

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

MIRIA LOPES GONÇALVES MOTA

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES - MG

REYNALDO MAIA MUNIZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

MARINA DE ALMEIDA CRUZ

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES - MG

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

1. INTRODUÇÃO

O setor hospitalar filantrópico possui papel estratégico para o SUS, sendo, muitas vezes, o único prestador de serviços hospitalares em municípios do interior, além de contribuir como prestador de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (BARBOSA, 2003). A iniciativa do Ministério da Saúde, em 2005, de instituir um Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS veio para tentar solucionar ou amenizar as dificuldades enfrentadas nos estabelecimentos de saúde. Veio também para melhorar a qualidade de sua assistência aos cidadãos, estabelecer recursos financeiros pela produção de serviços e aprimorar a gestão dessas unidades hospitalares.

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

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

Em seus 12 anos de implementação, o Programa de Reestruturação e Contratualização encontra-se em constante alteração normativa, o que potencialmente, e de forma imediata, pode alterar as relações entre os atores envolvidos (Estado, Sociedade Civil e hospitais filantrópicos) e a forma de executar o atendimento aos pacientes.

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

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

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

Diante do exposto, percebe-se também uma carência de estudos que avaliem o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Âmbito do SUS. Assim, este trabalho se justifica por colaborar com as discussões acerca da assistência à saúde e com as reformas administrativas, contribuindo, dessa forma, para a melhoria do Sistema de Saúde

Pública brasileiro, diante de sua importância e essencialidade para a maioria da população e para o bem-estar geral da sociedade. Academicamente, justifica-se pela ausência de avaliações desse Programa em nível nacional e, principalmente, pela ausência de avaliações que considerem as influências de fatores culturais.

Nesse sentido, insere-se o problema que orientou a realização desta pesquisa: Qual é a percepção dos gestores acerca dos resultados alcançados pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, na cidade de Viçosa-MG? De modo a responder o questionamento apresentado, o objetivo central que conduziu a investigação foi analisar os resultados do Programa de Contratualização e Reestruturação em dois hospitais filantrópicos de saúde conveniados ao SUS do município de Viçosa, MG, com base na percepção dos diretores, em seus três eixos estruturantes – gestão, assistência e financiamento.

Viçosa é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, cuja população estimada, pelo IBGE, em 2017, era de 78.381 habitantes. Sua economia é voltada, essencialmente, para o ensino, agricultura, pecuária e prestação de serviços. A cidade dispõe de dois hospitais, uma Unidade de Tratamento Intensivo, dois Centros Cirúrgicos e obstétricos e diversos ambulatórios de atendimento.

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

Viçosa apresenta a particularidade de quase 31% da sua população estar acobertada por planos de saúde (Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa-MG), os quais absorvem 42,31% das internações. Assim, a responsabilidade pelas internações da Secretaria Municipal de Saúde pelo SUS representa 57,69%, conforme o gerenciamento atual desse sistema de saúde. Desse modo, o estabelecimento das políticas de saúde macrorregionais, microrregionais e locais influencia na gestão dos hospitais.

No próximo capítulo é apresentado um recorte teórico sobre os conceitos e os elementos sobre o Sistema Único de Saúde e o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos conveniados com o SUS.

2. CONTEXTO INVESTIGADO

2.1 O Sistema Único de Saúde

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

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

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo (nacional, estadual e municipal). Assim, cabe

aos gestores setoriais o papel fundamental da concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira.

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

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

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

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

Uma das inovações é a regionalização enquanto eixo estruturante da RAS, a fim de possibilitar atenção integral aos cidadãos. O processo de regionalização dos serviços do SUS atenta para que todas as regiões ofertem serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, que devem ser articulados entre si. Em regiões onde as ações porventura não forem ofertadas pela rede pública, elas podem ser contratadas do setor privado. A principal mudança ocorre em relação ao financiamento, que antes era feito por programas específicos e, depois, passa a ser realizado por blocos, a saber: Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais (CONASS, 2006). A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

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

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

Outra medida importante para a atual configuração do SUS é o Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Esse decreto trata também do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), que formaliza o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção à saúde. A Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados e pelos municípios nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

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

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

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

2.2 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

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

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

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

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

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

Em 2013 foi publicada a Portaria nº 3.410 MS/GM/2013, que definiu as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS. A alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, que prevê melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade da assistência. Essa política estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de atenção à saúde, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e na gestão da força de trabalho, no financiamento, na contratualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão. Está também interligada às Políticas Nacionais de Regulação, de Atenção Básica, de Atenção à Urgência, de Humanização, entre outras (BRASIL, 2013a).

Para auxiliar nesse processo, o Ministério da Saúde instituiu o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), substituído pelo Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IQGH), através da Portaria nº 3.410/13. Trata-se de um recurso extra à produção dessas unidades que tem como função estimular o investimento em qualificação profissional e em melhorias nos processos administrativos, sem prejuízo das causas assistenciais. Destina-se a cada hospital filantrópico contratualizado a quantia referente a 50% do valor contratado para os procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2013b).

Quando os hospitais não conseguem cumprir alguma das metas, há um desconto proporcional no valor devido (média dos últimos 12 meses). Os incentivos não sofrem descontos, mas há, assim, uma lógica de penalização pelo descumprimento de metas em vez de um sistema de incentivo ao seu cumprimento. O IAC não está relacionado aos resultados de produtividade ou de qualidade, uma vez que é um valor integral pago apenas pela adesão ao programa (BRASIL, 2005). A tabela de preços adotada pelo Ministério da Saúde passa a ser apenas uma referência, considerando-se que o pagamento não está diretamente vinculado a ela. Utiliza-se essa tabela para a formação das parcelas a serem pagas e na repactuação das metas, mas durante a execução do contrato são as metas físicas e de qualidade que determinam o montante real a ser recebido pela prestação dos serviços (BRASIL, 2005, 2013b).

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

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

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

3.1 Tipo, abordagem e método de pesquisa

A pesquisa adotada é do tipo descritiva e qualitativa. A pesquisa descritiva busca observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Neste tipo de estudo, realiza-se a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador (GIL, 2008). Já a abordagem qualitativa trabalha os dados buscando seu significado e tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. Procura captar causas e consequências de determinado fenômeno social, dando atenção à sua origem, relações, mudanças, continuidades e rupturas (TRIVIÑOS, 1987).

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

3.2 Unidade de análise, observação e sujeitos de pesquisa

Segundo Godoy (1995), definir a unidade de análise é um ponto importante da pesquisa, uma vez que impõe limites, delimitando aquilo que é de interesse de estudo. Nesse aspecto, para a consecução deste trabalho, a unidade de análise é o contrato do Programa de Reestruturação e Contratualização dos dois Hospitais Filantrópicos de Viçosa - MG, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.721/05. As unidades de observação são os dois hospitais de Viçosa, São Sebastião e São João Batista, ambos filantrópicos, de gestão plena e contratualizados desde 2007.

O Hospital São Sebastião (HSS), fundado em 1908, é mantido pela Associação Casa de Caridade de Viçosa, uma associação civil de direito privado, de caráter assistencial, sem fins lucrativos, que tem por finalidade precípua a prestação de assistência médico-hospitalar. Atualmente, o HSS está inserido em diversas atividades de ensino e pesquisa, por meio de parcerias com instituições de ensino superior e técnico da cidade, sendo, assim, reconhecido como Hospital de Ensino, com o oferecimