foi realizada da seguinte forma:

- *Primeiro*: Seleciona-se o arquivo de definição Produção_2008.DEF. Este arquivo traz todas as definições da base de dados de Produção Ambulatorial do SIA-SUS desde do ano de 2008 até 2015.
- *Segundo*: Seleciona-se todos os arquivos PAMG.DBC de 2009 a 2013.
- *Terceiro*: A primeira consulta foi realizada para os procedimentos ambulatoriais do HU-UFJF
 - Na linha da tabela foi selecionado os Procedimentos conforme SIGTAP;
 - Na coluna da tabela foi selecionado o Mês de Processamento;
 - Como incremento a Quantidade Apresentada;
 - O filtro (seleção) utilizado foi o Estabelecimento por CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), no qual foi selecionado o Hospital Universitário da UFJF – CNES: 2118798;

• *Quarto*: A segunda consulta foi realizada para os códigos de CBO (Classificação Brasileira de Ocupações – do Ministério do Trabalho e Emprego) dos procedimentos de consultas especializadas realizadas no âmbito ambulatorial do HU-UFJF

- Na linha da tabela foi selecionado o código de CBO do Profissional que executou o procedimento;
- Na coluna da tabela foi selecionado o Mês de Processamento;
- Como incremento a Quantidade Apresentada;
- Como filtros (seleção) foi utilizado o Estabelecimento por CNES, no qual foi selecionado o Hospital Universitário da UFJF – CNES: 2118798, e o Procedimento, conforme SIGTAP, no qual foi selecionado os seguintes procedimentos (completar aqui com os procedimentos de consulta que utilizamos)

É importante esclarecer, que o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, por ser um hospital exclusivamente de atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), realiza o faturamento dos dados de produção ambulatorial através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS/Datasus), que é um sistema padronizado em âmbito nacional (seu faturamento é único e centralizado).

Portanto, os procedimentos pactuados no contrato celebrado na esfera estadual entre HU/UFJF e o Programa Viva Vida de Referência Secundária - através da SES/MG - constam nessa produção apurada do HU/UFJF no SIA/SUS/Datasus. O sistema não permite esta segmentação automática, caracterizando-se em um limitador do trabalho.

Entretanto, partindo da perspectiva de que o Programa Viva Vida é um programa de incentivo do governo estadual para atender às áreas assistenciais carentes da Macrorregião, o qual tem como objetivo o combate à mortalidade materno-infantil, entende-se que estes procedimentos pactuados com o referido programa podem ser considerados na análise deste trabalho, pois as metas pactuadas no seu contrato são estipuladas de acordo com as necessidades assistenciais e não por cota financeira. O valor programado para o Viva Vida é uma quantia global, não havendo pagamento por procedimento unitário e sim por metas atingidas, conforme a pactuação acordada entre as partes. Assim, cumpre esclarecer que tal programa funciona como um incentivo ao prestador (HU/UFJF).

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

4.4.1 Dados de produção ambulatorial

Os dados de produção ambulatorial coletados do SIA/SUS/Datasus foram tabulados em planilhas, manipulados, processados e analisados com o auxílio do programa do pacote *Microsoft Office 2007* (Excel 2007).

Os procedimentos foram agrupados conforme código de procedimento – segmentados por grupos e subgrupos – segundo a codificação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (também denominada mais comumente como Tabela SIGTAP ou Tabela Unificada SUS, do governo federal).

A Tabela SIGTAP ou Tabela Unificada SUS organiza-se numa estrutura composta por grupos, subgrupos, formas de organização e procedimentos, codificados em dez dígitos numéricos (BRASIL, 2007).

O Quadro 1 mostra a estrutura desta tabela, organizada por grupo de procedimento.

Quadro 1 – Estrutura da tabela de procedimentos, medicamentos e Órteses, Prótese e Medicamentos (OPM) do SUS, por grupos de procedimentos

Cód. Grupo	Grupo
01	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde
02	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica/Intervencionista
03	Procedimentos Clínicos
04	Procedimentos Cirúrgicos
05	Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células
06	Medicamentos
07	Órteses e Próteses e Materiais Especiais
08	Ações Complementares da Atenção à Saúde

Fonte: A autora. Adaptado de Brasil (2007)

Os dados de produção coletados mensalmente (SIA/SUS/Datasus) foram organizados por grupos e subgrupos de procedimentos para facilitar o cálculo dos indicadores, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Produção ambulatorial de procedimentos – apurada por subgrupos, 2009 a 2013

Descrição dos Grupos e Subgrupos de Procedimentos	Jan/2009	Fev/2009	...	Dez/2013	Total
GRUPO 01 – Ações de Promoção e Prevenção em Saúde					
0101 – Ações coletivas/individuais em saúde	0	0	...	5	36
Subtotal – Subgrupo do Grupo 01	0	0	...	5	36
GRUPO 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica					
0201 – Coleta de material	23	19	...	32	2.084
0202 – Diagnóstico em laboratório clínico	8.254	12.499	...	10.072	1.235.991
0203 – Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0	179	...	698	24.693
0204 – Diagnóstico por radiologia	156	212	...	1.151	46.570
0205 – Diagnóstico por ultrassonografia	9	46	...	124	19.771
0206 – Diagnóstico por tomografia	0	0	...	118	4.269
0207 – Diagnóstico por ressonância magnética	0	0	...	112	886
0209 – Diagnóstico por endoscopia	173	166	...	118	12.983
0211 – Métodos diagnósticos em especialidades	416	345	...	775	87.449
0212 – Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	10	10	...	8	520
Subtotal – Subgrupos do Grupo 02	9.041	13.476	...	13.208	1.435.216
GRUPO 03 – Procedimentos Clínicos					
0301 – Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.167	3.973	...	7.146	488.408
0302 – Fisioterapia	149	451	...	732	40.075
0303 – Tratamentos clínicos (outras especialidades)	47	106	...	42	5.232
0305 – Tratamento em nefrologia	1.232	1.126	...	889	48.397
0306 – Hemoterapia	5	5	...	7	280
0307 – Tratamentos odontológicos	0	0	...	0	1
0309 – Terapias especializadas	0	0	...	0	6
Subtotal – Subgrupos do Grupo 03	4.600	5.661	...	8.816	582.399
GRUPO 04 – Procedimentos Cirúrgicos					
0401 – Pequenas cirurgias e cir. de pele, tecido subcutâneo e mucosa	4	31	...	33	2.456
0404 – Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	2	0	...	0	73
0405 – Cirurgia do aparelho da visão	1	5	...	1	687
0406 – Cirurgia do aparelho circulatório	0	1	...	0	15
0407 – Cirurgia do ap. digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	8	6	...	24	1.073
0408 – Cirurgia do sistema osteomuscular	0	0	...	0	13
0409 – Cirurgia do aparelho geniturinário	9	8	...	4	338
0410 – Cirurgia de mama	2	0	...	1	28
0411 – Cirurgia obstétrica	0	0	...	0	8
0412 – Cirurgia torácica	0	0	...	0	1
0413 – Cirurgia reparadora	0	0	...	0	99
0414 – Bucomaxilofacial	8	0	...	0	107
0415 – Outras cirurgias	0	0	...	0	29

Continua

Conclusão

Descrição dos Grupos e Subgrupos de Procedimentos	Jan/2009	Fev/2009	...	Dez/2013	Total
GRUPO 04 – Procedimentos Cirúrgicos					
0417 – Anestesiologia	0	0	...	2	3
0418 – Cirurgia em nefrologia	2	3	...	7	264
Subtotal – Subgrupos do Grupo 04	36	54	...	72	5.194
GRUPO 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células					
0501 – Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	0	0	...	2	144
0506 – Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	8	3	...	6	320
Subtotal – Subgrupos do Grupo 05	8	3	...	8	464
GRUPO 07 – Órteses e Próteses e Materiais Especiais					
0702 – Órteses, próteses e materiais especiais rel. ao ato cirúrgico	28	28	...	42	2.014
Subtotal – Subgrupos do Grupo 07	28	28	...	42	2.014
TOTAL GERAL	13.713	19.222	...	22.151	2.025.323

Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

4.4.2 Variáveis e indicadores

Para definição das variáveis utilizadas na aplicação dos indicadores propostos por D. M. Costa (2010), foi realizada uma análise prévia do contrato entre HU/UFJF e a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, buscando sempre estabelecer a relação entre o efetivamente realizado (produção ambulatorial do HU) e o pactuado (contratado). As variáveis serão de cunho quantitativo, foco deste estudo, como o Quantitativo Distribuído dos Procedimentos Pactuados e o Total de Procedimentos Realizados, etc.

As variáveis foram definidas conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Lista de variáveis adotadas na aplicação de indicadores

Variáveis Adotadas na Aplicação de Indicadores
Lista de Procedimentos Realizados – é a soma (mensal ou anual) dos procedimentos realizados, em termos de lista de procedimentos.
Lista de Procedimentos Pactuados – é a soma dos procedimentos selecionados para pactuação (284 procedimentos ambulatoriais no caso do Total do HU – valor fixo).
Quantitativo Distribuído dos Procedimentos Realizados – é a soma da quantidade de cada procedimento realizado (distribuído por cada procedimento).
Quantitativo Distribuído dos Procedimentos Pactuados – é a soma da quantidade de cada procedimento pactuado (distribuído por cada procedimento – valor fixo).

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (2008)

Os quantitativos de procedimentos realizados em relação ao total pactuado deverão fornecer uma primeira análise sobre o comportamento dessas variáveis em relação ao comportamento de seus respectivos indicadores. A fim de obter uma visão mais ampliada (macro) foram levantados dados da produção ambulatorial como um todo, e para uma visualização mais detalhada (micro), foram levantados dados referentes aos grupos e subgrupos de procedimentos mais representativos – em termos de oferta de serviços e de volume de produção – e às consultas ambulatoriais, por cada especialidade.

Quanto à escolha e aplicação dos indicadores, houve a preocupação de que estes fossem representativos e capazes de estabelecer análises e discussões suficientes a respeito da contratualização, focado na relação entre prestador e gestor para a produção ambulatorial. O estudo de D. M. Costa (2010) mostrou-se eficiente na aplicação dos indicadores adotados neste estudo, motivando sua escolha.

No Quadro 3 estão os indicadores adotados, propostos por D. M. Costa (2010).

Quadro 3 – Indicadores adotados para acompanhamento do contrato

Indicadores Adotados para Acompanhamento do Contrato
Percentual sobre o Total de Procedimentos Pactuados (PTP): é o percentual do quantitativo de procedimentos (lista de procedimentos) realizados no período (mês ou ano) sobre o quantitativo de procedimentos pactuados no período pela instituição.
Meta deste Indicador: A meta primária estabelecida para este indicador é estar acima de 80% do total da lista de procedimentos pactuados, para alcançar um nível satisfatório, considerando os limitadores de contratualização e regulação. No caso do HU, o número de procedimentos pactuados é de 284 para ambulatorial e 30 para consultas especializadas; portanto, a meta é executar, respectivamente, acima de 227 procedimentos ambulatoriais e acima de 24 consultas por mês.

Possibilidade de Análise: Este indicador demonstra a capacidade da instituição em executar os procedimentos pactuados (capacidade de cumprir a lista de procedimentos contratualizados).
Cálculo do Indicador: $PTP = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de procedimentos realizados no período (lista)}}{\text{n}^\circ \text{ total de procedimentos pactuados (lista) no período}} \times 100$
Percentual do Quantitativo Distribuído (PQD): é o percentual da soma da quantidade distribuída dos procedimentos realizados no período (quantidade aberta, procedimento por procedimento) sobre a soma da quantidade distribuída de procedimentos pactuados no período (mês ou ano) pela instituição.
Meta deste Indicador: A meta primária estabelecida para este indicador é estar entre 90% e 110% da soma da quantidade distribuída dos procedimentos pactuados.
Possibilidade de Análise: A análise deste indicador fornece embasamento para avaliar se a distribuição do quantitativo dos procedimentos está de acordo com o estipulado no Plano Operativo Anual.
Cálculo do Indicador: $PQD = \frac{\sum \text{quantidade distribuída de procedimentos realizados no período}}{\sum \text{quantidade distribuída de procedimentos pactuados no período}} \times 100$

Fonte: A autora. Adaptado de D. M. Costa (2010)

O indicador PTP visa mostrar a capacidade da instituição em realizar os procedimentos contratualizados, ou seja, dentre a lista de procedimentos contratualizados, quantos destes o HU/UFJF está sendo capaz de executar. Na análise deste indicador, quanto mais próximo de 100% o indicador estiver, melhor ele traduzirá a capacidade da instituição prestadora em atender a lista de procedimentos pactuados, executando o maior número possível destes procedimentos. Este seria o ponto ótimo da instituição. Entretanto, considerando algumas dificuldades e limitações existentes – tanto na lógica atual da contratualização analisada, quanto nas falhas dos sistemas de informação de ambas as partes (contratante e contratado) e dos mecanismos limitados de regulação presentes na atualidade, considera-se como satisfatório um percentual de PTP acima de 80%, e como bom ou desejável, um percentual igual ou superior a 90%.

Já o indicador PQD busca avaliar a evolução da distribuição dos quantitativos de procedimentos realizados, comparando-os com os quantitativos pactuados de cada procedimento. Para sua análise, considera-se também como um bom desempenho um percentual próximo a 100%, sendo tolerável uma variação em torno de 10% para mais ou para menos, e que será tomada como uma meta primária.

Para análise da relação entre um indicador e outro (PTP e PQD), o cenário ideal é que os percentuais de ambos os indicadores estejam próximos de 100% e aproximados uns dos outros (em níveis próximos aos pactuados), o que denota equilíbrio entre a capacidade de

produção da lista de procedimentos e os quantitativos distribuídos destes procedimentos, que estão sendo executados pelo prestador.

Esta seria a relação ideal entre os indicadores, situação de pleno equilíbrio, que denotaria a eficiência da contratualização, dos serviços e metas pactuados.

Assim, o acompanhamento dos indicadores que foram aplicados subsidiará o desenvolvimento das análises e discussões estabelecidas, a fim de verificar sua evolução. As discussões deverão considerar ainda a literatura de referência, com o intuito de enriquecê-las.

A Tabela 4 mostra os valores de pactuação utilizados no cálculo dos indicadores com a descrição de alguns dos procedimentos realizados em cada um dos subgrupos de procedimentos.

Tabela 4 – Quantitativos contratualizados e descrição de procedimentos realizados

Divisão por Grupos e Subgrupos / Descrição de Procedimentos	Contratualizado	
	Qtde. Lista	Qtde. Distrib.
Grupo 02: Procedimentos com finalidade diagnóstica	234	15.747
01 Coleta de material Biópsias (de fígado, medula óssea, etc.)	7	83
02 Diagnóstico em laboratório clínico Dosagens (colesterol, glicose, etc.); determinações de curva (glicêmica, ferro, etc.); hemograma	120	13.650
03 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia Citopatologia oncológica e anatomopatológicos	6	272
04 Diagnóstico por radiologia Radiografias de crânio, coluna, etc.; escanometria	42	544
05 Diagnóstico por ultrassonografia Ultrassonografias diversas (de abdômen, tórax, etc.)	12	160
06 Diagnóstico por tomografia computadorizada Tomografias (abdômen, crânio, coluna, tórax, etc.)	12	113
07 Diagnóstico por ressonância magnética Ressonâncias (crânio, coluna, tórax, etc.)	13	73
09 Diagnóstico por endoscopia Endoscopias (digestiva, laringoscopia, etc.)	4	212
11 Métodos diagnósticos em especialidades Teste de esforço, monitorização de pressão arterial, etc.	18	640
Grupo 03: Procedimentos Clínicos	22	6.372
01 Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos Consultas especializadas (médicas e não médicas)	2	4.631
02 Fisioterapia Atendimentos fisioterapêuticos diversos	14	1.535
03 Tratamentos clínicos (outras especialidades) Pulsoterapia, cauterização de pequenas lesões, infiltração, etc.	6	206
TOTAL (Soma dos Grupos 02 e 03)	256	22.119

Fonte: A autora. Adaptado de Universidade Federal de Juiz de Fora (2008)

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, define-se pesquisa envolvendo seres humanos como aquela que “individual ou coletivamente tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta”, devendo ser submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 2013, p. 2). Como o presente estudo não se caracteriza em uma pesquisa realizada em seres humanos, se considera dispensável a sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Entretanto, ainda assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) e foi aprovado através do Parecer Consubstanciado nº 844.955/2014 (Anexo A) e pelo CEP do HU/UFJF (instituição coparticipante) através do Parecer Consubstanciado nº 888.632/2014 (Anexo B). Foi solicitada ainda a autorização expressa da Direção Geral e da Direção Administrativa do HU/UFJF (Anexos C e D) para o acesso aos dados necessários a sua realização.

Foi solicitada também autorização verbal à Fundação de Apoio ao Hospital Universitário da UFJF (FHU) para acesso aos contratos/convênios firmados e demais documentos afetos às relações estabelecidas entre SES/MG, HU/UFJF, município de Juiz de Fora e o Centro Viva Vida de Referência Secundária no município de Juiz de Fora, para levantamento de informações utilizadas no estudo.

5 RESULTADOS

Primeiramente os resultados encontrados foram analisados sob uma perspectiva da produção ambulatorial total do HU/UFJF, no período considerado, proporcionando uma visão macro do desempenho da instituição.

Posteriormente, a análise da contratualização se aprofundou, detalhando os resultados encontrados, desdobrando-os num primeiro nível de detalhamento – o dos grupos de procedimentos – iniciando então uma abordagem micro do desempenho da instituição e calculando indicadores anuais.

Dando seqüência a essa abordagem mais apurada, buscou-se um aprofundamento ainda maior dos resultados, segmentando-os num segundo nível de detalhamento – o dos subgrupos de procedimentos – com indicadores anuais. O subgrupo de maior representatividade de cada grupo considerado foi pormenorizado ainda mais, numa análise mensal, a fim de poder ser observada ainda a questão da sazonalidade tão presente na realidade do HU/UFJF.

Os resultados apurados e que foram considerados foram organizados conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Produção ambulatorial considerada na análise (subgrupos de procedimentos)

Grupos e subgrupos de procedimentos	Jan/2009	Fev/2009	...	Dez/2013	Total
Grupo 2					
Subgrupo de Procedimentos					
0201-Coleta de material	23	19	...	32	2.084
0202-Diagnóstico em laboratório clínico	8.254	12.499	...	10.072	980.971
0203-Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0	179	...	698	24.693
0204-Diagnóstico por radiologia	156	212	...	1.151	46.570
0205-Diagnóstico por ultrassonografia	9	46	...	124	19.771
0206-Diagnóstico por tomografia	0	0	...	118	4.269
0207-Diagnóstico por ressonância magnética	0	0	...	112	886
0209-Diagnóstico por endoscopia	173	166	...	118	12.983
0211-Métodos diagnósticos em especialidades	416	345	...	775	87.449
0212-Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	10	10	...	8	520
Subtotal	9.041	13.476	...	13.208	1.180.196

Continua

Conclusão

Grupos e subgrupos de procedimentos	Jan/2009	Fev/2009	...	Dez/2013	Total
Grupo 3					
Subgrupo de Procedimentos					
0301-Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos	3.167	3.973	...	7.146	488.408
0302-Fisioterapia	149	451	...	732	40.075
					Continua
Conclusão					
Grupos e subgrupos de procedimentos	Jan/2009	Fev/2009	...	Dez/2013	Total
Grupo 3					
0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	47	106	...	42	5.232
0305-Tratamento em nefrologia	1.232	1.126	...	889	48.397
0306-Hemoterapia	5	5	...	7	280
0307-Tratamentos odontológicos	0	0	...	0	1
0309-Terapias especializadas	0	0	...	0	6
Subtotal	4.600	5.661	...	8.816	582.399
Total geral	13.641	19.137	...	22.024	1.762.595

Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Na Tabela 5, pode ser observado que somente os subgrupos pertencentes aos grupos 02 e 03 foram mantidos, sendo considerados então para a análise detalhada dos resultados. Assim, na análise por grupos e subgrupos de procedimentos, foram descartados os dados dos grupos 01 (Ações de Promoção e Prevenção em Saúde), 04 (Procedimentos Cirúrgicos), 05 (Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células) e 07 (Órteses e Próteses e Materiais Especiais), pois alguns nem constavam na contratualização (01, 05 e 07) e somados, todos estes grupos juntos apresentaram baixa representatividade, tanto no contrato (grupo 04), quanto na produção apresentada no período (grupos 01, 04, 05 e 07).

5.1 ANÁLISE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL TOTAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Para análise da produção ambulatorial total do HU/UFJF foi considerada a produção total apresentada, ou seja, foram considerados todos os dados de produção coletados – ver Tabela 3 – incluindo os dos grupos de procedimentos 01, 04, 05 e 07 (desconsiderados na análise detalhada).

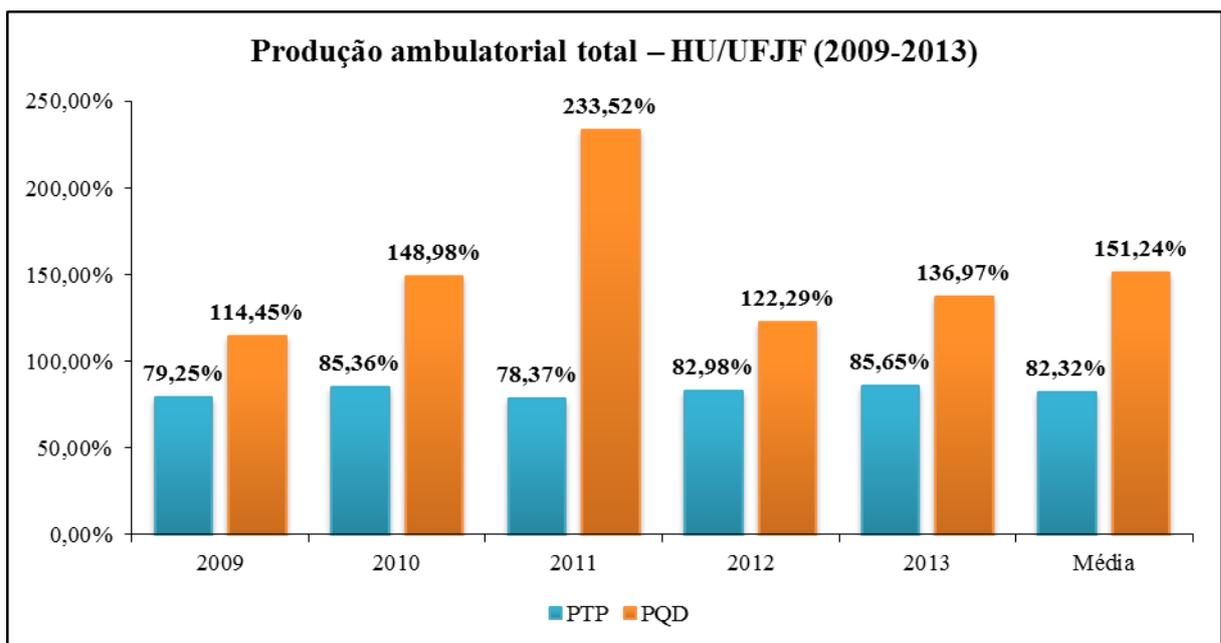
Foram tomados como referência, para cálculo dos indicadores, os seguintes quantitativos pactuados por mês: 284 procedimentos da lista (para cálculo do indicador PTP) e 22.319 procedimentos distribuídos (para cálculo do indicador PQD), conforme Quadro 1. Esta pactuação mensal foi transformada em anual, tendo em vista que o cálculo dos indicadores foi anual dentro do período considerado.

O Gráfico 1 mostra os indicadores anuais PTP e PQD calculados para a produção ambulatorial total do HU/UFJF, no período de 2009 a 2013.

O indicador PTP visa mostrar a capacidade da instituição prestadora em realizar os procedimentos da lista contratualizados, sendo assim, os procedimentos sem produção (não realizados), não são contabilizados para efeito do cálculo do indicador. Para sua análise, considera-se tanto melhor quanto mais próximo a 100% ele estiver.

Na análise detalhada dos subgrupos de procedimentos, alguns subgrupos dispunham de uma lista pequena de procedimentos pactuados (uma lista de 2 ou três procedimentos, por exemplo), o que impactou um pouco mais no cálculo do indicador PTP (qualquer procedimento da lista que não fosse executado, influenciaria muito na queda do PTP), e o que se constitui numa limitação do trabalho.

Gráfico 1 – Produção ambulatorial total do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (2009-2013)



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Analisando o Gráfico 1, percebe-se que o PTP mostra-se abaixo de 100% em todos os anos do período, apresentando valor mínimo de 78,37% em 2011, valor máximo de 85,65% em 2013, e valor médio anual de 82,32% para o referido período. Tais indicadores mostram ainda ligeira tendência de crescimento a partir do ano de 2012, o que é visto como positivo, pois aponta uma melhor performance em relação à realização dos procedimentos pactuados. Ou seja, no período analisado, a instituição não cumpriu a totalidade da lista de procedimentos contratualizados em nenhum ano, sendo capaz de cumprir, em média, cerca de 82% da lista dos procedimentos pactuados com o município de Juiz de Fora, com tendência a pequena melhora nos últimos dois anos, denotando um desempenho relativamente satisfatório neste quesito.

Já o indicador PQD, visa avaliar se a distribuição dos quantitativos dos procedimentos está de acordo com o determinado no Plano Operativo Anual. Para sua análise, considera-se também como um bom desempenho um percentual próximo a 100%, com tolerância de 10% a mais ou a menos.

No Gráfico 1, o PQD mostra-se sempre acima de 100% em todos os anos considerados. Assim, o ano de menor produção (em termos de quantitativos distribuídos) foi em 2009, com PQD de 114,45% e o ano de maior produção foi em 2011, mostrando um pico de 233,52% do PQD. Isto significa que a instituição, entre os procedimentos que ela produziu no período estudado, apresentou produção bastante elevada, sempre acima do contratualizado, com valor médio anual do PQD de 151,24%.

Na análise da relação entre os indicadores, o ideal é que ambos estejam próximos entre si e aproximados de 100%. Relacionando o PTP com o PQD apresentado no Gráfico 1, estes se mostram distantes uns dos outros, o que significa que, no período analisado, o percentual da lista de procedimentos realizados (PTP) foi mais baixo se comparado com o percentual de quantitativo distribuído de procedimentos realizados (PQD) – este, por sua vez, mostra-se muito elevado – o que também não é positivo. Portanto, o HU/UFJF produziu boa parte dos procedimentos pertencentes à lista de procedimentos pactuados – média anual de 82%, estando num nível satisfatório e com leve melhora nos dois últimos anos – mas em quantitativos distribuídos por procedimentos muito elevados, com produção excedente acima do pactuado em todo o período.

O ano de maior destaque negativo na relação entre os indicadores foi o de 2011, com maior discrepância apresentada entre eles (pior desempenho do PTP e maior percentual do PQD). O ano de melhor relação entre eles foi o de 2009, seguido por 2012, em que os indicadores se apresentam mais aproximados um do outro, denotando uma distribuição um

pouco mais uniforme, mais em equilíbrio entre o rol (lista) de procedimentos pactuados e a quantidade distribuída destes procedimentos. Nos demais anos, este relativo equilíbrio se desfaz devido aos elevados percentuais do PQD, ou seja, à alta produção excedente dos quantitativos distribuídos de procedimentos.

5.2 DETALHANDO A PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Para maior profundidade na análise dos dados apurados, esta será subdividida em grupos e subgrupos de procedimentos separadamente. Inicialmente será analisado o desempenho dos grupos e em seguida, o desempenho dos subgrupos de cada grupo.

5.2.1 Análise do desempenho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora por grupos de procedimentos

Conforme pode ser observado na Tabela 5, na análise dos grupos e subgrupos foi considerada somente a produção daqueles procedimentos pertencentes aos grupos 02 (Procedimentos com Finalidade Diagnóstica) e 03 (Procedimentos Clínicos).

O cálculo dos indicadores foi anual no período, bem como os números pactuados considerados.

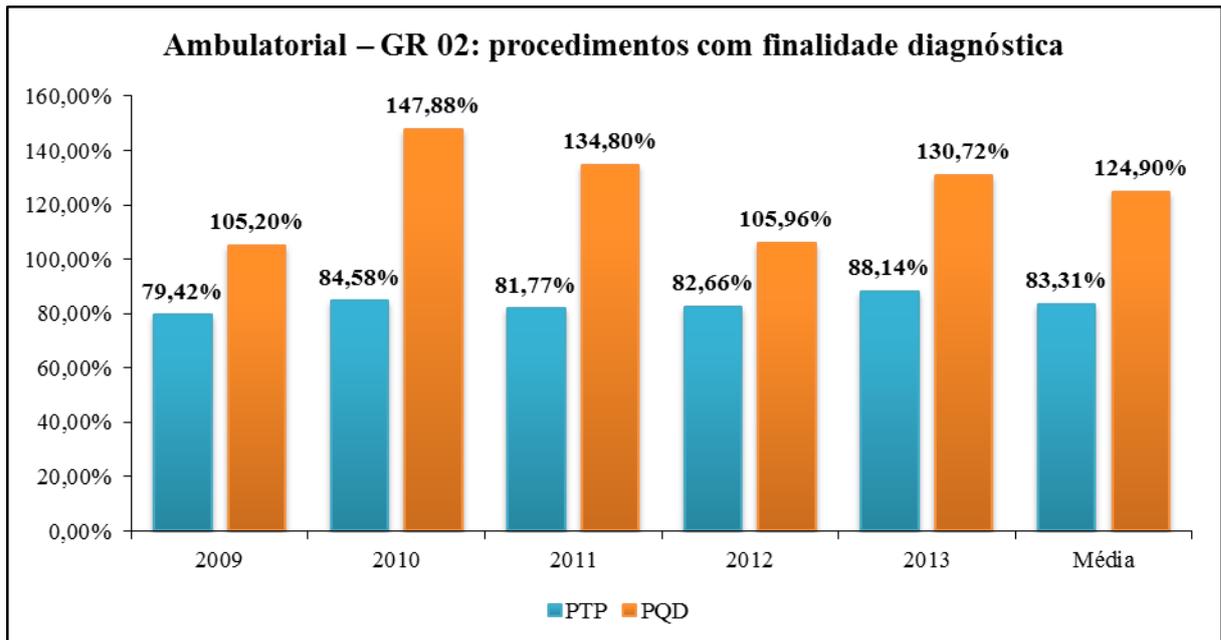
5.2.1.1 Análise dos resultados do grupo 02: procedimentos com finalidade diagnóstica

O grupo 02 possui expressiva representatividade na produção ambulatorial total do HU/UFJF, representando pouco mais de 70% de sua produção total no período pesquisado. Englobando procedimentos diagnósticos como os exames laboratoriais, radiografias e endoscopias em seus diversos subgrupos, que serão detalhados a seguir, este grupo é composto por 234 procedimentos da lista (número usado para composição do indicador PTP)

e 15.747 procedimentos distribuídos (número utilizado na composição do indicador PQD) mensalmente na contratualização entre HU/UFJF e SMS/JF.

O Gráfico 2 mostra o desempenho deste grupo.

Gráfico 2 – Ambulatorial – Grupo 02: procedimentos com finalidade diagnóstica



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

No Gráfico 2, pode-se observar que o PTP está abaixo de 100% em todos os anos, mas apresenta percentual razoável de cumprimento dos procedimentos da lista, mostrando, inclusive, média anual de 83,31% deste indicador, estando ligeiramente acima da média apresentada na produção total da instituição: 82,32% (Gráfico 1). O ano de melhor desempenho foi 2013 (88,14%) e o de pior desempenho foi 2009 (79,42%), havendo pequena melhora no desempenho dos dois últimos anos.

Os percentuais do PQD apresentam-se acima de 100% em todos os anos estudados – o que não é desejável – com média anual de 124,91%, porém, mostram-se menos elevados que os percentuais apresentados na produção total do hospital. Ou seja, na distribuição dos procedimentos executados pelo hospital, sua produção se mantém elevada nos procedimentos referentes ao grupo 02, contudo menos acentuada que no desempenho geral da instituição. O percentual PQD mais elevado foi em 2010 (147,88%) e nos anos de 2009 e 2012 o PQD mostrou-se pouco acima de 100%, significando melhor resultado, nesta

situação, e ainda que o grupo 02 contribui em menor grau para a produção excedente no desempenho geral da instituição (PQD).

Os valores entre os indicadores apresentam-se menos discrepantes também, se comparados com aqueles do desempenho geral da instituição (Gráfico 1), denotando uma distribuição com valores um pouco menos distantes entre si (relação um pouco menos heterogênea entre eles). Desta forma, a melhor relação apresentada entre a capacidade de produção dentre os procedimentos da lista e a distribuição dos quantitativos produzidos pode ser encontrada no ano de 2012, seguida por 2009, em que os indicadores estão mais aproximados uns dos outros (tendendo mais ao equilíbrio).

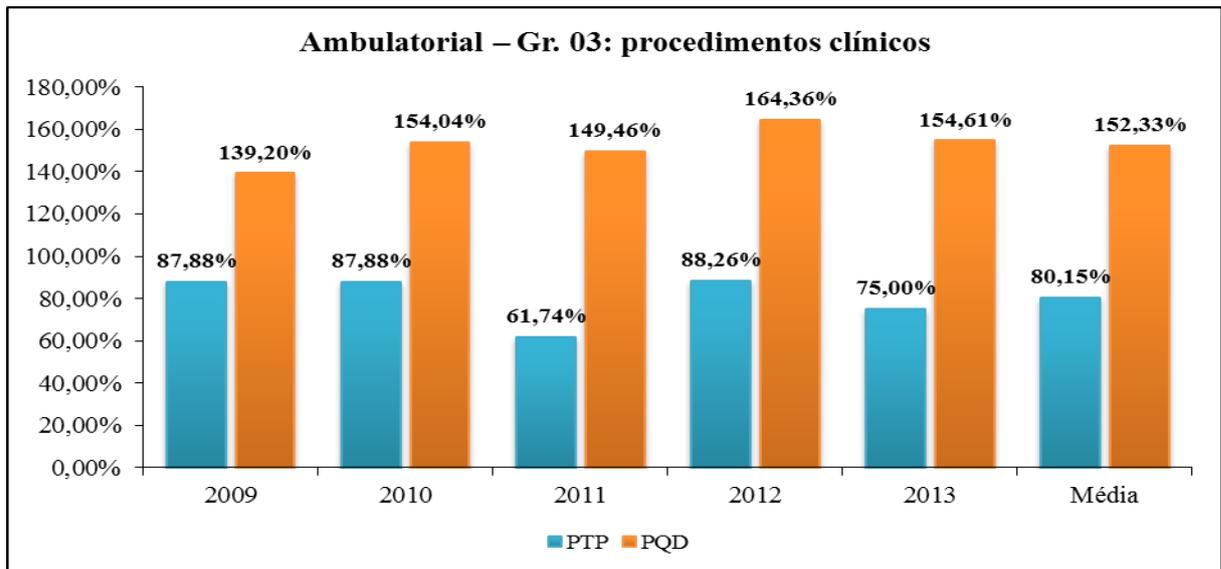
5.2.1.2 Análise dos resultados do grupo 03: procedimentos clínicos

O grupo 03 é o segundo grupo de maior representatividade na contratualização e na produção apurada, representando em torno de 29% do total da produção ambulatorial do hospital levantada no período.

Sua contratualização engloba procedimentos como as consultas especializadas (subgrupo 0301), fisioterapia (subgrupo 0302) e tratamentos clínicos de outras especialidades (subgrupo 0303). Porém, a produção levantada e considerada na análise do grupo abrange ainda procedimentos dos seguintes subgrupos: 0305 (tratamento em nefrologia); 0306 (hemoterapia); 0307 (tratamentos odontológicos); 0309 (terapias especializadas). Na análise detalhada por subgrupos não foi possível considerar estes últimos, já que não foram contratualizados.

O Gráfico 3 mostra o desempenho do grupo com os indicadores calculados.

Gráfico 3 – Ambulatorial – Grupo 03: Procedimentos Clínicos



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

No Gráfico 3, o PTP apresenta-se bem abaixo de 100% em dois anos do período – 61,74% em 2011 e 75% em 2013 – mas mostra média anual de 80,15% e nos demais anos do período este indicador se mantém em torno de 88%, mostrando assim, capacidade satisfatória de execução da lista de procedimentos pactuados anualmente na maior parte do período.

O PQD oscila um pouco no período, mas sem grandes picos e sempre acima de 100%, com percentual anual médio de 152,33%, considerado alto e não recomendável, neste caso. O ano de produção mais elevada foi 2012 (164,36%) e o de menor produção foi 2009 (139,20%). Este alto percentual do PQD poderá ser melhor visualizado no detalhamento dos subgrupos, momento em que será possível identificar que subgrupo(s) do grupo está (ão) contribuindo mais ou menos para que isso ocorra.

Os indicadores mostram-se mais oscilantes e distantes entre si, numa relação mais discrepante ou menos equilibrada, e que se destaca de forma mais acentuada nos anos de 2011 e 2013. Compreende-se, portanto, que, em relação ao desempenho do grupo 03 no período, o HU/UFJF cumpriu um número satisfatório de procedimentos da lista na maior parte do período, mas abaixo da meta em dois anos (2011 e 2013), e, dentre estes procedimentos que foram executados, o HU produziu quantitativos distribuídos elevados, reafirmando a mesma situação anterior (excedente de produção) relatada na análise da produção ambulatorial total do hospital e do grupo 02.

5.2.1.3 Comparando os dois grupos (grupos 02 e 03)

Comparando o desempenho entre os dois grupos (02 e 03), observa-se que, de maneira geral, o grupo 02 apresenta uma distribuição menos variável no período e com melhor relação entre os indicadores, ou seja, uma relação com maior tendência ao equilíbrio entre o cumprimento dos procedimentos da lista de procedimentos pactuados e a produção dos quantitativos distribuídos. Embora o PTP do grupo 03 tenha sido superior ao do grupo 02, nos anos de 2009, 2010 e 2012, este indicador mostrou-se mais estável no grupo 02 e apresentou maior valor médio 83,31%, contra o percentual de 80,15% do grupo 03, o que, neste caso, é considerado melhor. O indicador PTP no grupo 03 apresentou quedas mais acentuadas nos anos de 2011 (61,74%) e 2013 (75%) influenciando na queda do percentual médio do grupo 03 no período (80%).

Em relação ao indicador PQD, o grupo 03 apresentou maiores percentuais em relação ao grupo 02 em todo o período estipulado. Porém, considerando que, neste caso, maior percentual não é entendido como melhor desempenho, aqui novamente o grupo 02 mostrou melhor desempenho comparativamente ao grupo 03, pois apresentou menor produção excedente dos quantitativos distribuídos de procedimentos.

Considerando o desempenho dos dois grupos no contexto da instituição, conclui-se que, se por um lado, o grupo 03 contribuiu com maiores percentuais no cumprimento da lista de procedimentos (PTP), na maioria dos anos considerados, também produziu quantitativos distribuídos (PQD) muito acima do pactuado, contribuindo mais expressivamente na produção excedente demonstrada no total da produção da instituição. Por outro lado, o grupo 02 mostrou-se mais estável no cumprimento da lista de procedimentos ao longo do período analisado (PTP), e com menor produção excedente (PQD) – contribuindo menos no excedente de produção ambulatorial total apresentado pela instituição – e melhor relação entre um indicador e outro, demonstrando de maneira geral, um comportamento mais estável e mais próximo ao equilíbrio, se comparado ao grupo 03. Pode-se notar ainda a influência que os dois grupos tiveram no ano de pior desempenho geral da instituição (2011), e neste caso, o grupo 03 contribuiu consideravelmente na queda do PTP e alta do PQD.

5.2.2 Análise do desempenho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora por subgrupos de procedimentos

A fim de detalhar ainda mais a análise da produção ambulatorial pesquisada, serão abordados inicialmente os resultados dos subgrupos de procedimentos do grupo 02 e posteriormente os do grupo 03.

5.2.2.1 Análise dos subgrupos do grupo 02

Para esta análise foram considerados os subgrupos de procedimentos do grupo 02, conforme disposto na Tabela 4. Entretanto, não foi possível calcular os indicadores para o subgrupo 0212 (Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia), pois aqueles procedimentos não estavam contratualizados, muito embora tenham apresentado produção no período analisado. O mesmo ocorreu com alguns subgrupos do grupo 03, que serão abordados adiante. O cálculo dos indicadores somente se torna possível com a existência da produção e da contratualização, já que estes estabelecem sempre esta relação entre produzido e contratualizado (pactuado).

Tal ocorrência comprova que a entidade prestadora por vezes, realiza procedimentos que nem constam na lista de procedimentos contratualizados com o gestor municipal de saúde, apresentando produção excedente também neste sentido.

5.2.2.1.1 Subgrupo 0201 – coleta de material

Os procedimentos deste subgrupo englobam as biópsias (de fígado, medula óssea, entre outras). O cálculo dos indicadores foi anual, tomando-se para tanto, as produções anuais e os quantitativos pactuados mensalmente foram transformados em anuais. Assim foi feito em todas as análises com cálculo de indicadores anuais.

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode ser verificado no Apêndice A – Subgrupo 0201 – coleta de material.

Na análise do indicador PTP, o subgrupo demonstra alguma capacidade de cumprimento da lista de procedimentos, estando no limite de alcance da meta primária, mas

não chegando a atingi-la. O percentual médio é de 80% e os melhores resultados foram alcançados em 2009 (95%) e 2012 (83%); o pior resultado foi em 2011 (59%). No quantitativo distribuído, o PQD mostra-se bem abaixo do PTP, denotando baixa produção em todo o período – maior percentual em 2012 (53%), pior em 2009 (22%) e percentual médio de 42%. A relação entre ambos é ruim (divergente), significando que neste subgrupo a capacidade de realização da lista de procedimentos apresentou-se um pouco baixa no período, de maneira geral – e embora tenha atingido níveis satisfatórios em 2010, 2012 e 2013 – porém, com baixa produção destes procedimentos que estão sendo executados (baixa produção dos quantitativos distribuídos).

5.2.2.1.2 *Subgrupo 0202 – diagnóstico em laboratório clínico*

Este subgrupo é o maior subgrupo da contratualização e o de maior representatividade do grupo 02, em termos de volume de procedimentos, representando 83% de sua produção, e por isso será ainda mais pormenorizado.

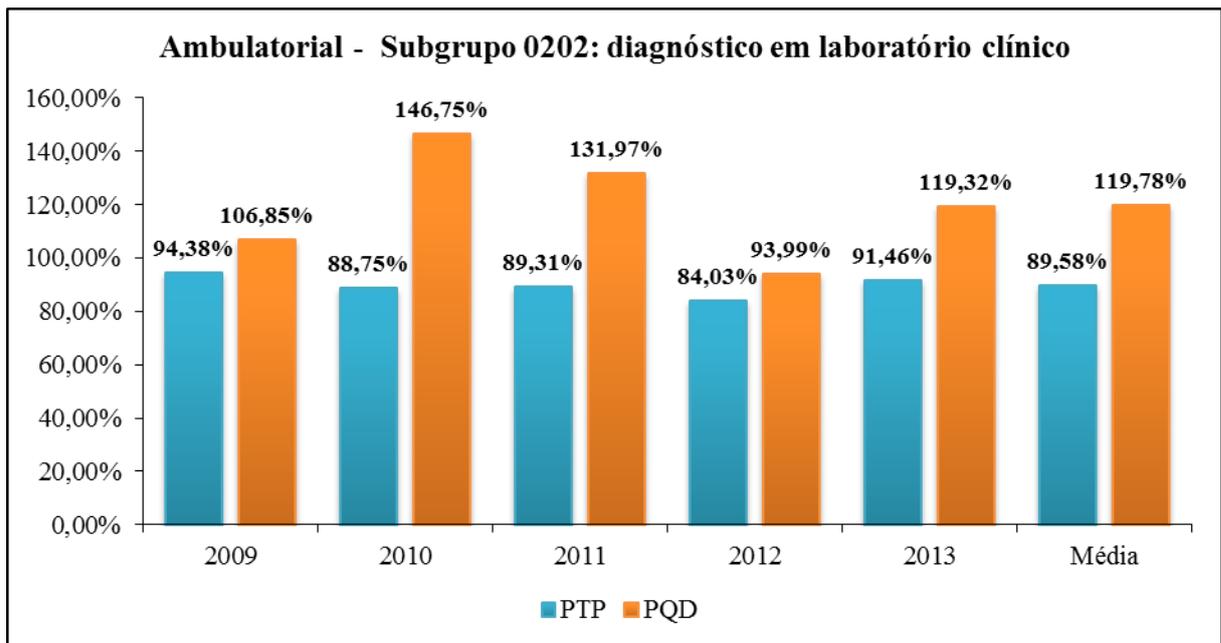
Durante a tabulação dos dados coletados, o subgrupo 0202 (Diagnóstico em laboratório clínico) destacou-se no mês de março de 2011, apresentando produção elevadíssima, destoando dos demais meses e demais procedimentos. Após verificação, constatou-se ter ocorrido um lançamento muito alto neste mês para um determinado procedimento (código: 0202020096 – determinação de tempo de sangramento – DUKE), o que destoava demais de toda a tendência apresentada por ele, portanto, tal dado foi desprezado (a célula foi zerada naquele mês). Possivelmente o ocorrido talvez tenha sido causado por um lançamento errôneo na base de dados Datasus.

Primeiramente será analisado o desempenho do subgrupo anualmente (Gráfico 4) e posteriormente mensalmente (gráficos apresentados no Apêndice A, Subgrupo 0202 – diagnóstico em laboratório clínico, nos anos de 2009 a 2013), para melhor visualização da evolução mês a mês dos indicadores em cada ano do período considerado.

Analisando o Gráfico 4, com cálculo anual dos indicadores, constata-se percentuais do PTP de razoável a satisfatório com bom percentual de cumprimento da lista de procedimentos – melhor resultado em 2009 (94%), pior em 2012 (84%) e média de 90%. O indicador PQD mostra percentuais não tão elevados de maneira geral – apresenta média anual de 119% no período de estudo, valores aproximados de 100% nos anos de 2009 (106,85%), e 2013 (119,32%), e valores mais elevados em 2010 (146,75%) e 2011 (131,97%). Os

indicadores PTP e PQD demonstram uma relação mais equilibrada, na maior parte do período, com melhores resultados em 2009, 2012 e 2013, e piores nos anos de 2010 e 2011 – onde os percentuais do PQD foram os mais elevados.

Gráfico 4 – Ambulatorial – Subgrupo 0202: diagnóstico em laboratório clínico



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Este subgrupo contribui de maneira um pouco mais equilibrada e menos destoante no total da produção ambulatorial do hospital, favorecendo para o estabelecimento de um cenário tendente ao equilíbrio na instituição prestadora – inclusive nos dois últimos anos – visto que os procedimentos referentes ao subgrupo atendem a bons níveis de percentual da lista de procedimentos e em quantidades próximas ou um pouco excedentes às pactuadas (excedendo principalmente nos anos de 2010 e 2011).

Para que se mantivesse constante este relativo equilíbrio alcançado na maioria do período, seria necessário um maior controle e acompanhamento da produção – tanto em termos da lista de procedimentos executados, quanto dos quantitativos distribuídos destes procedimentos – através de um monitoramento mais efetivo dos indicadores de desempenho, viabilizando as tomadas de decisão e ação, sempre que necessárias adequações e correções no decorrer do caminho.

5.2.2.1.3 *Subgrupo 0203 – diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia*

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0203 – diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia, mostra valores bem inferiores para o indicador PTP, o que não é considerado positivo, pois pode demonstrar dificuldade ou incapacidade da instituição em cumprir com a lista de procedimentos pactuados, e o que sugere necessidade de revisão desta pactuação. O melhor desempenho neste sentido foi atingido no ano de 2013 (79,17%), o pior desempenho foi em 2010 (52,78%) e o percentual médio anual do PTP foi 67,22%, um valor que pode ser considerado baixo.

Entretanto, o PQD apresenta-se acima de 100% em todo o período analisado – percentual médio de 151,31%, menor valor em 2009 (135%) e maior em 2013 (165%) – mostrando novamente produção excedente entre os poucos procedimentos da lista que estão sendo executados, reafirmando a tendência dessa ocorrência no desempenho da instituição como um todo.

A relação entre os indicadores não é boa, mostrando desequilíbrio, pois há baixo cumprimento da lista de procedimentos pactuados, mas em grandes quantidades destes, o que não é recomendável. Tal fato alerta para a necessidade de reavaliação da contratualização feita para os procedimentos pertencentes a este subgrupo. Evidencia-se a necessidade de diálogo entre Chefia de serviço, equipe de colaboradores e a direção do hospital, num primeiro momento, para efetuar os ajustes necessários, e após, propor novas sugestões ao gestor municipal para novas discussões e renegociação neste sentido.

5.2.2.1.4 *Subgrupo 0204 – diagnóstico por radiologia*

O subgrupo 0204 é composto por procedimentos radiológicos como radiologias de crânio, coluna, tórax, etc., escanometria, entre outros. O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0204 – diagnóstico por radiologia e, com sua análise, tem-se que o subgrupo mostra baixa capacidade de cumprimento da lista de procedimentos (média de 77%, maior percentual PTP em 2012: 80% e demais em torno de 70%), mas em quantidades elevadas destes (PQD crescente no período e com maior resultado em 2013: 245,48%).

Neste subgrupo, os baixos percentuais de cumprimento da lista (PTP) talvez possam ser atribuídos a questões relacionadas à demanda, tendo em vista que estes procedimentos não são agendados, mas sim realizados no setor conforme demanda espontânea, em sua maioria advinda dos ambulatórios de consultas (principalmente da especialidade de ortopedia).

5.2.2.1.5 Subgrupo 0205 – diagnóstico por ultrassonografia

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0205 – diagnóstico por ultrassonografia e a análise dos indicadores denota situação um pouco diferente para este subgrupo, com o percentual de cumprimento da lista de procedimentos acima de 100% na maioria do período – e em movimento de elevação – e percentuais ainda maiores da quantidade distribuída dos procedimentos, mostrando relação desequilibrada entre ambos. O PTP apresenta maiores percentuais em 2012 (128%) e 2013 (127%), já o PQD apresenta-se muito alto e em elevação – maiores percentuais em 2013 (295%) e 2012 (260%), e média percentual de 206%.

O gráfico mostra curva ascendente para ambos os indicadores, que se elevam um pouco mais a cada ano do período considerado.

5.2.2.1.6 Subgrupo 0206 – diagnóstico por tomografia computadorizada

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0206 – diagnóstico por tomografia computadorizada e a análise mostra, para este subgrupo, uma relação sem grandes contrastes entre os indicadores, muito embora estes estejam em níveis um pouco baixos no período. O subgrupo realiza pequena parte dos procedimentos da lista e em quantidades distribuídas por procedimento abaixo do pactuado em todo o intervalo do estudo.

O baixo percentual de PTP – média de 63%, maior resultado em 2011 (70%) e menor em 2012 (54%) – não necessariamente demonstra uma incapacidade do serviço em executar os procedimentos, mas talvez a causa possa ser atribuída à necessidade de aperfeiçoamento ou falhas nos mecanismos de agendamento e regulação, tendo em vista que o

gestor municipal é quem gerencia esta agenda e preenche as vagas conforme sua conveniência e/ou necessidade.

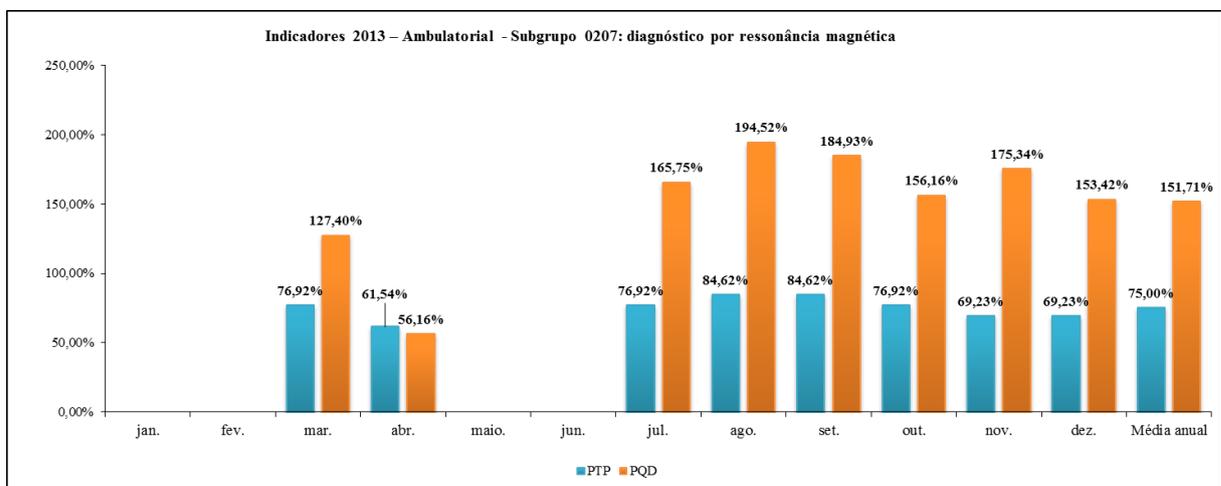
5.2.2.1.7 Subgrupo 0207 – diagnóstico por ressonância magnética

Este subgrupo teve sua análise mensal, pois sua produção começou a ser contabilizada no Datasus somente a partir de março de 2013, embora existam registros internos de produção a partir de 2009, no serviço de imagem e radiologia do HU/UFJF (com oferta de 73 procedimentos mensais pactuados com o município de Juiz de Fora).

Interessante ressaltar ainda que não houve lançamento de produção nos meses de maio e junho de 2013. Alguns fatores podem ter causado tal situação, como possíveis problemas na manutenção do equipamento, falhas no faturamento ou lançamento (subnotificação de produção).

O Gráfico 5 mostra o desempenho do subgrupo. Seus indicadores revelam uma relação em desequilíbrio, com percentuais baixos da capacidade de execução dos procedimentos da lista pactuada na maior parte dos meses – melhores resultados do PTP em agosto e setembro (84,6%), e média de 75% – juntamente com a ocorrência de altos percentuais das quantidades distribuídas destes procedimentos que estão sendo executados – PQD mais elevado em agosto (194,5%) e setembro (185%) e menor em abril (56%).

Gráfico 5– Ambulatorial – Subgrupo 0207: diagnóstico por ressonância magnética



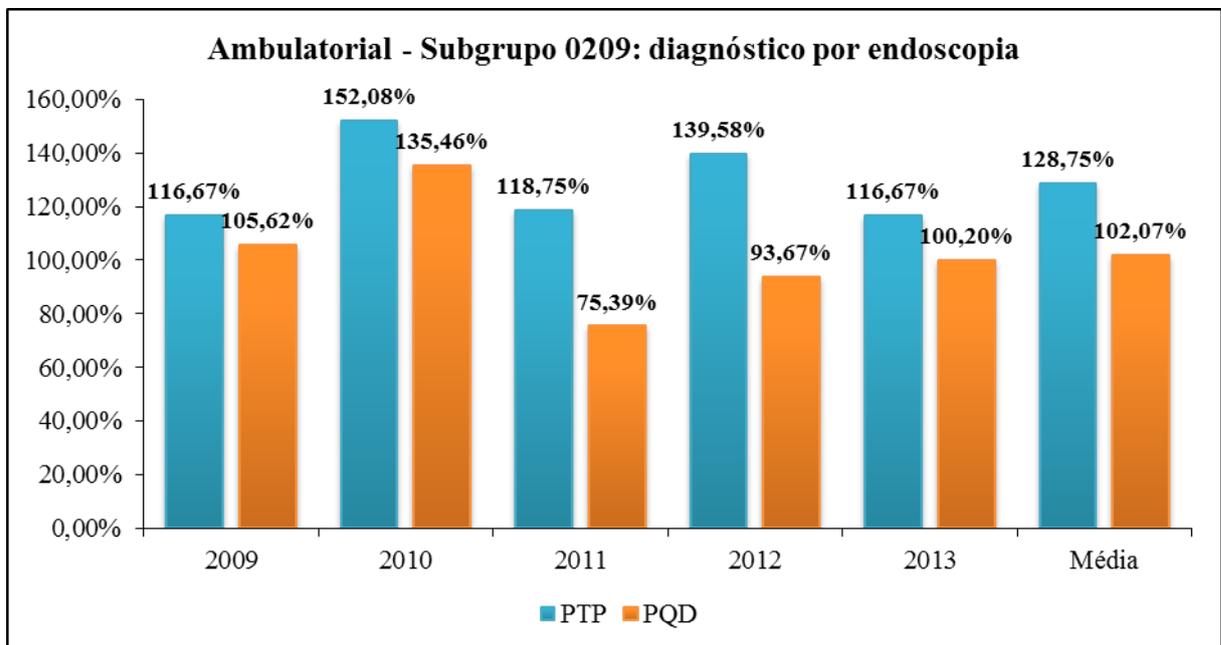
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

5.2.2.1.8 Subgrupo 0209 – diagnóstico por endoscopia

A análise do Gráfico 6 deste subgrupo mostra um cenário interessante, com a ocorrência de percentuais PTP mais elevados que os percentuais PQD. Ou seja, em todo o período considerado neste subgrupo, executou-se uma lista de procedimentos além do pactuado e em quantidades também elevadas (na maioria do período) dos quantitativos distribuídos destes, porém em percentuais não tão elevados assim.

De certa forma, esta relação entre os indicadores mostra relativa tendência a um equilíbrio, embora com altos percentuais de ambos os indicadores e com períodos discrepantes (anos de 2011 e 2012). Neste contexto, os melhores desempenhos se encontram em 2009, 2010 (ainda apresenta altos percentuais) e 2013, com especial destaque para os anos de 2009 e 2013, que apresentam percentuais próximos a 100% – uma das melhores relações encontradas no desempenho dos subgrupos da instituição.

Gráfico 6 – Ambulatorial – Subgrupo 0209: diagnóstico por endoscopia



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

5.2.2.1.9 Subgrupo 0211 – métodos diagnósticos em especialidades

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode a ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0211 – métodos diagnósticos em especialidades e na sua análise encontra-se um cenário em desequilíbrio no desempenho do subgrupo, com boa capacidade de cumprimento da lista de procedimentos – percentuais PTP acima de 90% na maioria do período e às vezes ultrapassando 100% – porém com produção muito elevada de seus quantitativos distribuídos – menor PQD em 2009 (117%) e acima de 200% nos demais anos.

5.2.2.1.10 Fechamento dos resultados dos subgrupos do grupo 02

De maneira geral, na análise dos subgrupos do grupo 02 concluiu-se que:

- Os subgrupos que contribuem com razoável relação entre os indicadores (com maior tendência ao equilíbrio) são: 0202 - Diagnóstico em Laboratório Clínico e 0209 – Diagnóstico por Endoscopia (este último um pouco menos, devido aos altos percentuais PTP);
- Demais subgrupos mostram-se em situação de desequilíbrio, ou apresentando percentuais PTP satisfatórios (0201 – Coleta de Material); ou altos (0205 – Diagnóstico por Ultrassonografia; 0211 – Métodos diagnósticos em especialidades) ou baixos (0203 – Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia; 0204 – Diagnóstico por radiologia; 0206 – Diagnóstico por tomografia; 0207 – Diagnóstico por ressonância magnética) e expõem percentuais do PQD geralmente mais altos (exceções: subgrupo 0201 – Coleta de material e 0206 – Diagnóstico por tomografia).

5.2.2.1.11 Detalhando ainda mais o desempenho do subgrupo 0202 - diagnóstico laboratório clínico

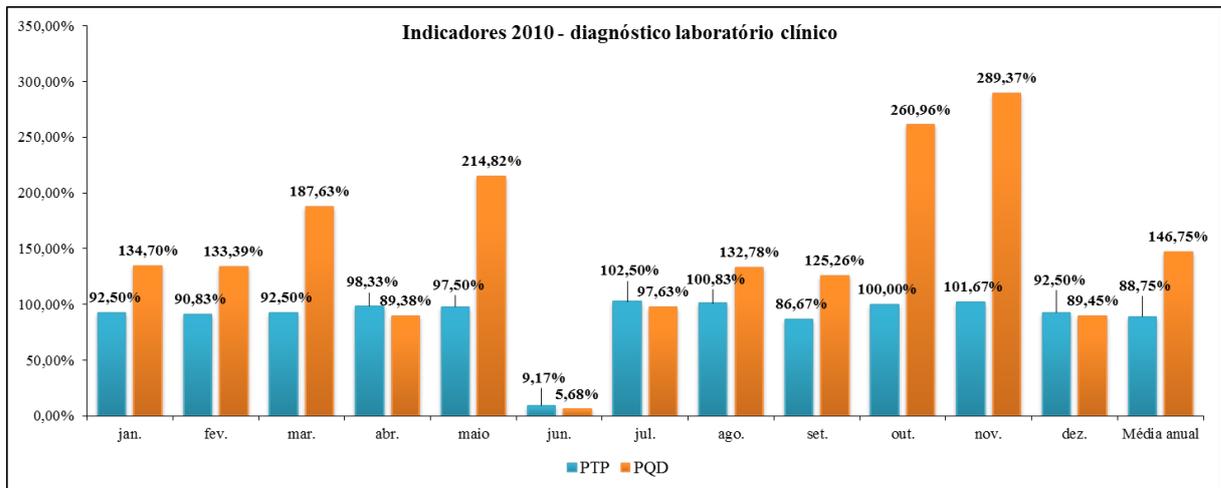
Os Gráficos 7 e 8, a seguir, bem como o dos indicadores mensais dos anos de 2009, 2011 e 2012 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico que se encontram no Apêndice A, demonstram o desempenho mês a mês do subgrupo 0202 no período de 2009 a 2013. Analisando-os verifica-se que no período a instituição alcançou bom desempenho com os procedimentos deste subgrupo na maioria do intervalo, com destaque positivo para os anos

de 2009, 2012 e 2013 – com boa evolução nestes dois últimos anos, apesar de quantidades um pouco mais elevadas para o PTP e PQD em 2013 – e destaque negativo para 2010, com desempenho ruim ao longo do ano. O ano de 2011 foi razoável em sua maioria, mas apresentou maior variação nos níveis do PQD, mostrando picos elevados nos meses de janeiro a março e julho, e picos de queda marcadamente em abril e junho deste ano.

Na maioria dos gráficos destaca-se a questão da sazonalidade, que faz parte da realidade do hospital de ensino em estudo, podendo ser observada em quase todos os anos nos meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro, meses em que se tem queda na produção e baixa dos indicadores, em especial do PQD. Esta variação é devida geralmente por ser período de férias no calendário universitário (férias dos professores, preceptores, acadêmicos da graduação e residentes atuantes no hospital), e já é prevista na rotina da instituição. Entretanto, o que deve ser refletido com esta situação é se não seriam viáveis outras opções de funcionamento da unidade prestadora e válida a busca por alternativas que impeçam esta queda na produção – e por consequente nas atividades assistenciais, prejudicando o atendimento da população que necessita destes serviços.

O Gráfico 7 representa o desempenho mensal no ano de 2010, que se destaca de forma mais negativa. Embora o PTP se mostre satisfatório praticamente no ano inteiro (exceção: junho), o PQD apresenta picos bem elevados em março e maio (alcançando nível de quase 200%) e ainda mais elevados em outubro e novembro (quase chegando a 300%). O mês de junho se sobressai dos demais pelos baixíssimos níveis dos indicadores (ambos abaixo de 10%), demonstrando haver algum problema grave que afetou seriamente a produção do setor responsável pela execução dos procedimentos naquele mês. Para detectar a causa exata seria necessária uma maior investigação, mas é possível que isso tenha sido ocasionado por falhas de equipamentos, no abastecimento dos insumos, ou até na apuração do faturamento do setor – tendo em vista que este último ainda não havia sido informatizado na instituição.

Gráfico 7 – Indicadores 2010 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico



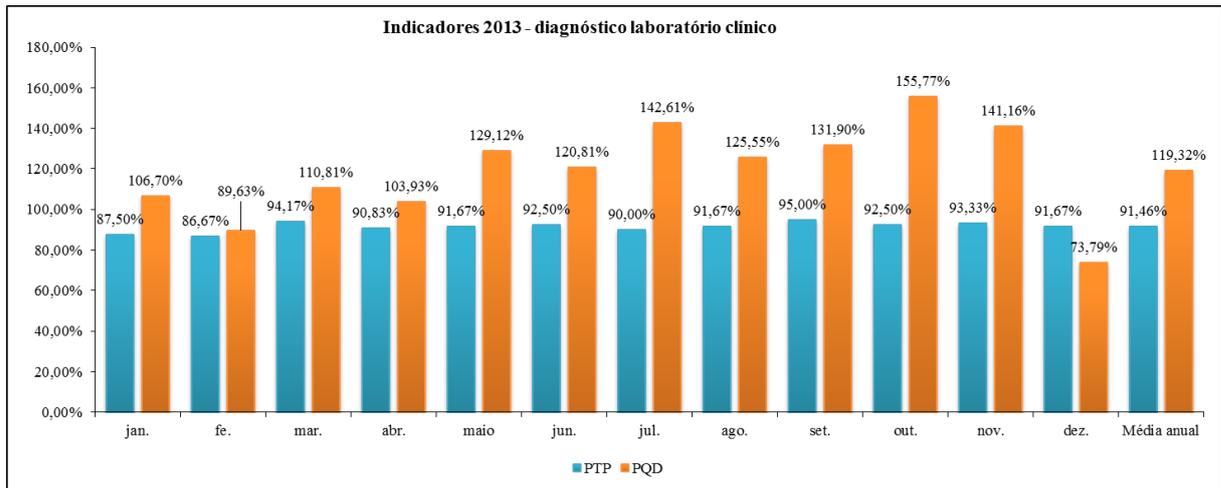
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Já o Gráfico 8 mostra a atuação mensal no ano de 2013, cujo bom desempenho é relativamente semelhante aos anos de 2009 e 2012 (desconsiderando alguns pequenos detalhes), apesar de 2013 ainda apresentar alguns níveis elevados do PQD (maiores níveis em outubro, novembro e julho). O PQD oscilou mais que em 2012 e variou mais que o PTP de 2013.

Neste gráfico ainda pode se observar um comportamento estável do indicador PTP, em níveis satisfatórios durante todo o ano – acima de 85% em sua maioria e com valor médio de 91,4%. Apesar de alguns altos valores do PQD, a relação entre os indicadores é razoavelmente boa, demonstrando um bom desempenho no ano, principalmente no primeiro quadrimestre.

O Gráfico 8 mostra percentuais bem elevados de ambos os indicadores, com elevação ainda maior para o PQD, que se apresenta muito acima de 100% e superior ao PTP, em todo o período e com média anual de 176%. Desta forma, o PQD destaca-se ainda mais nos anos de 2011 (181%) e 2012 (195%). Assim, constata-se que a instituição prestadora além de produzir procedimentos deste subgrupo que extrapolam a lista de procedimentos pactuados, os produz em quantidades bem acima das pactuadas.

Gráfico 8 – Indicadores 2013 – subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

A análise detalhada mensal dos anos do período deste subgrupo reforça a conclusão da análise do subgrupo feita anteriormente: de que este alcança percentuais da lista de procedimentos em níveis próximos ao pactuado e em quantidades próximas ou acima da pactuada, em alguns anos.

5.2.2.2 Análise dos subgrupos do grupo 03

Nesta análise, os seguintes subgrupos de procedimentos foram considerados: 0301 – Consultas/atendimentos/acompanhamentos, 0302 – Fisioterapia, e 0303 – Tratamentos clínicos (outras especialidades), conforme disposto na Tabela 4. Embora existisse produção lançada no período também para os subgrupos: 0305 – Tratamento em Nefrologia, 0306 – Hemoterapia, 0307 – Tratamentos odontológicos e 0309 – Terapias especializadas, não foi possível calcular os indicadores para estes, pois eles não foram contratualizados.

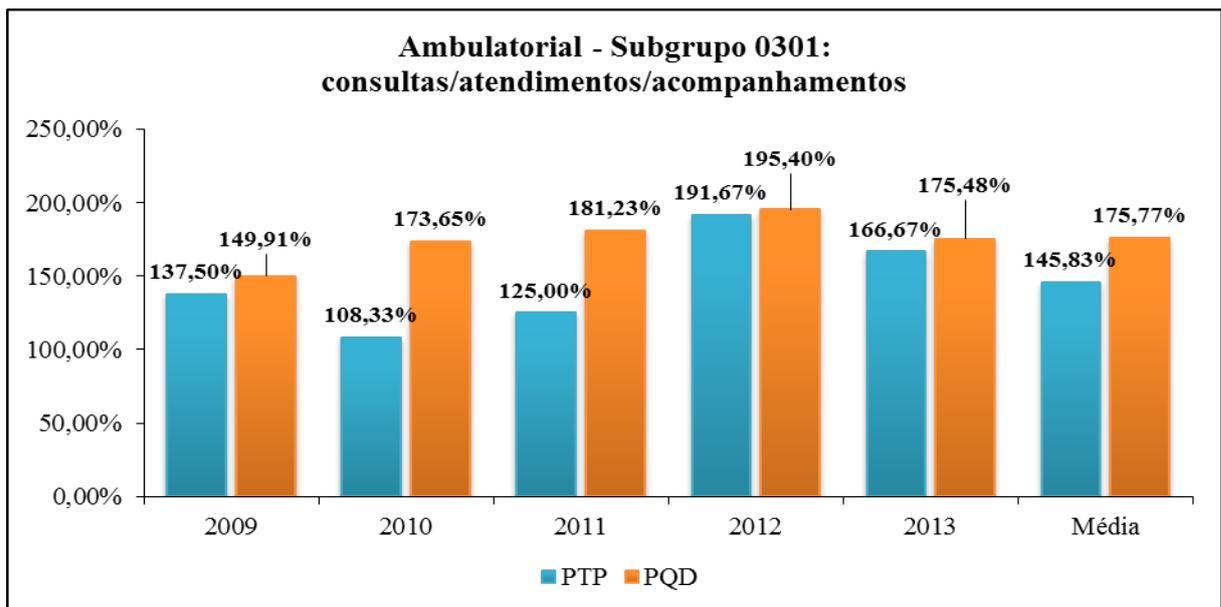
5.2.2.2.1 Subgrupo 0301 – consultas/ atendimentos/ acompanhamentos

Este subgrupo é o de maior peso para o grupo 03, possui expressivo volume de procedimentos (4.631 ao mês) e representa o grande fluxo de atendimentos nos ambulatórios

da instituição estudada. Por isso, primeiro será analisado seu desempenho geral no grupo (com cálculo de indicadores anuais) e, após, o seu desempenho em particularidades, detalhando as consultas por cada especialidade profissional (médicas e não médicas).

Para sua análise global no grupo 03 os indicadores foram calculados anualmente e foram considerados apenas dois códigos de procedimentos da lista pactuada para cálculo do indicador PTP, conforme codificação da Tabela Unificada SUS: cód. 0301010048 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) e cód. 0301010072 – Consulta médica em atenção especializada. Mas a produção encontrada de outros códigos de procedimentos, além destes dois, também foi considerada nesta análise (cálculo do indicador PQD).

Gráfico 9 – Ambulatorial – Subgrupo 0301: consultas/ atendimentos/ acompanhamentos



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Já na análise detalhada das consultas especializadas, os indicadores foram calculados mensalmente em cada ano do período e aqueles dois códigos acima mencionados foram abertos por especialidade (conforme Classificação Brasileira de Ocupações – CBO - do Ministério do Trabalho e Emprego), sendo transformados, então, em 30 procedimentos da lista de procedimentos (cada especialidade contando como se fosse um procedimento), e que foram considerados no cálculo do indicador PTP. Para esta análise detalhada das consultas foi

considerada somente a produção apurada dos dois códigos citados (cód. 0301010048 e cód. 0301010072).

O PTP encontra-se acima de 100% em todos os anos e com elevada média anual de 146%. Percentuais ainda mais elevados em 2012 (191,67%) e 2013 (166,67%).

A relação estabelecida entre os indicadores é menos heterogênea em 2009, 2012 e 2013, muito embora os percentuais de ambos estejam elevados. Apesar disso, tal relação está melhor que no geral do grupo 03.

Este subgrupo contribui expressivamente para a alta do PQD no grupo 03. Sua análise pormenorizada será ainda mais detalhada adiante.

5.2.2.2.2 *Subgrupo 0302 – fisioterapia*

Este subgrupo é formado pelos procedimentos de diversos atendimentos fisioterapêuticos.

O gráfico representativo do desempenho deste subgrupo pode a ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0302 – fisioterapia e apresenta uma situação menos comum que é o percentual do PTP maior que o PQD em todos os anos, embora estes percentuais do PTP nem estejam tão elevados – média anual de 68,3% e maior percentual em 2010 (88%), seguido por 2009 (78,5%).

O PQD encontra-se baixo sempre, e especialmente baixo em 2011 (30%) e 2013 (42,56%); o valor médio anual é de 43,5%. Conhecendo um pouco da rotina do setor que realiza estes procedimentos na instituição, verifica-se uma produção intensa em quase todo o ano. Portanto, a situação de baixa produção encontrada sugere uma eventual ocorrência de possíveis erros de faturamento (subnotificação, etc.).

A relação entre PTP e PQD mostra-se ruim em 2009, 2010 e 2012, e um pouco melhor em 2011 e 2013, mas também com baixos percentuais, ou seja, a instituição cumpre uma pequena parte dos procedimentos da lista neste subgrupo, porém em quantidades muito menores que as pactuadas (quantitativo distribuído de procedimentos).

5.2.2.2.3 *Subgrupo 0303: tratamentos clínicos (outras especialidades)*

Este subgrupo é constituído por procedimentos como pulsoterapia, cauterização de pequenas lesões, infiltração, etc.

Analisando o gráfico representativo do desempenho deste subgrupo, que pode ser verificado no Apêndice A, Subgrupo 0303 – tratamentos clínicos (outras especialidades) tem-se um dos resultados de níveis mais baixos encontrados, com percentuais PTP e PQD bem baixos no período (abaixo de 50%), mostrando que a instituição além de executar poucos procedimentos da lista neste subgrupo, executa-os em pequenas quantidades (bem abaixo do pactuado).

O indicador PTP encontra-se ainda mais baixo, com valor médio de 19,7%; níveis mais altos em 2009 (26,3%) e 2010 e 2013 (19,4%) e o mais baixo em 2011 (15%). O PQD apresenta média de 42,3%; maiores percentuais em 2012 (53,8%) e 2013 (47,5%) e menor percentual em 2010 (25,8%).

A relação entre ambos mostra-se ruim na maior parte do período, estando ligeiramente melhor, mas ainda com percentuais muito baixos em 2009 e 2010.

5.2.2.2.4 *Fechamento dos resultados dos subgrupos do grupo 03*

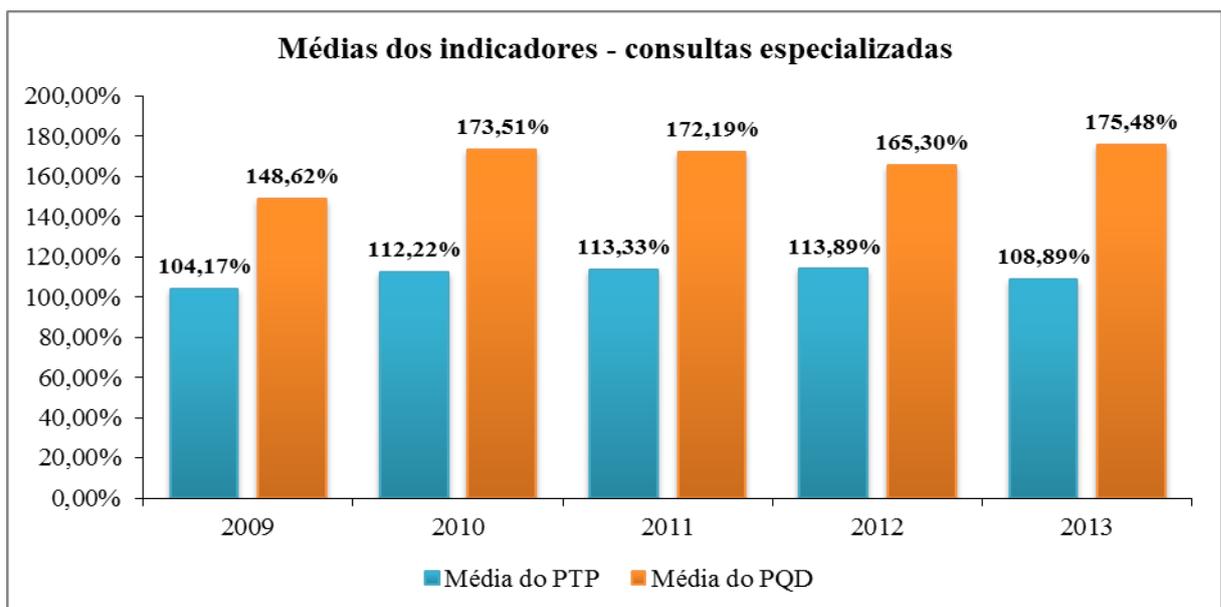
Num apanhado geral dos três subgrupos do grupo 03, tem-se que: (1) o subgrupo 0301 - Consultas/ atendimentos/ acompanhamentos apresenta PTP e PQD bem altos (ambos sempre acima de 100%), mas com boa relação entre eles nos anos de 2009, 2012 e 2013, contribuindo expressivamente para a alta dos indicadores do grupo 03; (2) já os subgrupos 0302 – Fisioterapia e 0303 – Tratamentos clínicos (outras especialidades) têm baixos percentuais PTP e PQD (ainda mais baixos no subgrupo 0303), sendo que o subgrupo 0302 contribui mais positivamente para uma pequena melhora no PTP e uma baixa no PQD do grupo, e o subgrupo 0303 contribui para queda do PTP e do PQD no desempenho do grupo 03.

5.2.2.2.5 Detalhando ainda mais o subgrupo 0301 – consultas especializadas

Para esta análise foram considerados os totais de 30 procedimentos da lista de procedimentos (cada especialidade contando como se fosse um procedimento para cálculo do indicador PTP), e quantitativo distribuído de 4.631 consultas (para cálculo do PQD).

O Gráfico 10 traz a média anual dos indicadores aplicados, no período de estudo, para observação de seu comportamento geral, no tocante às consultas especializadas. Observa-se que o indicador PTP mostra um comportamento mais regular que o PQD, com valores médios anuais de pouca variação e bem próximos a 100%, além de estarem bem abaixo dos valores do PQD. O PTP também mostra uma pequena tendência de elevação até o ano de 2012 e leve queda em 2013. Os anos de 2009 e 2013 apresentam, portanto, percentuais do PTP bem próximos de 100%, revelando um cenário de maior equilíbrio no cumprimento da lista das consultas especializadas contratualizadas, nestes anos. O PTP um pouco acima de 100% significa ainda que estão sendo realizadas consultas para especialidades que não constam na lista de consultas pactuadas, demonstrando também necessidade de revisão destas especialidades na contratualização, a fim de discutir se estas não deveriam ser incluídas na contratualização, já que estão sendo realizadas e provavelmente não estão sendo pagas pelo gestor municipal de saúde.

Gráfico 10 – Médias dos indicadores – consultas especializadas



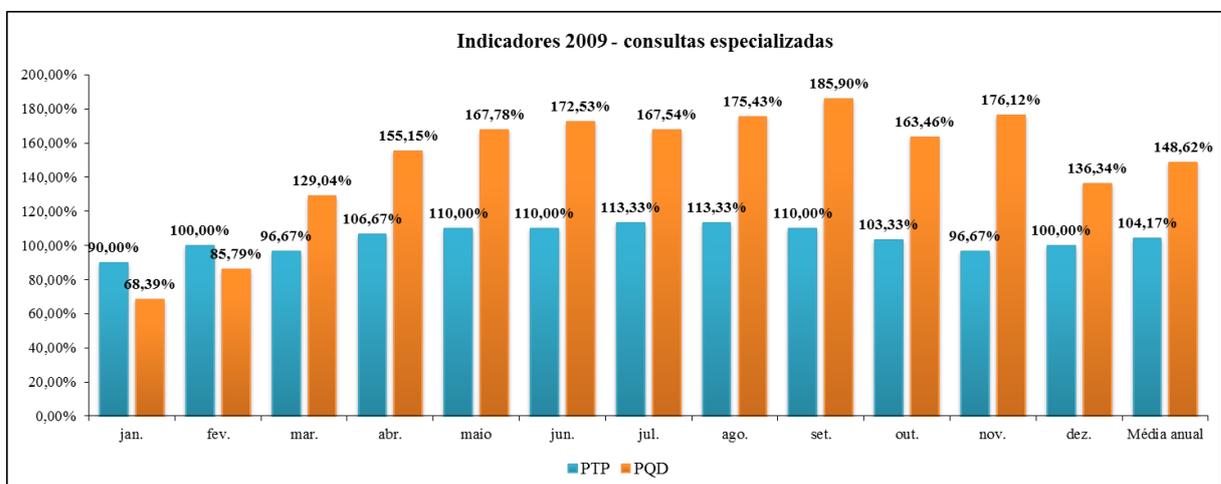
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Os valores médios anuais do PQD mostram-se bem elevados (bem acima de 100% em todos os anos), com tendência à elevação na produção excedente das consultas especializadas, apesar de pequena queda no ano de 2012. Ainda assim, finaliza o período com o maior percentual médio obtido em 2013 (175,48%).

Entre os indicadores, a relação é divergente em todos os anos, devido aos altos valores do indicador PQD, contudo, o ano de 2009 ainda apresenta uma relação um pouco menos divergente, com os indicadores um pouco mais aproximados (os menores valores médios dos dois indicadores ocorreram neste ano). Conclui-se então, que no período observado, a instituição aumentou tanto sua capacidade de cumprimento da lista de consultas pactuadas – com percentuais próximos de 100% no período – quanto aumentou, e de forma ainda mais expressiva, a quantidade destas consultas realizadas. Mais uma vez fica evidente a produção excedente do HU/UFJF em relação ao quantitativo distribuído dos procedimentos pactuados também para as consultas especializadas. Tal fato aponta para a necessidade de ajustes nestes quantitativos negociados – estes devem ser aumentados – haja vista a alta produção do HU/UFJF acima das metas pactuadas.

A evolução mensal dos indicadores observada nos Gráficos 11 e 12 resume o ocorrido no período de 2009 a 2013, em que ocorre uma evolução ascendente nos percentuais dos dois indicadores utilizados, com expressiva alta do PQD. Este apresenta maior variabilidade que o PTP em todos os anos do período e sua variação ao longo dos anos mostra ainda picos de alta, que se elevam a cada ano, atingindo os mais altos percentuais especialmente no segundo semestre de 2013.

Gráfico 11 – Indicadores 2009 – consultas especializadas

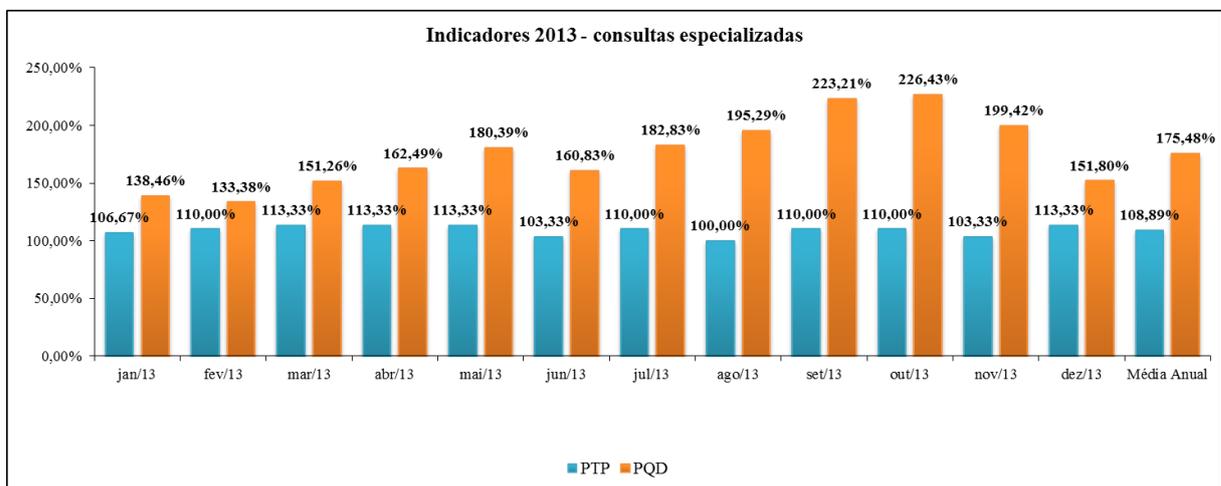


Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

O PTP no período se mostra mais estável, com menor variação entre os meses de todos os anos estudados e com percentuais mais próximos de 100% (ou pouco acima disso) ao longo de todo o intervalo. Entretanto, observa-se em todos os anos também uma variação com queda nos percentuais dos indicadores (mais acentuadamente do PQD) em meses já esperados como em janeiro, fevereiro, julho e dezembro, devido ao efeito da sazonalidade presente na realidade da instituição estudada, como já mencionado.

A observação mensal dos indicadores em cada ano do período permite ainda perceber que, no tocante à relação entre o PTP e o PQD das consultas, ocorre melhor relação entre estes geralmente nos meses em que há queda na produção (meses que sofrem o efeito da sazonalidade, como: janeiro, fevereiro, julho ou dezembro), mas estes ainda apresentam níveis do PQD um pouco acima de 100% (exceção apenas em 2009). Neste sentido, percebe-se maior ocorrência de indicadores tendendo a certo equilíbrio principalmente nos dois últimos anos do período – e especialmente em 2012 (que mostra quatro meses com melhor relação entre os indicadores). O desempenho dos indicadores referentes aos anos de 2010, 2011 e 2012 pode ser verificado nos gráficos constantes no Apêndice A.

Gráfico 12 – Indicadores 2013 – consultas especializadas



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

A ocorrência de certo equilíbrio em alguns meses entre as distribuições destes indicadores aponta para um cenário de melhores expectativas, e que pode talvez indicar que a instituição hospitalar esteja na direção certa em busca de equilíbrio entre a lista dos procedimentos pactuados e os quantitativos distribuídos dos procedimentos contratualizados.

Entretanto, ainda assim, percebe-se a necessidade de ajustes, principalmente no que se refere ao aumento dos quantitativos distribuídos pactuados, tanto em termos do ambulatório como um todo (como visto) quanto de consultas. A lista de procedimentos pactuados (especialidades das consultas, aqui no caso) também requer revisão.

Com a demonstração mensal dos anos analisados, chega-se, portanto, à mesma conclusão obtida com a análise dos valores médios anuais dos indicadores: a instituição exibe percentual de cumprimento da lista de consultas pouco acima de 100% – ou seja, executando consultas de especialidades que nem foram contratualizadas – e em grandes percentuais da quantidade distribuída destas – muito acima de 100% durante o período analisado.

No intuito de aprofundar ainda mais a discussão sobre a produtividade das consultas e o desempenho de cada especialidade elaborou-se a Tabela 6.

Tabela 6 – Desempenho das consultas especializadas (2009-2013)

Especialidade	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média	Pactuado mês	Pactuado ano	Média/ pactuado ano (%)
Especialidades contratualizadas										
Cirurgia do Aparelho Digestivo*						0		67	804	0,00
Cirurgia Pediátrica*	98	66	37	1		202	51	24	288	17,53
Infectologia	1.208	1.106	1.081	1.065	968	5.428	1.086	205	2.460	44,13
Fonoaudiologia	67	1.223	1.301	1.146	509	4.246	849	140	1.680	50,55
Neurologia	1.982	1.966	2.817	2.901	2.416	12.082	2.416	350	4.200	57,53
Angiologia	967	684	620	399	197	2.867	573	70	840	68,26
Geriatria	68	111	211	380	633	1.403	281	34	408	68,77
Coloproctologia	972	841	836	594	508	3.751	750	80	960	78,15
Hematologia e Hemoterapia	1.953	1.203	1.206	782	912	6.056	1.211	120	1.440	84,11
Oncologia	651	678	740	964	1.015	4.048	810	72	864	93,70
Cirurgia Plástica Reparadora	5.189	4.833	3.841	2.683	3.673	20.219	4.044	350	4.200	96,28
Psiquiatria	5.824	7.225	348	275	4.296	17.968	3.594	300	3.600	99,82
Dermatologia	10.283	7.318	7.707	6.053	5.821	37.182	7.436	600	7.200	103,28
Reumatologia	3.434	2.366	2.339	2.360	2.898	13.397	2.679	210	2.520	106,33
Pneumologia	2.989	2.214	2.751	2.499	2.313	12.766	2.553	200	2.400	106,38
Cirurgia Maxilo facial	85	1.270	2.258	2.468	1.708	7.789	1.558	120	1.440	108,18
Anestesiologia	258	468	310	468	632	2.136	427	32	384	111,25
Nefrologia	3.306	3.799	3.292	2.698	2.323	15.418	3.084	200	2.400	128,48
Cirurgia de Cabeça e Pescoço*	1.144	638	773	474		3.029	757	48	576	131,47
Cirurgia Geral	3.861	2.259	1.971	1.709	2.452	12.252	2.450	150	1.800	136,13
Nutrição	1.708	1.804	2.003	1.627	1.703	8.845	1.769	100	1.200	147,42
Ortopedia e Traumatologia	3.304	3.832	5.317	4.367	5.099	21.919	4.384	220	2.640	166,05
Urologia	4.874	4.700	4.273	3.437	3.774	21.058	4.212	200	2.400	175,48
Cardiologia	5.141	3.723	4.202	4.646	4.802	22.514	4.503	200	2.400	187,62
Gastroenterologia	5.222	4.443	4.183	3.957	4.859	22.664	4.533	200	2.400	188,87
Cirurgia Torácica	327	199	234	159	182	1.101	220	9	108	203,89
Endocrinologia	1.412	1.497	2.137	2.431	2.558	10.035	2.007	80	960	209,06
Otorinolaringologia	3.271	3.655	2.341	4.930	5.447	19.644	3.929	120	1.440	272,83
Oftalmologia	1.741	4.443	6.507	7.903	7.751	28.345	5.669	120	1.440	393,68
Fisioterapia	137	889	1.236	1.123	797	4.182	836	10	120	697,00
Totais	71.476	69.453	66.872	64.499	70.246	342.546			55.572	
Relação % (produzido/pactuado)						342.546			277.860	123,28
Especialidades não contratualizadas										
Clínico Geral	1.768	2.033	3.226	3.195	3.004	13.226	2.645			
Ginecologia	3.032	8.987	9.406	7.365	6.376	35.166	7.033			
Mastologia	429	1.169	1.665	2.259	2.602	8.124	1.625			
Médico em Endoscopia *					190	190	190			
Médico em Imagem/Radiologia*					368	368	368			
Pediatria	635	3.296	5.473	5.595	6.258	21.257	4.251			
Assistente Social	3.675	5.363	4.664	5.848	5.108	24.658	4.932			
Enfermeiro	546	3.467	1.806	394	473	6.686	1.337			
Psicologia	1.032	2.654	2.569	2.704	2.895	11.854	2.371			
Total (não contratualizadas)	11.117	26.969	28.809	27.360	27.274	121.529	24.752			

Legenda: (*) Especialidades com prováveis falhas no faturamento

- Especialidades abaixo da meta contratualizada
- Especialidades próximas à meta contratualizada
- Especialidades acima da meta contratualizada
- Especialidades médicas não contratualizadas (profissionais médicos)
- Consultas não contratualizadas de profissionais não médicos

Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

A Tabela 6 expõe a produção de consultas em atenção especializada (consultas especializadas) apresentada pela instituição prestadora no período e o percentual de variação da especialidade no período, isto é, a relação percentual estabelecida entre a média de produção anual apurada no período e a pactuação anual estabelecida com o gestor municipal de saúde. Assim, a tabela mostra o *ranking* desta variação percentual das especialidades, destacando as que atingiram produção abaixo (menor que 90%), próxima (entre 90% e 110%) ou acima (acima de 110%) da meta pactuada.

O cenário ideal seria que todas as especialidades apresentassem desempenho próximo ao pactuado, com uma pequena variação de 10% para mais ou para menos, denotando uma situação em equilíbrio.

Antes da análise da Tabela 6, cabem alguns esclarecimentos para melhor compreensão dos dados. As especialidades não contratualizadas foram segmentadas na parte inferior da tabela, mas não foi possível estabelecer o percentual de variação destas especialidades, pois não dispunham de valores contratualizados. Entre estas, as especialidades assinaladas na Tabela 6 com *tonalidade rosa* referem-se a especialidades médicas (como Pediatria e Ginecologia) e as em *cinza* referem-se a especialidades não médicas (Assistente Social, etc.). Algumas apresentam produção expressiva no período (Ginecologia, Pediatria, Assistente Social), demonstrando necessidade de revisão desta situação, em que se deve discutir se estas deveriam ou não ser contratualizadas.

As especialidades destacadas com um asterisco referem-se a casos de prováveis falhas no faturamento de sua produção, pois se tratam de especialidades sabidamente produtivas na instituição, mas que ou apresentam baixa produção, ou não apresentam nenhuma produção em determinados meses (como Cirurgia Pediátrica, por exemplo). A especialidade Cirurgia do Aparelho Digestivo não apresenta nenhuma produção, embora conste na contratualização. Entretanto, pelos altos quantitativos apresentados na especialidade correlata de Gastroenterologia, suspeita-se que os dados da Cirurgia do Aparelho Digestivo possam ter sido concentrados nos lançamentos da Gastroenterologia, o que não deveria ter ocorrido. Para algumas especialidades nem deveria constar produção alguma (como para Médico em Radiologia ou em Endoscopia), pois são especialidades que não realizam consultas na instituição em tela. Estas inconsistências apontam para falhas consideráveis no processo de faturamento da instituição, requerendo atenção.

Analisando a Tabela 6 constata-se, entre as consultas realizadas, que nove especialidades contratualizadas estão abaixo da meta primária de 90%, como Infectologia e Angiologia. A especialidade não médica de Fonoaudiologia também se encontra nessa faixa

percentual. Outras sete especialidades encontram-se na faixa mais favorável, estando próximas às metas pactuadas (intervalo entre 90-110%), entre elas: Oncologia (93,7%), Dermatologia (103,2%) e Cirurgia maxilo-facial (108,1%). As quatorze especialidades restantes enquadram-se na faixa acima de 110%, com percentuais elevados ou elevadíssimos de produção, entre elas: Nefrologia (128,48%), Gastroenterologia (188,87%), Otorrinolaringologia (272,8%) e Oftalmologia (398,68%). As especialidades não médicas de Nutrição (147,42%) e Fisioterapia (697%) também estão nesta última faixa com elevados percentuais de variação. Somando estes dois últimos intervalos, tem-se o total de vinte e uma especialidades próximas ou acima das metas contratualizadas, representando a maioria do quadro geral da instituição prestadora. Ou seja, entre as consultas especializadas realizadas pelo HU/UFJF, 70% das especialidades se aproximam ou superam as metas pactuadas, e os demais 30% não cumprem as metas pactuadas na contratualização com o município de Juiz de Fora.

Considerando os totais de produção de todas as especialidades juntas houve grande produção apurada em 2009, com quedas até 2012 e retomada de crescimento dos totais de produção (a patamares próximos ao encontrado no primeiro ano do período), em 2013.

Portanto, em relação às especialidades das consultas realizadas, tem-se um cenário híbrido de desequilíbrio, onde coexistem três situações distintas: algumas especialidades (30%) não cumprem as metas pactuadas, outras se aproximam das metas (23,3%) e a maioria das especialidades (46,7%) cumpre além das metas pactuadas na contratualização.

Ainda assim, este cenário é interpretado como positivo e representa algum avanço para a instituição em termos de contratualização, pois apresenta melhorias significativas de produção para algumas especialidades e uma pequena redução para outras (que já estavam com produção muito alta). Além disso, a maioria das especialidades atinge ou supera as metas estabelecidas, indicando resultado positivo, neste sentido.

Obviamente que a ocorrência dessas duas situações – especialidades que não alcançam as metas e especialidades que superam em muito as metas – requer discussões e ajustes para realinhamento, conforme interesses conjuntos do prestador e do contratante dos serviços.

Entre as especialidades não contratualizadas (de profissionais médicos e não médicos), verifica-se uma produção considerável, tendo em 2011 o ano de maior produção (28.809), média anual no período de 24.752 consultas e totalizando, no período, 121.529 consultas realizadas, e que não estão incluídas na contratualização, o que merece uma revisão desta situação pelas partes envolvidas (prestador e gestor municipal de saúde).

5.3 CONCLUINDO A ANÁLISE DE DESEMPENHO AMBULATORIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Sinteticamente, as situações encontradas na análise do desempenho tanto da instituição como um todo quanto de seus grupos e subgrupos puderam ser retratadas e resumidas em quatro cenários diferentes, onde cada nível de detalhamento da análise feita foi classificado conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 – Resumo dos cenários encontrados na análise de desempenho do HU/UFJF

CENÁRIO		DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	CLASSIFICAÇÃO (HU/Grupo/Subgrupo)
1	PTP (S) * PQD ↑	Instituição embora não realize toda a lista de procedimentos, atinge percentuais satisfatórios (PTP > 80%), mas entre os que realiza, produz em quantidades superiores às pactuadas (PQD > 100%)	HU (Ambulatório Total) Grupo 02 – Proc. Finalidade Diagnóstica Grupo 03 – Procedimentos Clínicos Subgrupo 0202 – Diag. Laboratorial Subgrupo 0211 – Diag. em Especialidades
2	PTP ↑ PQD ↑	Instituição extrapola a lista de procedimentos pactuados (PTP > 100%) e, entre os que realiza, produz acima do pactuado (PQD > 100%)	Subgrupo 0205 – Diag. por USG Subgrupo 0209 – Diag. por Endoscopia Subgrupo 0301 – Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos
3	PTP ↓ PQD ↑	Instituição não cumpre nível satisfatório da lista de procedimentos (PTP < 80%) e, entre os procedimentos que realiza, produz acima do pactuado (PQD > 100%)	Subgrupo 0203 – Diag. por Anatomia Patológica e Citopatologia Subgrupo 0204 – Diag. por Radiologia Subgrupo 0207 – Diag. por Ressonância
4	PTP ↓ PQD ↓	Instituição não cumpre nível satisfatório da lista de procedimentos (PTP < 80%) e, entre os procedimentos que realiza, produz abaixo do pactuado (PQD < 100%)	Subgrupo 0201 – Coleta de Material Subgrupo 0206 – Diag. por Tomografia Subgrupo 0302 – Fisioterapia Subgrupo 0303 – Tratamentos Clínicos

Legenda: (S) * = Satisfatório; HU = Hospital Universitário; Proc. = Procedimento; Diag. = Diagnóstico; USG = Ultrassonografia

Fonte: A autora

De acordo com o Quadro 4, percebe-se que a maior parte dos agrupamentos (grupos/subgrupos) se enquadram no cenário 1 – cinco grupos/subgrupos encontram-se nessa situação predominante – em que a instituição cumpre níveis satisfatórios da lista de procedimentos (acima de 80%), mas em quantidades distribuídas dos procedimentos superiores às pactuadas. O segundo cenário mais frequente foi o 4 – enquadram-se nele quatro

subgrupos – mostrando uma situação em que o prestador de serviço não apresenta nível satisfatório no cumprimento da lista de procedimentos e os produz em quantidades inferiores às pactuadas. Os seis subgrupos restantes distribuem-se igualmente entre os cenários 2 (*Instituição extrapola a lista de procedimentos pactuados e entre os que realiza os produz acima do pactuado*) e cenário 3 (*Instituição não cumpre nível satisfatório da lista de procedimentos e entre os procedimentos que realiza os produz acima do pactuado*).

Portanto, ocorre a coexistência de quatro diferentes situações entre os níveis de procedimentos detalhados e analisados na instituição prestadora, sendo que nenhuma delas representa a situação ou cenário ideal, ou seja, em que deveria alcançar níveis aproximados de 100% em ambos os indicadores aplicados na análise – o que mostraria equilíbrio na relação entre a capacidade de cumprimento da lista de procedimentos (PTP) com a quantidade distribuída destes procedimentos que são realizados (PQD).

6 DISCUSSÕES

Os resultados apresentados na seção anterior permitem a observância, reflexão e discussão de alguns achados relevantes para o estudo e que serão melhor explorados neste tópico, buscando ainda alinhar as ideias e experimentos de autores, que foram expostos na revisão de literatura em seus diversos temas explanados previamente.

Este estudo visou contribuir com a regulação da produção ambulatorial do HU/UFJF, ao analisar as formas de arranjos contratuais, ou seja, de contratualização deste hospital, com foco na esfera municipal, através da aplicação de indicadores, que serviram como mecanismos de constatação do desempenho da instituição, procurando ressaltar a relação firmada entre gestor e prestador de saúde, no contexto do SUS.

Considerando a produção ambulatorial total do hospital, a Tabela 3 expõe um total superior a dois milhões de procedimentos realizados no período estudado (2009 a 2013). Interessante notar que houve produção para outros procedimentos que nem constavam na contratualização com o gestor municipal de saúde, como aqueles do grupo 01 (Ações de Promoção e Prevenção em Saúde), do grupo 05 (Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células) e grupo 07 (Órteses e Próteses e Materiais Especiais). As planilhas trabalhadas na composição desta tabela detalham a produção ambulatorial por procedimentos, de onde se observa que, de maneira geral, e evidentemente desconsiderando algumas variações ocorridas ao longo do período do estudo, a instituição prestadora demonstra baixa produção dos procedimentos da atenção básica (grupo 01) e elevação da produção dos procedimentos de média e alta complexidade no período analisado.

Assim, com a ocorrência de tal fato, a instituição demonstra estar consonante com um dos objetivos preconizados pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS (BRASIL, 2004b, 2004d) e que são reforçados através de alguns achados na literatura, como os apontados por Lima (2009) e Lima e Rivera (2012), que destacam as alterações na produção das atividades como uma das grandes modificações advindas da contratualização nas instituições de seu estudo, havendo queda naquelas atividades relacionadas à atenção básica e crescimento daquelas referentes à média complexidade – conforme objetivado pelo referido programa do governo federal, reforçando o papel dos HUs na assistência de média/alta complexidade conformado na rede SUS, e refletindo ainda, o momento atual de reorganização do SUS, que orienta para o fortalecimento da Atenção Básica em nível dos municípios, que dispõem de suas unidades de atenção básica

e podem contar com um HU atuando como unidade de referência secundária e/ou terciária. De igual forma, M. A. Costa, Mota e Figueiredo (2009) salientam, em seu estudo, a ampliação expressiva de serviços na média e alta complexidade na unidade hospitalar investigada, após contratualização firmada com a gestão municipal de saúde de Belo Horizonte.

A aplicação dos indicadores e o método de análise propostos por D. M. Costa (2010) mostrou-se útil na análise do desempenho da instituição prestadora, cujos resultados serão comentados a seguir. O presente estudo limitou-se à utilização desses indicadores quantitativos referentes apenas à produção da assistência ambulatorial da instituição prestadora, entretanto, reconhece a importância e necessidade de serem considerados também outros indicadores quantitativos (como os financeiros) e indicadores qualitativos, em análises posteriores, que certamente poderão propiciar uma análise mais ampla na avaliação de qualquer prestador de serviço de saúde. O uso de indicadores por si só já denota certo progresso gerencial no acompanhamento do desempenho do prestador, o que também é visto como positivo para o aprimoramento da gestão da instituição e para sua regulação. A utilização e monitoramento de indicadores de desempenho (ou de qualidade), além de ter sua importância reconhecida no acompanhamento das metas e controle do desempenho institucional, contribui para ajustes e tomada de decisão dos gestores, e vem sendo cada vez mais estimulada por diversos autores da literatura consultada, a fim de contribuir para uma melhor gestão – profissionalizada e focada em resultados – e para o incremento da estrutura gerencial das entidades (BITTAR; MAGALHÃES, 2010; BRIZOLA; GIL; CORDONI JÚNIOR, 2011; DITTERICH; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J., 2012; LIMA, 2009; LIMA; RIVERA, 2012; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; PEREIRA, 1996). Contudo, apesar de sua notada relevância, alguns estudos reconhecem a pouca ocorrência de iniciativas que se utilizam de indicadores e/ou outros mecanismos de acompanhamento e monitoramento sobre o volume e a qualidade dos serviços prestados, bem como das metas pactuadas no setor público, conforme apontado no próprio diagnóstico MEC sobre a crise dos hospitais (BRASIL, 2004a; LIMA, 2009; SILVA, A. M. E., 2003).

Desta forma, vê-se como uma necessidade premente para a instituição pesquisada – que fez uso de indicadores de desempenho, que orientaram a gestão a partir do acompanhamento do POA 2008 – que se mantenha a cultura de implementação e utilização de mecanismos de acompanhamento das metas pactuadas e indicadores, a exemplo do uso de indicadores de qualidade ou de desempenho, aplicados neste estudo. A própria revisão da contratualização do hospital em tela, em 2008, pela Residência em Economia e Administração junto aos seus diretores, mostrou que, com a contratualização, houve melhoras na gestão e na

estrutura gerencial da instituição prestadora, a fim de melhor embasamento para acompanhamento e discussão do contrato, entretanto, fica evidente que ainda há carência de melhorias na instituição, neste sentido, como: a informatização do processo de faturamento da unidade prestadora, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação utilizados, dos relatórios de gestão emitidos para acompanhamento da contratualização e a ampliação do acompanhamento de desempenho a ser viabilizado para as chefias dos serviços assistenciais.

Com a observação dos resultados alcançados, foi possível analisar o desempenho dos indicadores PTP e PQD aplicados no estudo, e entre os achados sobre seu desempenho ou comportamento se sobressaem os apontamentos adiante.

Quanto ao nível do PTP abaixo de 80%, no período analisado, a instituição como um todo foi capaz de cumprir em média 82% da lista dos procedimentos pactuados, não chegando a cumprir a totalidade da lista de procedimentos contratualizados em nenhum ano analisado. Porém, várias subdivisões no detalhamento dos procedimentos analisados apresentaram níveis abaixo de 80% no cumprimento da lista dos procedimentos pactuados, como foi o caso dos subgrupos 0201 (Coleta de Material), 0302 (Fisioterapia), 0204 (Diagnóstico por Radiologia), 0206 (Diagnóstico por tomografia computadorizada), 0207 (Diagnóstico por ressonância magnética), alguns conjugados com elevados percentuais do PQD, ou então, com baixos níveis do PQD. A princípio, em uma análise mais superficial, tal ocorrência de um percentual inferior no cumprimento da lista dos procedimentos pode levar ao entendimento de incapacidade ou ineficiência da instituição prestadora neste cumprimento. Porém, analisando alguns detalhes na regulação destes procedimentos, percebe-se que o seu descumprimento pode ser explicado por motivos que não necessariamente perpassam por uma deficiência ou incapacidade da instituição prestadora, mas sim que envolvem necessidades de aperfeiçoamento nos mecanismos desta regulação. Dois exemplos seriam os procedimentos de tomografia e ressonância, cujos agendamentos são responsabilidade do gestor municipal de saúde, que procede às marcações. A fim de se obter um melhor direcionamento das quantidades no preenchimento destas vagas – para que se dessem de acordo com a contratação – uma alternativa seria o prestador, ao disponibilizar as vagas, condicionar sua marcação aos quantitativos dos procedimentos determinados na contratualização, direcionando-as e promovendo maior controle neste sentido, e o que contribuiria para melhor ordenação dos agendamentos pelo gestor municipal. No caso dos procedimentos da Radiologia ocorre outra situação, que também afeta outros níveis de subdivisão dos procedimentos analisados (como: 0201 – Coleta de material; 0203 – Diagnóstico por anatomia patológica) e onde se trata de procedimentos que não necessitam de agendamento

prévio para realização, mas que ocorrem conforme demanda espontânea, sendo que esta se relaciona com as necessidades advindas dos ambulatorios, portanto, não são programadas e nem previstas dentro da contratualização na lógica contratual atual. Talvez fosse o caso de se rever a forma de contratar tais procedimentos, em que estes passassem a ser previstos numa lógica contratual diferenciada, por exemplo, seguindo a lógica associada às linhas de cuidados. Assim, seria possível estimar quantos exames complementares seriam demandados a partir de cada consulta ambulatorial, por exemplo. Mas neste ponto, caberia longa discussão entre as partes envolvidas, até que se implementasse alguma mudança mais efetiva neste aspecto, reformulando a forma de contratação destes serviços. Obviamente que caberia ainda um monitoramento sistemático dos procedimentos realizados e posterior revisão da lista destes procedimentos, a ser feita pela direção da unidade prestadora juntamente com as chefias e responsáveis pelos serviços/setores internos (unidades assistenciais dentro da instituição prestadora, que realizam efetivamente a prestação dos serviços), em que as partes deveriam buscar as causas do descumprimento de alguns procedimentos pactuados, objetivando a resolução dos problemas e analisando qual a melhor solução para a questão – se deixar de pactuar determinado procedimento ou se necessita haver um maior empenho e comprometimento do serviço e/ou da instituição, para que o procedimento seja rigorosamente executado, conforme pactuado na contratualização. Posteriormente, então, estes ajustes definidos previamente na instituição prestadora, deveriam ser revistos, debatidos e renegociados entre a direção do hospital e o gestor municipal de saúde.

Em relação ao nível do PQD acima do pactuado (> 110%), esta se mostrou uma situação bastante comum, presente na maioria dos cenários encontrados na análise dos resultados (exceção: somente cenário 4, com quatro subgrupos nesta situação). Com isso, muitos agrupamentos (grupos/subgrupos) analisados enquadraram-se nesta situação, com elevados percentuais do PQD, ou seja, com produção elevada dos quantitativos distribuídos de procedimentos. Isto significa que a instituição, entre os procedimentos da lista que ela produziu no período estudado, apresentou produção elevada destes em todos os anos, sempre acima do contratualizado, com valor médio anual do PQD de 151,24%. Esta produção elevada (acima do contratualizado) suscita o debate para diversas questões, entre as quais passa a questão financeira, pois a produção excedente não representa garantia de pagamento pelo gestor municipal de saúde. Pelo contrário, é grande a possibilidade de reprovação de pagamento (glosa) por parte do gestor municipal por extrapolar o teto financeiro. O que pode acontecer ainda, na melhor das hipóteses, é que parte desta produção excedente seja paga pelo gestor municipal como uma forma de compensação frente a alguns procedimentos com baixa

produção e que não atingiram o teto financeiro do município. Desta forma, a produção excedente pode ser traduzida frequentemente em perdas financeiras e custos excedentes para o hospital, o que não é considerado bom, nem desejável para qualquer prestador de serviços. Outra questão é a necessidade de revisão e de prováveis ajustes dos quantitativos pactuados, pois a produção elevada denota capacidade operacional maior do prestador que os quantitativos estipulados em contrato. Seria necessário primeiramente consultar as chefias internas dos serviços do HU/UFJF para verificação, confirmação destes quantitativos e posteriormente revê-los novamente e renegociá-los com o gestor municipal de saúde. Isto evidencia uma necessidade de melhor ajuste dos quantitativos do contrato visando melhor equalização entre oferta e demanda em saúde. Sob este aspecto vale considerar também a importância de se garantir a assistência da população e a garantia da regulação pelo município frente ao planejado na PPI. Desta forma, reconhece-se a necessidade de equalização dos interesses das partes, que muitas vezes são diferentes, mas que busca uma complementação; pois da parte do gestor de saúde o interesse maior é a assistência. No entanto, para o prestador, especialmente o HU, sua missão maior foca muito no ensino e na pesquisa, tendo como compromisso hoje – a partir do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS – atender a demanda do SUS, compondo a rede de serviços de saúde. Assim, esse tripé de compromisso assumido por parte da instituição prestadora – ensino, pesquisa e assistência – acaba por justificar, muitas vezes, a realização de número de procedimentos superiores aos pactuados, a fim de financiar seus interesses do ensino e da pesquisa, que são viabilizados através da assistência. E o que se vê na prática é que essa heterogeneidade de interesses pode influenciar e/ou resultar numa contratualização abaixo da capacidade operacional do prestador de serviços.

Na análise dos dados realizada mês a mês em cada ano do período de estudo com a finalidade de observar a sazonalidade, observa-se a ocorrência de quedas de produção ou dos níveis percentuais dos indicadores aplicados em alguns meses já previstos no ano, devido justamente à sazonalidade que o hospital enfrenta. Tais períodos de queda correspondem às paralisações/interrupções do calendário universitário e das atividades dos docentes, preceptores e programas de residências desenvolvidos no hospital. Entretanto, é notório que estes períodos de interrupção acabam por refletir no resultado final da produção da instituição, impactando negativamente no cumprimento das metas pactuadas e podendo comprometer a garantia da assistência e de sua integralidade. A fim de evitar que isso aconteça, sugere-se que tal questão seja analisada pela direção do hospital, buscando alternativas como, por exemplo, avaliar a possibilidade de contratação temporária de pessoal para trabalhar nestes períodos, ou

então, debater com o gestor municipal de saúde a possibilidade de se contratar metas variáveis ao longo do ano, já prevendo essas variações nos meses de provável queda de produção e interrupção de atividades na instituição.

Quanto ao desempenho de alguns subgrupos, ainda merecem destaque:

- *Subgrupo 0202 – Diagnóstico em laboratório clínico*: Cenário tende ao equilíbrio (principalmente tomando a relação PTP-PQD). Para que este relativo equilíbrio alcançado na maioria do período se mantivesse constante seria necessário um maior controle e acompanhamento da produção – tanto em termos da lista de procedimentos que estão executados, quanto dos quantitativos distribuídos destes procedimentos – o que poderia ser feito através de um monitoramento mais efetivo dos indicadores de desempenho para tomada de decisão e ação, sempre que necessárias adequações e correções no decorrer do caminho, e o que deveria ser estendido obviamente aos demais agrupamentos (grupos/subgrupos) analisados. Conforme salientado por Lima (2009) é importante uma escolha objetiva de indicadores para monitoramento do desempenho institucional e a autora afirma que “mensurar resultados é um determinante crítico para o uso adequado da lógica contratual” (LIMA, 2009, p. 2518). Daí a importância em se adotar mecanismos internos de controle, acompanhamento e monitoramento por parte do prestador de serviço e destes somados a mecanismos de avaliação por parte do gestor municipal de saúde, para averiguar desempenho do prestador de serviço.

- *Subgrupo 0207 – Diagnóstico por ressonância magnética*: o baixo nível do PTP pode indicar falhas nos mecanismos de regulação do procedimento, como exposto. Já o alto nível do PQD denota alta produção nos quantitativos distribuídos, sendo que a produção apurada mostra lançamentos somente a partir de março de 2013, após aprovação do HU/UFJF para o credenciamento em ressonância magnética. Entretanto, há registros internos na instituição prestadora (no próprio serviço de imagem e radiologia e setor de faturamento) de produção realizada a partir do ano de 2009, com oferta de 73 procedimentos mensais ao gestor municipal de saúde, desde então. Ou seja, a entidade prestadora realiza os exames de ressonância (alta complexidade) para a população atendida pelo município de Juiz de Fora, desde 2009, mesmo sem ter sido credenciada para tanto e, portanto, sem ter recebido nenhuma remuneração para tal realização. Neste ponto, cabe ressaltar duas questões: uma delas diz respeito ao serviço prestado, porém sem a devida contraprestação financeira, ou seja, mais uma vez, fica clara a prevalência em se manter o interesse do ensino e da pesquisa na instituição prestadora do serviço. A segunda questão diz respeito ao credenciamento e à sua demora na aprovação para o HU/UFJF. Após duas negativas do estado de Minas Gerais – sob

a alegação de não haver demanda, já que existiam outros prestadores credenciados no município, inclusive da esfera privada – e também ao desrespeito por parte do gestor municipal de saúde às diretrizes e normas legais do SUS, que determinam que a entidade pública detenha a prioridade na prestação de serviços à rede de atenção do SUS, quando esta necessita de ser complementada por necessidade e interesse da população a ser atendida. Desta forma, A. M. E. Silva (2003) ressalta que, nos moldes da contratualização atual, a regulação deve considerar como referência obrigatória a preferência das instituições não lucrativas e ligadas às estratégias de saúde. Santos e Merhy (2006) complementam, destacando que quando a regulação falha neste sentido, os gestores da saúde (estaduais/municipais) tendem a descumprir a legislação vigente, deixando de privilegiar prestadores públicos ou contratando sem o devido processo licitatório. Assim, a relação irregular criada faz, muitas vezes, com que os prestadores deturpem o sistema, priorizando procedimentos mais lucrativos e selecionando a clientela que irá atender, podendo ocasionar prejuízos na assistência à população, agravando ainda mais o problema gerado.

- *Subgrupos do grupo 03: Subgrupos 0301 – Consultas/atendimentos/acompanhamentos (PTP e PQD altos) e 0303 – Tratamentos clínicos (PTP e PQD baixos):* suscitam necessidade de revisão da contratualização, devido aos percentuais em desequilíbrio – altos ou baixos. O subgrupo 0303 requer melhor investigação junto ao serviço devido aos baixos percentuais, a fim de verificar com as chefias o que está impedindo ou dificultando o não cumprimento da contratualização (se seria problema do setor como: RH, abastecimento de insumos, ou se seria problema de demanda, que talvez não exista ou requeira melhor regulação). Subgrupo 0302 – Fisioterapia: os dados encontrados mostram produção instável (chegando a ser nula em alguns meses). A vivência diária na instituição por parte do pesquisador presenciou grande produtividade do serviço de fisioterapia na instituição, o que desperta necessidade de revisão dos registros e dados de faturamento do setor (estará ocorrendo subnotificação?) e também de verificação se as baixas produções poderiam ser atribuídas aos períodos de paralisação das greves de servidores efetivos da UFJF – já que o setor dispõe de muitos profissionais sob este regime trabalhista e as paralisações decorrentes destas greves frequentemente impactam negativamente na produção do prestador.

Na análise mais detalhada das Consultas Especializadas (por especialidades) observou-se que os altos percentuais encontrados dos indicadores de desempenho (na maioria das especialidades) e ainda, os baixos percentuais, denotam necessidade de revisão da contratualização para que os ajustes requeridos sejam implementados, em conformidade com os interesses e necessidades das partes envolvidas e com o intuito de melhor atender à

população envolvida. Evidentemente que as revisões de contratualização abrangem questões de prioridades, que frequentemente se divergem entre as partes envolvidas. Um bom exemplo dessa divergência de prioridades e interesses é o caso das consultas especializadas de enfermagem e de assistência social, que constavam no contrato 2005, mas foram retiradas do termo aditivo (2008), pois o município alegou não ter interesse em mantê-las. Entretanto, estas consultas são de importância inquestionável para o atendimento ao usuário – sob a ótica do princípio da integralidade do cuidado – e para as atividades de ensino e pesquisa dos profissionais atuantes na instituição prestadora (programas de residência, etc.), que continuaram realizando o atendimento normalmente, porém sem remuneração do gestor municipal de saúde. Contudo, estas diferenças precisam ser debatidas e ajustadas, dentro de um espírito de colaboração, pois se revelam como questões complexas, e constituem-se muitas vezes em pontos de tensão entre contratante e contratado – principalmente se forem consideradas as particularidades de um hospital de ensino (como exposto) demandando uma ponderação diferenciada nas negociações. Tal situação delicada requer que estas arestas sejam lapidadas, buscando a conciliação destes interesses, através de um espírito de colaboração, parceria e consenso. Nesta linha de pensamento, na literatura consultada, há vários autores que salientam ser imprescindível o estabelecimento de um clima de parceria entre contratante e contratado, ressaltando, inclusive, que há possibilidade de que estes interesses sejam complementares (ao invés de serem discordantes), o que acaba por gerar inúmeros benefícios a todos os envolvidos, e ainda, um maior ganho à população atendida. Assim, algumas experiências internacionais de países desenvolvidos, que aderiram à contratualização, ressaltam que seu êxito está frequentemente relacionado a um espírito de colaboração muito mais que o de competitividade estabelecido entre as partes envolvidas (LIMA, 2009). Igualmente o estudo de M. A. Costa, Mota e Figueiredo (2009) relata que a adoção de uma cultura gerencial colaborativa foi fundamental para o estabelecimento de uma relação de parceria e confiança firmada entre o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com a contratualização realizada entre estes. Imbuído deste espírito e filosofia, o HC/UFMG funcionou como “braço regulador” da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, tornando-se um parceiro diferenciado do gestor municipal daquele município e atuando de forma fundamental no SUS (até aumentou a oferta de serviços ambulatoriais, em momentos de crise na saúde local).

De forma sintética, a análise do desempenho dos indicadores aponta para a existência concomitante de quatro cenários diferentes na instituição (Quadro 4), sendo que nenhum deles representa a situação ou cenário ideal.

Entretanto, percebe-se a prevalência de um cenário não tão negativo para a instituição prestadora e para o atendimento da população em geral, principalmente se considerarmos o propósito maior de um hospital de ensino que preza não somente a assistência e obviamente busca a devida prestação financeira pelos serviços prestados, mas que, sobretudo, tem o firme compromisso de financiar o ensino e a pesquisa, que são viabilizados através da assistência desenvolvida em toda a instituição. Este firme propósito favorece a continuidade e regularidade dos serviços, a integralidade da assistência e sua garantia, tão importantes princípios defendidos pelo SUS.

Este cenário, ainda que misto, representa progresso para a instituição, em termos de contratualização e de gestão, pois apresenta melhorias significativas de sua capacidade de cumprimento da lista de procedimentos pactuada, bem como dos quantitativos distribuídos – tanto da instituição como um todo, quanto dos níveis detalhados em grupos/subgrupos de procedimentos – indicando ter ocorrido certa evolução, neste sentido.

A divergência de cenários existentes mostra ainda a necessidade de ajustes na contratualização da instituição e, sobretudo, no acompanhamento, monitoramento e avaliação desta contratualização e das metas pactuadas, a fim de se efetuar a tempo as medidas necessárias ao realinhamento das ações com as estratégias financeiras, de gestão e de saúde, tanto da instituição prestadora quanto do gestor municipal de saúde.

Portanto, conclui-se com a análise dos indicadores, que a instituição estudada apresenta um cenário de desempenho ainda em desequilíbrio, mostrando de forma global elevadas produções de quantitativos distribuídos (PQD) – seja na parte ambulatorial total ou nas consultas especializadas – e, ao mesmo tempo, o não cumprimento das pactuações de alguns procedimentos (ou o cumprimento parcial da lista de procedimentos pactuados – PTP). Apesar disso, a instituição analisada apresentou evolução nos dados obtidos no período, demonstrando estar no caminho certo em busca de um cenário de equilíbrio.

Ao avaliar o processo de contratualização do HU/UFJF, algumas colocações são importantes de serem pontuadas. Algumas especialidades de consultas e outros subgrupos analisados mostram baixa ou nenhuma produção apurada em determinados períodos (meses/anos) e produção lançada para procedimentos que nem deveriam constar produção alguma, já que não os executam (exemplos: médico em radiologia e médico em endoscopia, no caso das especialidades médicas). Tais casos apontam para possíveis falhas no

faturamento da instituição, o que deve ser corrigido o quanto antes. A ocorrência de inconsistências como estas aponta para falhas consideráveis no processo de faturamento da instituição, que até o momento de realização deste estudo dispunha de um processo manual de faturamento, denotando uma premente necessidade de informatização e otimização deste processo, a fim de que estas falhas sejam eliminadas definitivamente.

A partir da automatização do faturamento hospitalar seria possível pensar numa outra necessidade igualmente importante para a eficácia gerencial e o acompanhamento do contrato com o gestor de saúde do município, que seria a integração dos dados de produção da instituição e apuração por parte do gestor municipal. O ideal seria a criação de uma fonte de dados integrada (um sistema integrado de informações, por exemplo), em que tanto o gestor de saúde (contratante) quanto o prestador do serviço (contratado) teriam acesso às informações unificadas em um só sistema, e ainda, com a possibilidade de emissão de relatórios gerenciais já prontos e indicadores calculados, para que estes fossem discutidos e revisados em reuniões – que deveriam ser regulares, embora ainda não o sejam, na prática – da comissão de acompanhamento do contrato com o gestor de saúde. Ademais, tal ocorrência favoreceria e fortaleceria a regulação da assistência, por parte do gestor municipal de saúde. Os achados de Lima (2009) apontam como uma das dificuldades à contratualização dos hospitais de seu estudo a falta e/ou insuficiência de sistemas de informação, que fundamentem estas relações contratuais. Portanto, o alcance desta otimização da informação é entendido como fundamental para o aprimoramento das práticas de gestão das instituições em voga e para o adequado acompanhamento do contrato por todos os agentes envolvidos no processo de contratualização em foco. Ainda neste raciocínio, seria interessante viabilizar que estas informações integradas chegassem também aos demais níveis de assistência da instituição prestadora, em que chefias de serviços e de setores relacionados às práticas ambulatoriais poderiam ter acesso a tais informações, a fim de acompanhar a produção e metas pactuadas.

Com o desenvolvimento e a avaliação do processo de contratualização na instituição estudada, é perceptível a ocorrência de alguns ganhos nas práticas e estruturas gerenciais e de gestão da mesma, onde, na pior das hipóteses, iniciou-se um processo de fortalecimento da gestão do HU/UFJF. Neste processo destacam-se: (1) a análise da contratualização 2005 e de seu aditivo contratual em 2008 envolveu a participação tanto das direções do hospital, bem como de diferentes níveis hierárquicos e equipes de trabalho numa ocasião inédita, jamais ocorrida até então na instituição; (2) houve aumento da pactuação geral do contrato inicial (2005) para o termo aditivo (2008), com aumento na produção e na lista dos procedimentos pactuados; (3) valorização e maior atenção dada aos registros de

produção, para faturamento e prestação de contas da instituição, ainda que através de mecanismos obsoletos; (4) início da disseminação de uma cultura organizacional focada em resultados, que, neste caso, pode ser resumida principalmente no alcance das metas pactuadas, sendo que estas, inclusive, começaram a ser mais difundidas na instituição para conhecimento de todos os agentes internos no processo de contratualização; (5) preocupação com o acompanhamento da produção, análise do desempenho e o desenvolvimento de metodologia própria na instituição para embasar tais análises e favorecer o acompanhamento da produção e do alcance das metas pactuadas; (6) melhor embasamento de informações gerenciais favorece melhores discussões e negociações, oferecendo maior poder de barganha e clareando os caminhos para a tomada de decisões mais assertivas, administrativamente falando. Portanto, o processo de contratualização trouxe avanços na gestão da instituição, ainda que tenha exposto também dificuldades, carências e limitações gerenciais da mesma.

Finalmente, em relação à melhoria do desempenho da instituição prestadora há ainda dois pontos marcantes a se considerar: a avaliação do desempenho do prestador e outras ações que podem contribuir para que esta melhoria ocorra. A avaliação de desempenho das instituições públicas, considerada essencial, mas incipiente e insuficiente para vários autores da literatura consultada (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010; BITTAR; MAGALHÃES, 2010; CESCO NETTO; LAPA; CALVO, 2008; DITTERICH; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J., 2012; LIMA, 2009), apesar de essencial para contribuir com a melhoria da gestão e da assistência – pois valoriza a medição, a criação de parâmetros e comparação das instituições, podendo, inclusive, condicionar o repasse de recursos a uma avaliação de desempenho favorável para a instituição prestadora – ainda carece de maior disseminação e prática nas realidades dos serviços públicos nacionais de maneira geral.

Com o intuito de incrementar ainda mais o desempenho da instituição prestadora e para maior êxito de sua contratualização, além dos pontos já destacados, sugere-se ainda que o contrato firmado com o gestor municipal de saúde seja desmembrado internamente na instituição em contratos menores com as chefias dos serviços e setores assistenciais, a fim de que haja o engajamento de todos no cumprimento das metas estabelecidas e também que estes desdobramentos contratuais possam funcionar ainda como forma de incentivos aos serviços cumpridores de tais resultados almejados. Tais desdobramentos contratuais além de vistos como movimento de coesão nas organizações prestadoras de serviços, fundamentando um espírito de colaboração na cultura organizacional, são fortemente estimulados em sua prática nas instituições públicas de saúde (LEITE; SOUZA; NASCIMENTO, 2010; LIMA, 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos diversos avanços e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, desde sua concepção, percebe-se o forte pulsar deste organismo em permanente transformação. Com a interação dos diferentes atores, que representam os mais diversos papéis em sua edificação, nota-se sua evolução. Diante de cenários tão adversos, diferenças regionais continentais, perfis epidemiológicos tão distintos e situações alarmantes, sua força é comprovada em sua insistente permanência. A despeito de toda pretensão, prevalece o ideal de seus vigorosos princípios: universalidade, integralidade e equidade como fonte inesgotável de inspiração a serviço de um povo tão carente e sofrido como o povo brasileiro. Como elos de uma grande corrente, a gestão e a contratualização são engrenagens que se interagem, buscando dar uma pequena contribuição na concretização dos princípios norteadores do SUS, numa frenética tentativa de tornar menos sofrível e mais digno o acesso à saúde, como forma sublime de garantir o bem primário de todos: o direito à vida.

Desta forma, a contratualização, uma das formas constitucionais de arranjo contratual, atua como meio de auxiliar o aperfeiçoamento de uma gestão voltada a resultados e de maior transparência – estabelecimento de metas e objetivos; acompanhamento e monitoramento de metas e produção; prestação de contas; melhoria das estruturas de gestão e ganhos na assistência e qualidade dos serviços – se ajustando harmonicamente com alguns princípios e diretrizes do SUS – descentralização, integralidade, garantia do acesso, regulação. Portanto, iniciativas neste sentido são válidas, entretanto, mostram-se ainda insuficientes e principiantes, exigindo maior preparo e estruturação gerencial e técnica, tanto dos órgãos gestores contratantes (secretarias de saúde e ministério da saúde), quanto dos prestadores de serviço (contratados), bem como maiores esforços de todos os envolvidos para seu aprimoramento e para que resultem em experiências mais sólidas e exitosas. Desta maneira, a contratualização dos estabelecimentos de saúde representa um avanço, mas seu êxito ainda depende de fatores como uma regulação eficaz, o acompanhamento, a revisão e avaliação permanentes dos contratos estabelecidos e também a reestruturação dos sistemas de informação (articulando as informações dos sistemas já existentes com aquelas da contratualização, sustentando o monitoramento do pactuado).

Neste contexto, este estudo abordou temas como regulação, descentralização do SUS, gestão e suas implicações num processo de contratualização, fazendo uso de indicadores para avaliar o desempenho do Hospital Universitário da UFJF.

Após o levantamento e a análise de dados da produção ambulatorial do HU/UFJF, através da utilização dos indicadores, conclui-se que o uso de indicadores mostrou-se útil e eficaz para avaliar o desempenho da instituição prestadora, fornecendo informações importantes para a gestão e abrindo campo para discussão entre prestador de serviço e gestor de saúde, a fim de chegarem juntos às soluções que mais se adéquam aos interesses das partes, visando não só a manutenção e complementação destes, como também a viabilização de uma regulação eficaz dos serviços prestados à população, a garantia do acesso à assistência e a uma alocação eficiente dos recursos públicos da saúde. Neste sentido, o monitoramento das metas pactuadas e do desempenho do prestador apresentou-se de grande valia.

Inseridos nesta filosofia, encara-se como sensato e até mesmo fundamental, que na relação estabelecida entre estas partes, fossem consideradas ainda as peculiaridades e interesses diferenciados de um hospital de ensino, não na tentativa de concessão de privilégios para estes, mas sim como forma de reconhecimento de seu imenso potencial de assistência, enquanto ponto estratégico da rede de atenção do SUS – já que estes formam recursos humanos, investem em pesquisas, detêm conhecimento e profissionais altamente qualificados; dispõem de recursos para os atendimentos mais complexos e representam grandes montantes de recursos públicos investidos na saúde. Agindo assim, terá sido dado o primeiro passo para a solidificação de um vínculo importante para toda a cadeia do sistema público de saúde nacional, pautado em um firme espírito de colaboração, que resultará no estabelecimento de uma grande e vantajosa parceria, onde todos se beneficiam, principalmente o cidadão usuário deste sistema de saúde.

Conclui-se ainda, com a análise dos indicadores, a coexistência de quatro cenários distintos na instituição, mostrando necessidade de ajustes na contratualização da instituição e, sobretudo, no acompanhamento e avaliação desta contratualização e de suas metas pactuadas. O cenário geral se mostra ainda em desequilíbrio, apresentando elevadas produções de quantitativos distribuídos (PQD) tanto para a parte ambulatorial como um todo, quanto para as consultas especializadas, aliado ao não cumprimento de alguns procedimentos constantes na lista de procedimentos contratualizados (existe somente um cumprimento parcial desta lista). Apesar disso, a instituição analisada apresentou evolução, já que houve melhora relevante em sua capacidade de cumprimento da lista de procedimentos pactuados (PTP), assim como dos quantitativos distribuídos (PQD), demonstrando assim, estar no caminho certo rumo a um cenário em busca de equilíbrio.

Para que este cenário de equilíbrio fosse alcançado, algumas ações são sugeridas: (1) a revisão da lista de procedimentos contratualizados, procurando ajustá-la adequadamente

aos interesses das partes – diminuindo ou objetivando o seu total cumprimento junto às especialidades envolvidas; (2) a revisão dos quantitativos distribuídos contratualizados, a fim de proceder aos ajustes necessários (vários necessitam de aumentos consideráveis, outros poucos necessitam de diminuição, sendo mantidos apenas para fins de atender ao ensino e pesquisa); (3) uma apuração eficaz dos dados de produção, o que conseqüentemente envolveria esforços no aprimoramento de todo o processo de faturamento e informatização da instituição; (4) o monitoramento constante do desempenho da instituição prestadora e avaliação permanente das metas pactuadas; (5) a criação de uma equipe dentro da instituição prestadora que acompanhasse, monitorasse e planejasse a contratualização, redirecionando ações sempre que necessário; (6) desdobramentos da contratualização em contratos internos, englobando direção e equipes do hospital, visando maior participação e comprometimento de todos os profissionais atuantes no processo, através de pactuações menores com estas equipes; (7) desenvolvimento contínuo da capacidade gerencial das chefias e gestores do hospital – ampliação dos saberes do planejamento e da gestão (financeira, de materiais, de pessoal, etc.); (8) maior disseminação da lógica contratual na instituição. Evidentemente, para se atingir este ponto de equilíbrio, necessita-se também do envolvimento e colaboração por parte do gestor municipal de saúde. Mas acredita-se que a adoção das medidas supracitadas por parte do prestador, auxiliaria em muito a gestão do prestador, fornecendo informações importantes na tomada de decisão e no poder de argumentação junto ao gestor municipal durante as negociações de contratualização.

Acreditando que boas práticas de gestão podem contribuir significativamente na edificação de um SUS mais justo, universal de fato e com assistência à saúde de qualidade, buscando soluções ou agregando saberes, este estudo objetivou ser de relevância para todos os envolvidos e comprometidos com um sistema de saúde de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 73-84.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A. Hospitais de ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 12, p. 155-213, 2010. Número especial.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. 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 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002a. Seção 1, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência a saúde no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2002b. Seção 1, p. 97.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Certifica como hospital de ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais e, ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com instituição de ensino superior. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2004a. Seção 1, p. 13.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o programa de reestruturação dos hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 maio 2004b. Seção 1, p. 55.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2004c. Seção 1, p.79.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº 50, de 3 de janeiro de 2005. Certifica 27 unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2005a. Seção 1, p. 17.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2005b. Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.352, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos 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 - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2004d. Seção 1, p. 83.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conass, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.848, de 6 de novembro de 2007. Aprova a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 nov. 2007. Seção 1, p. 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2011b. Seção 1, p. 2.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília: Conass, 2011c. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 88/2015, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 46. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos, n. 109).

BRIZOLA, J. B.; GIL C. R. R.; CORDONI JÚNIOR, L. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 13, n. 50, p0. 7-22, jan./mar. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CARRERA, M. B. M. **Parceria público-privada na saúde no Brasil**: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. 2012. 106f. Dissertação (Administração de empresas)– Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

CESCONETTO, A.; LAPA, J.; CALVO, M. C. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2407-2417, 2008.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7. Reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COSTA, D. M. **A contratualização do SUS e a gestão hospitalar**: a experiência de um hospital universitário. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde, Juiz de Fora, 2010.

COSTA, F. M. **Programa de melhoria contínua da qualidade**: o que pensam os trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, 2012.

COSTA, F. M.; GRECO, R. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma revisão da história para compreender e discutir. **Revista gestão e conhecimento**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 103-116, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://gc.facet.br/artigos/resumo.php?artigo=73>>. Acesso em: 12 fev.2015.

COSTA, M. A.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 269-275, 2009.

DI PIETRO, M. S. Z. Contratos de gestão: contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. **Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 2, p. 173-194, 1996. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

DITTERICH, R. G.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr. 2012.

DOURADO, D. A.; DALLARI, S. G; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, 2012.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DRUCKER, P. F. **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease, Part I: Differentiation. **Healthcare management review**, Germantown, v. 26, n. 1, p. 56-69, fev. 2001. (Discussion 87-89). Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/12099212_Managing_the_care_of_health_and_the_cure_of_disease--Part_I_Differentiation>. Acesso em: 17 jan. 2014.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Plano de Saúde: 2010/2013**. Juiz de Fora: PJF, 2010.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no estado de Minas Gerais. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 15-22, jan./mar. 2010.

LIMA, S. M. L. **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. 2009. 316f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

LOBO, M. S. C. et al. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, maio/jun. 2009.

MACHADO; S.P; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários do Brasil. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MARCH, C. A empresa brasileira de serviços hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e sociedade**, Brasília, ano 21, n. 49, p. 62-70, jan. 2012.

<<http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-1142951595.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual Administrativo-Financeiro dos Centros Viva Vida de referência secundária**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO – HOSP)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, 2007.

MINAS GERAIS. Portal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG. **Pro-Hosp**. Dezembro, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/410-pro-hosp-sesmg>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**, 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007.

PAIM, J. S.; MOTA, E. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 616-621.

PEREIRA, L. C. B. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

PORTELA, L. E.; TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e gestão dos serviços de saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 622-630.

RAMOS, G. S. A universidade e autonomia universitária: notas para a contribuição ao debate sobre as parcerias público-privadas. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 25., 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Anpae, 2011. Disponível em: <<http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0209.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

REZENDE, C. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. et al. (Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 27-42.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, jul./set. 2008. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75902008000300007.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2014.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jun. 2006.

SILVA, A. M. E. **Evolução da administração pública de saúde**: o papel da contratualização, fatores críticos do contexto português. 2003. 290f. Tese (Doutorado em Organização e Gestão de Empresas)– Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.

SILVA, A. M. S.; LUCCA, M. S.; BELLINASSO, P. A. F. Implicações fático-jurídicas da MP 520: a precariedade dos vínculos empregatícios nos Hospitais Universitários e o comprometimento de suas funções. **Revista eletrônica do curso de direito da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistadireito/article/view/7066/4278#.VS6a3fnF8w8>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SOUZA, A. S. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, p. S35-S45, 2010. Suplemento1.

SOUZA, M. T., SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Parte 1.

SOUZA, R. C. S.; CRUZ, H. O. **Plano Diretor do Hospital Universitário da UFJF**. 2009. Trabalho e Conclusão de Curso (Especialização em gestão hospitalar para micro e microrregiões do Estado de Minas Gerais)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Relatório de Gestão**: 1994/2006. Juiz de Fora: HU/UFJF, 2006.

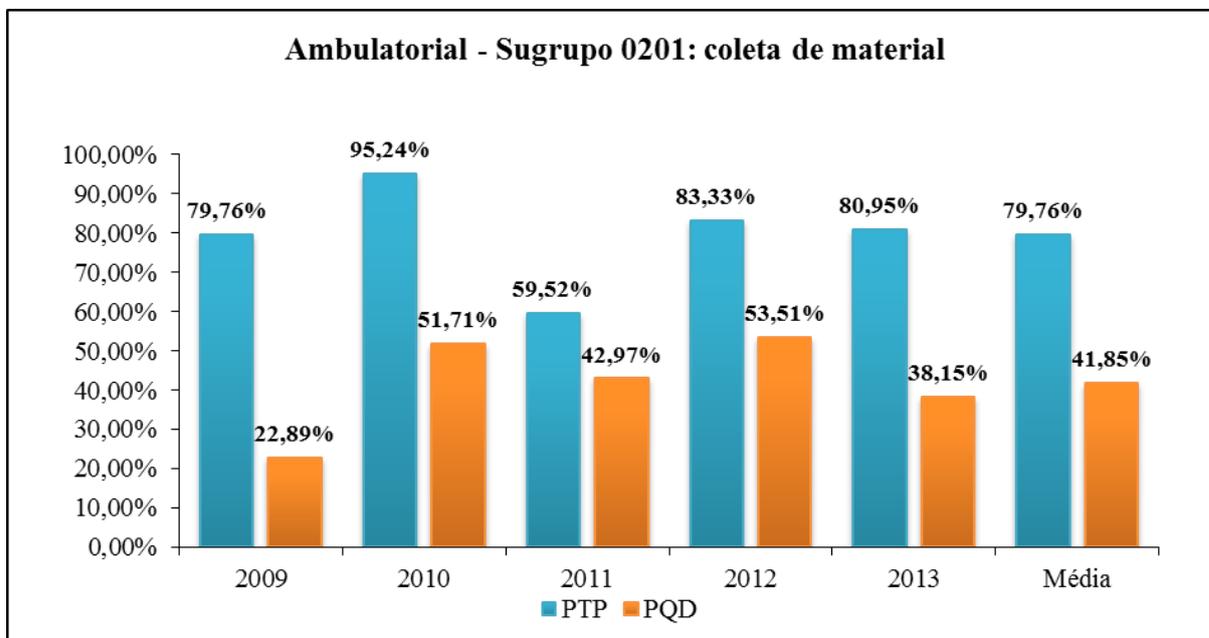
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Plano Operativo Anual (POA) 2008**. Juiz de Fora: HU/UFJF, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Relatório de gestão**: 2007/2009. Juiz de Fora: HU/UFJF, 2009.

APÊNDICES

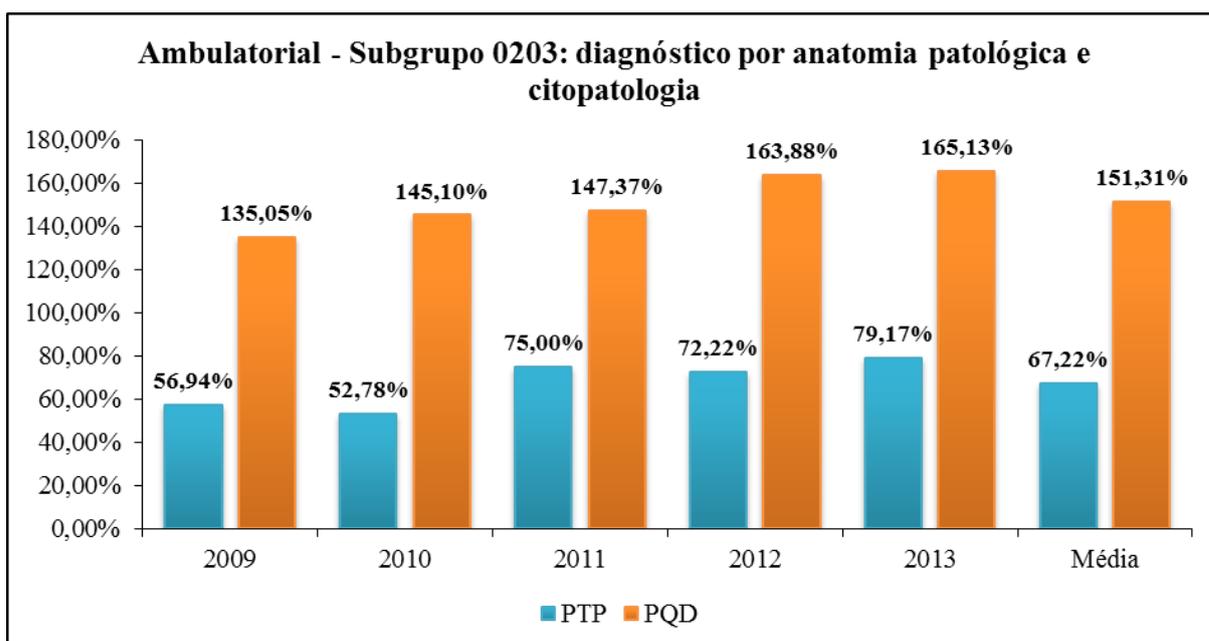
APÊNDICE A – Demais gráficos referentes aos resultados encontrados e analisados

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0201: coleta de material



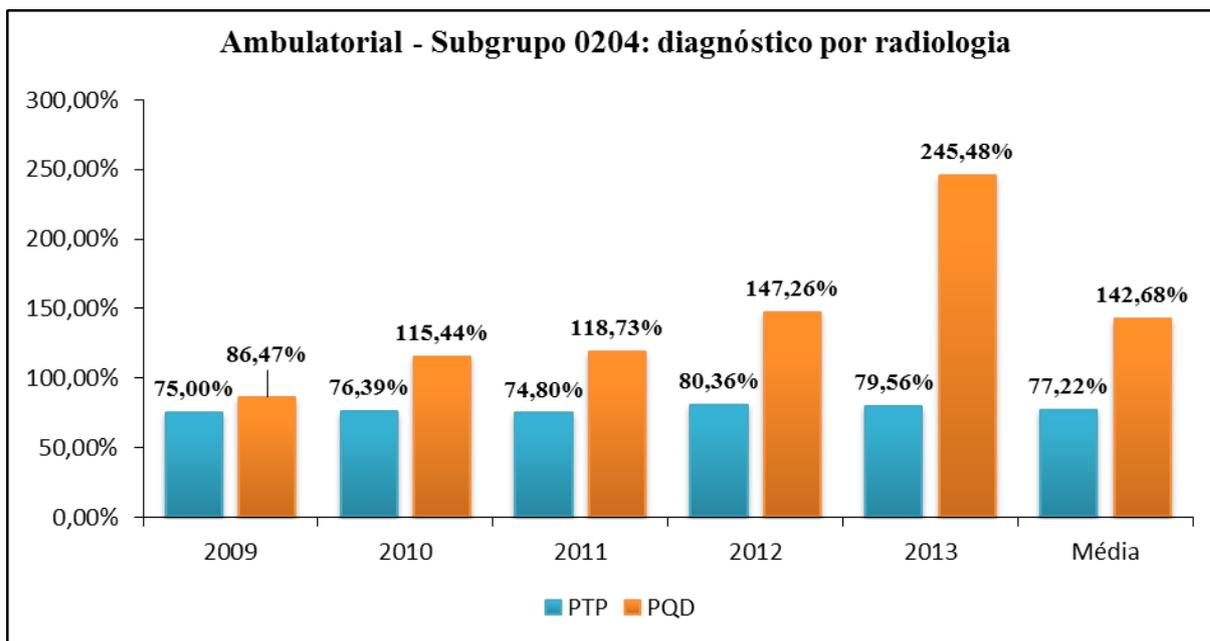
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0203: Anatomia patológica e citopatologia



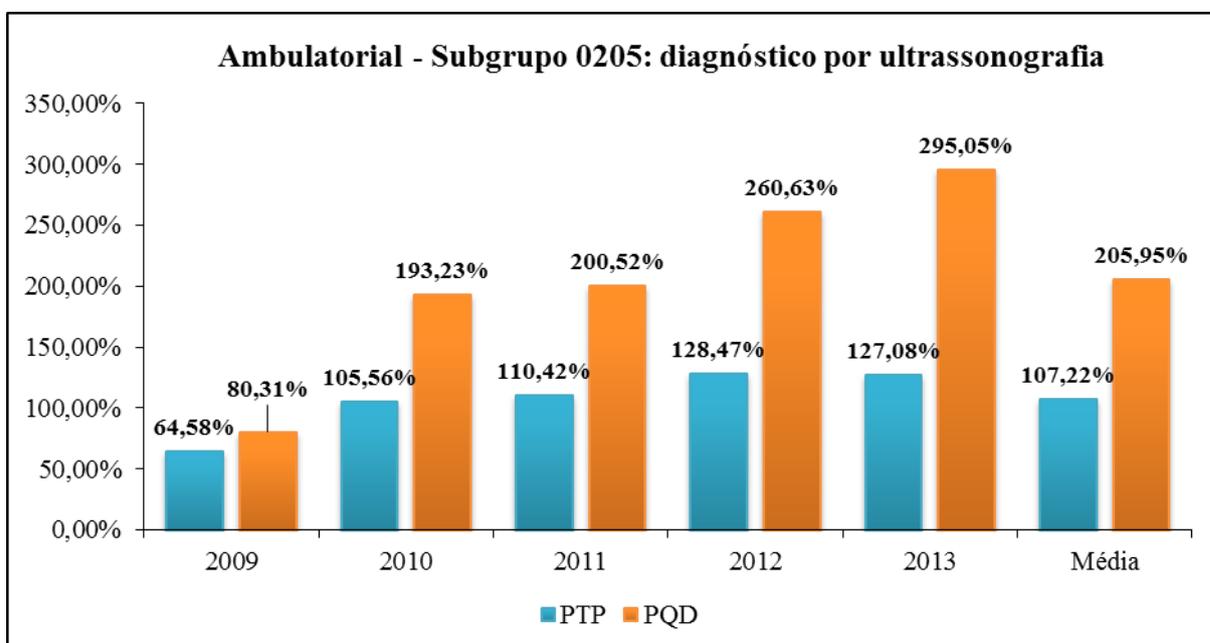
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0204: diagnóstico por radiologia



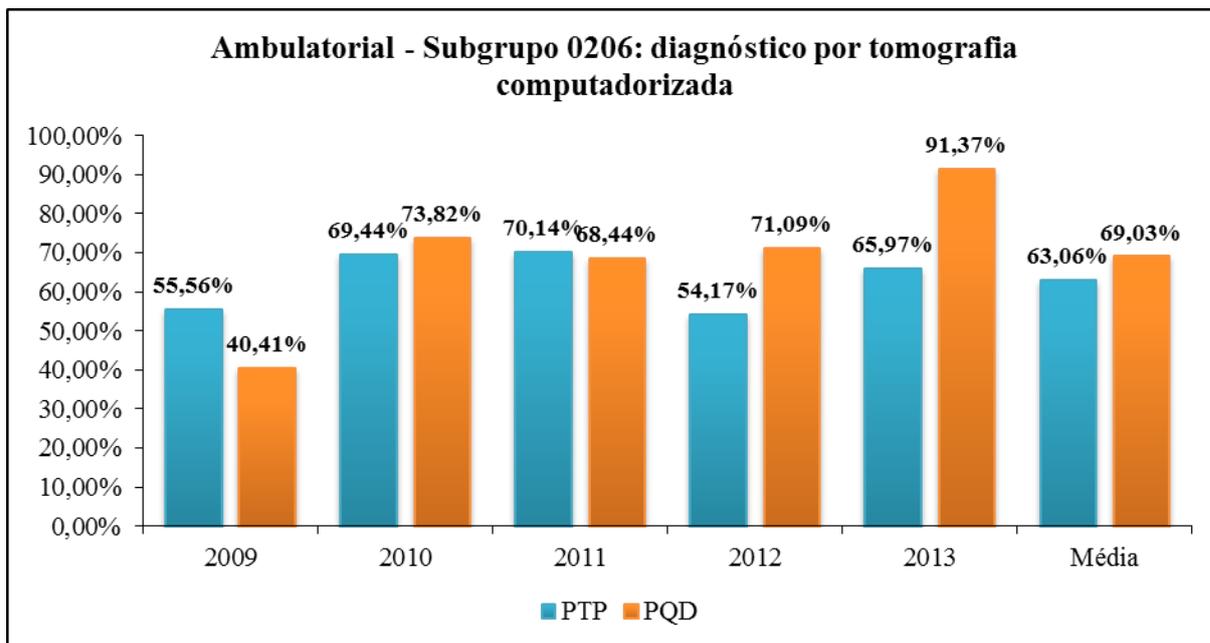
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0205: diagnóstico por ultrassonografia



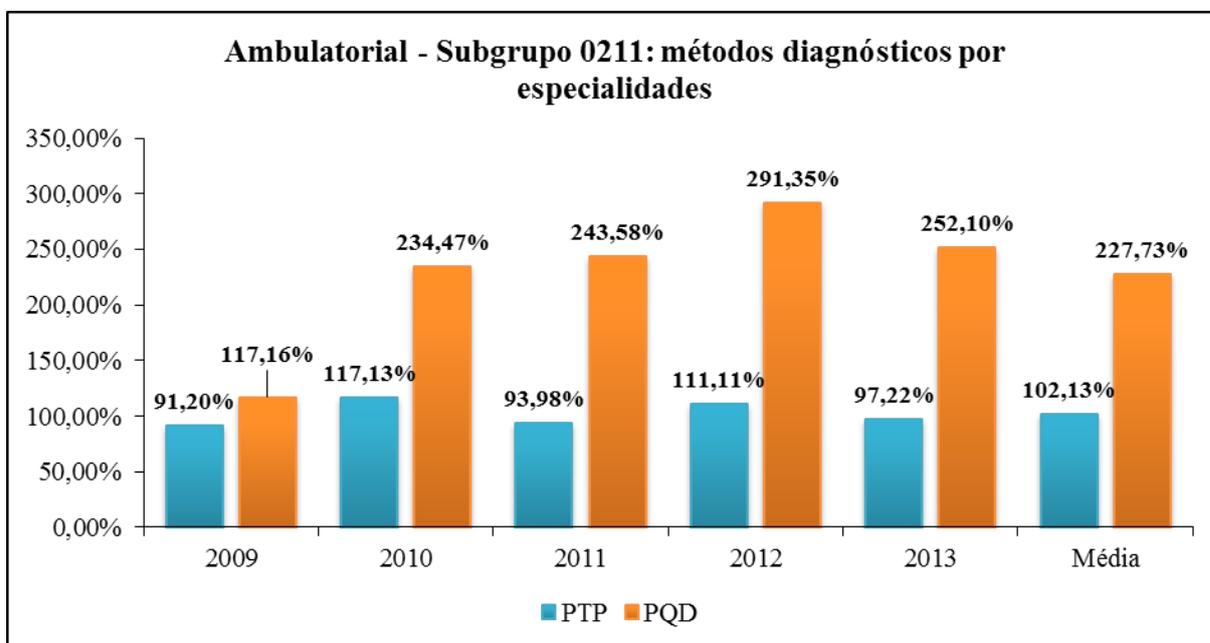
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0206: diagnóstico por tomografia computadorizada



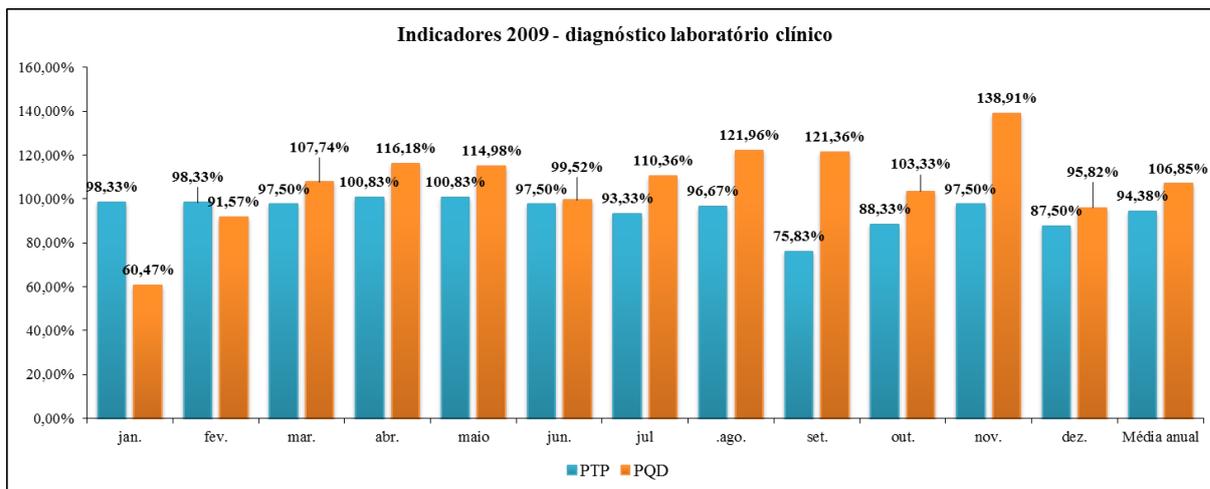
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico Ambulatorial – Subgrupo 0211: métodos diagnósticos por especialidades



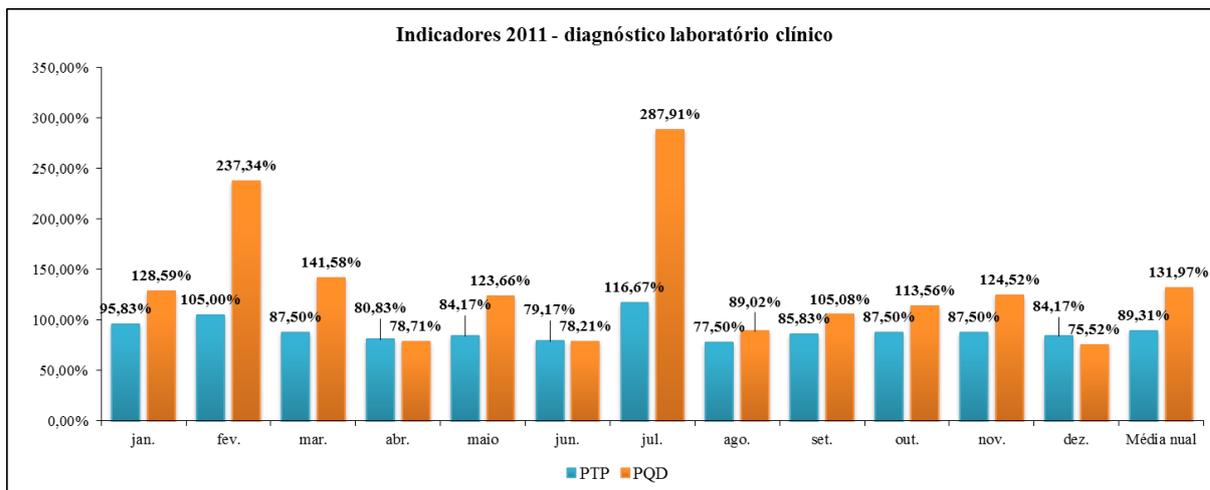
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico – Indicadores 2009 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico



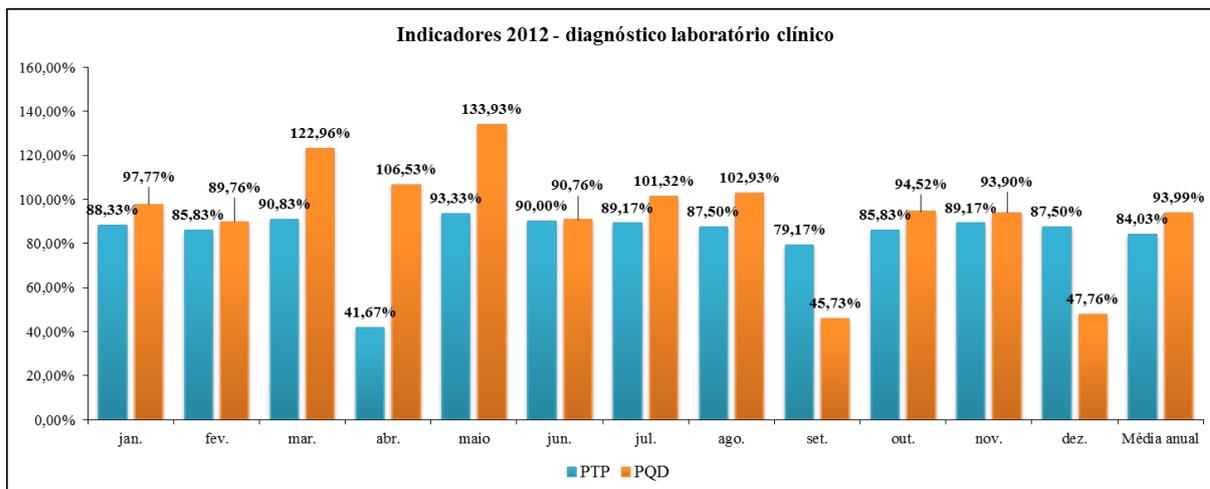
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico– Indicadores 2011 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico



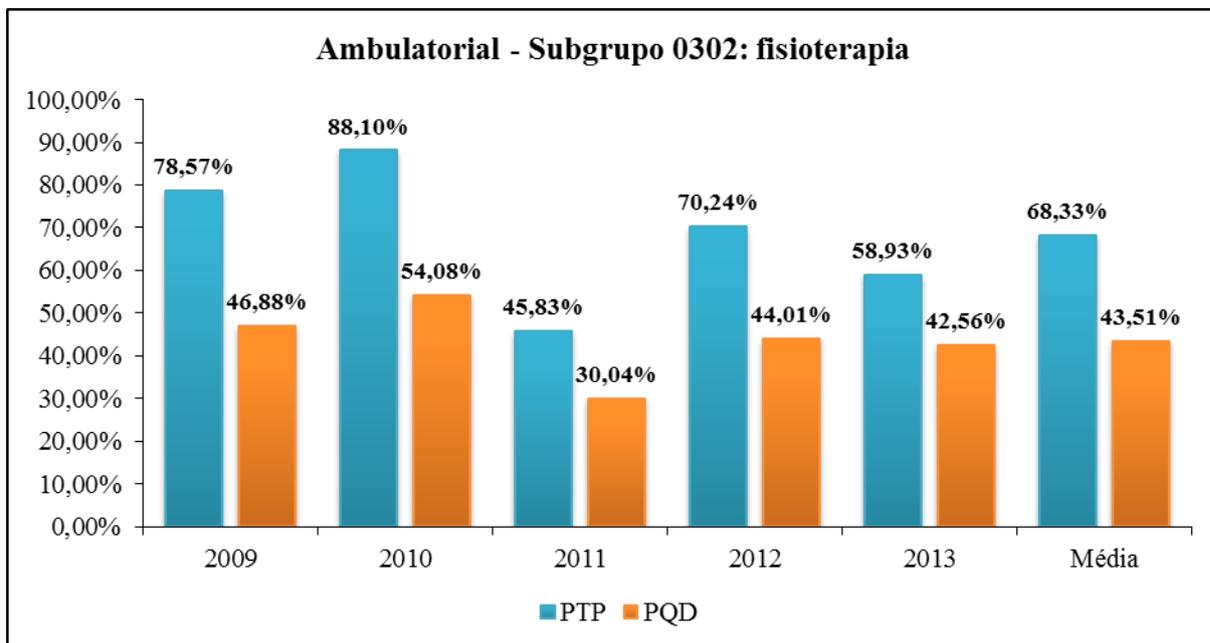
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico– Indicadores 2012 – Subgrupo 0202: diagnóstico laboratório clínico



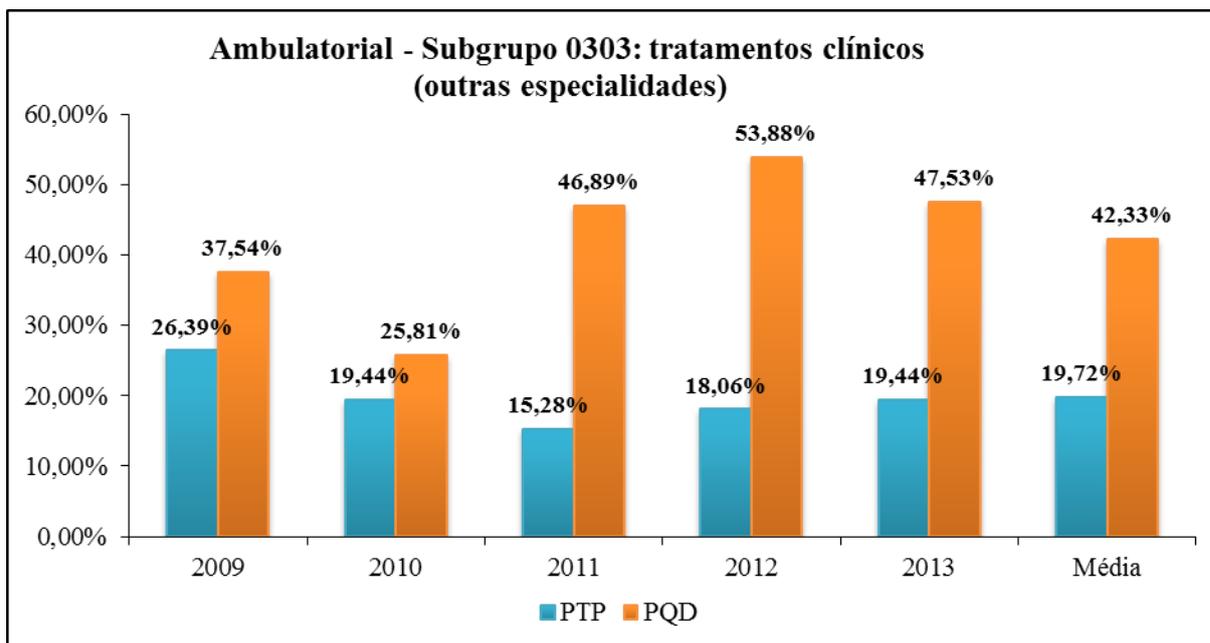
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico – Ambulatorial – Subgrupo 0302: fisioterapia



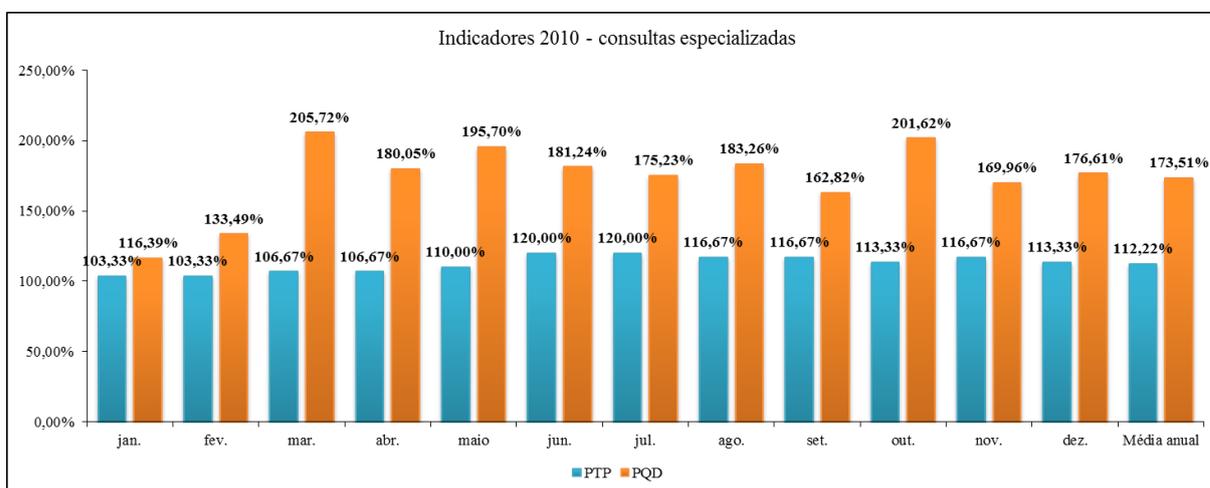
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico– Ambulatorial – Subgrupo 0303: tratamentos clínicos (outras especialidades)



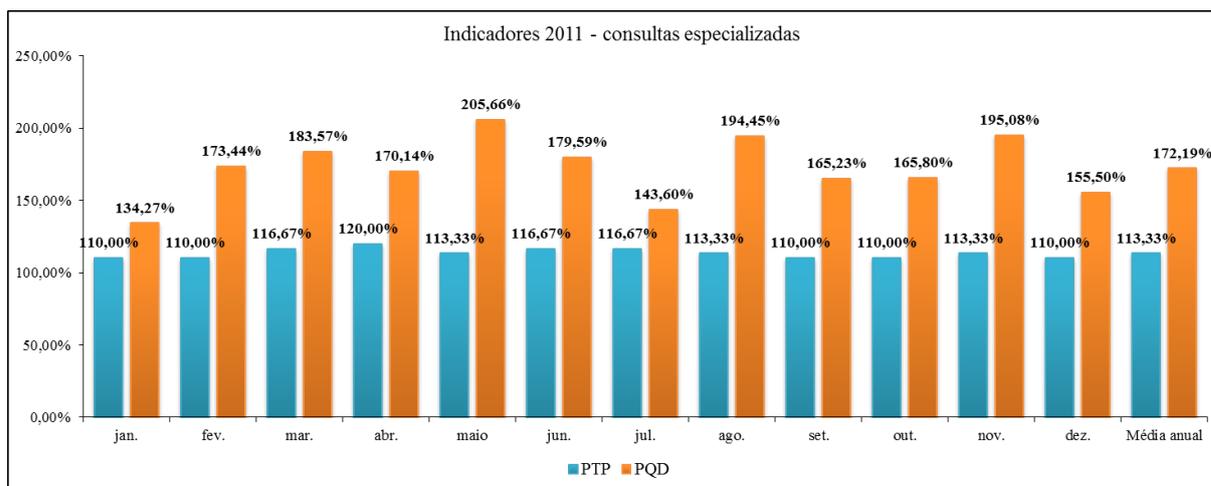
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico – Indicadores 2010 – consultas especializadas



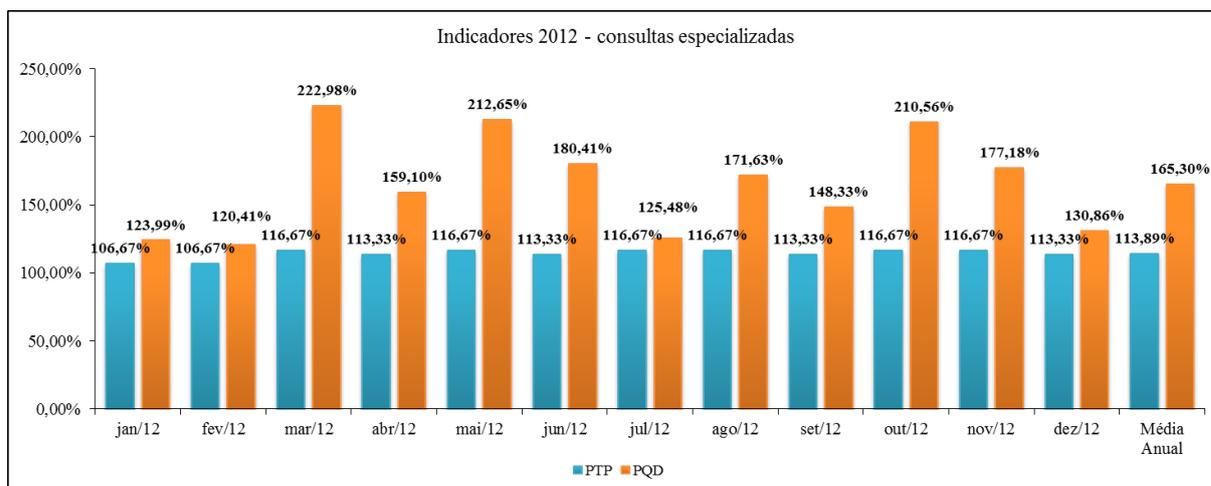
Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

Gráfico – Indicadores 2011 – consultas especializadas



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

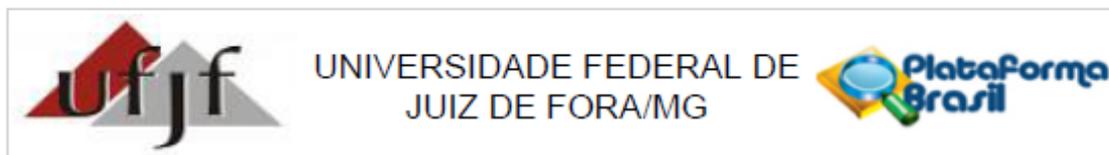
Gráfico – Indicadores 2012 – consultas especializadas



Fonte: A autora. Informações obtidas de Brasil (c2008)

ANEXOS

**ANEXO A – Parecer Consubstanciado n. Parecer Consubstanciado nº 844.955/2014 do
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de Contratualização do Hospital Universitário-UFJF no contexto do SUS

Pesquisador: ISAPAOLA PEREIRA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37204214.5.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.955

Data da Relatoria: 20/10/2014

Apresentação do Projeto:

A apresentação atende os requisitos

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo está bem exposto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, os benefícios são evidentes, na medida em que os resultados da pesquisa enriquecem o debate dessa relação de serviços do HU com os municípios conveniados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conhecer esses serviços contratualizados, bem como sua qualidade, parece-nos altamente enriquecedor

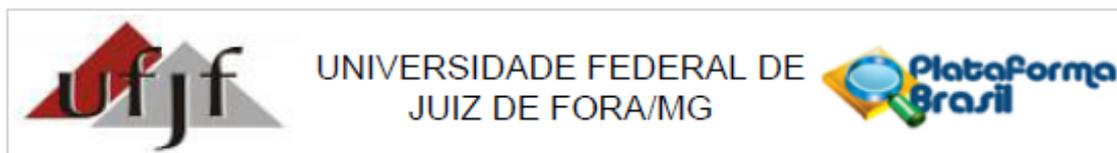
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São bem apresentados, em consonância com os objetivos pretendidos

Recomendações:

Não nos parece cabível recomendar algo diante da qualidade da proposição

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N		CEP: 38.038-900
Bairro: SAO PEDRO		
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 844.955

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional CNS 001/2013. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado nº 888.632/2014 do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de Contratualização do Hospital Universitário-UFJF no contexto do SUS

Pesquisador: ISAPAOLA PEREIRA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37204214.5.3001.5133

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 888.632

Data da Relatoria: 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que analisará a contratualização do Hospital Universitário da UFJF com a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (SS/PJF). Este estudo busca mostrar seus aspectos positivos e negativos, apontar possíveis falhas, detectar oportunidades de melhorias, aperfeiçoar a gestão, bem como o monitoramento das metas pactuadas e a avaliação de indicadores de desempenho podem ser úteis, na tentativa de se obter contratos mais eficazes e em consonância com as reais necessidades da população a ser atendida. Já foi apresentado e aprovado no Comitê da UFJF.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de Contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) no âmbito do SUS, na esfera municipal, no período de 2009 a 2013.

Levantar dados de produção ambulatorial. Aplicar indicadores de análise da contratualização

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de avaliação de dados a pesquisa pode ser considerada de risco mínimo e os benefícios são maiores e merecem a implementação do projeto.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 38.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 888.632

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um assunto de importância para contribuir com ações no sentido de se aperfeiçoar a gestão, ao se utilizar o monitoramento das metas pactuadas e a avaliação de indicadores de desempenho, na tentativa de se obter contratos mais eficazes e em consonância com as reais necessidades da população a ser atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão bem apresentados e em consonância com a Lei 466 em todos os seus aspectos.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@uff.edu.br

**ANEXO C – Autorização da Direção Geral do Hospital Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora para realização da pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**



Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Santa Catarina - Juiz de Fora - MG - CEP 36.036-110
Avenida Eugênio do Nascimento, s/nº - Dom Bosco - Juiz de Fora - MG - CEP: 36.038-330
Telefones: (32) 4009-5159, 4009-5179, 4009-5350, 4009-5351 ou 4009-5352
www.hu.ufjf.br - e-mail: secretariadirecao.cas@ufjf.edu.br

DECLARAÇÃO

O Diretor Geral do Hospital Universitário da UFJF, Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo, autoriza a realização da pesquisa intitulada “O Processo de Contratualização do Hospital Universitário da UFJF no contexto do SUS”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Isapaola Pereira Marques** e DECLARA que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 18 de 08 de 2014.



Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo
Diretor Geral do HU/UFJF

**ANEXO D – Autorização da Direção Administrativa do Hospital Universitário da
Universidade Federal de Juiz de Fora para realização da pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**



Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Santa Catarina - Juiz de Fora - MG - CEP 36.036-110
Avenida Eugênio do Nascimento, s/nº - Dom Bosco - Juiz de Fora - MG - CEP: 36.038-330
Telefones: (32) 4009-5159, 4009-5179, 4009-5350, 4009-5351 ou 4009-5352
www.hu.ufjf.br - e-mail: secretariadirecao.cas@ufjf.edu.br

DECLARAÇÃO

A Diretora Administrativa do Hospital Universitário da UFJF, Ludmilla Rodrigues Costa Gonçalves, autoriza a realização da pesquisa intitulada “**O Processo de Contratualização do Hospital Universitário da UFJF no contexto do SUS**”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Isapaola Pereira Marques** e **DECLARA** que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 18 de 08 de 2014.

p/ 
Ludmilla Rodrigues Costa Gonçalves
Diretora Administrativa do HU/UFJF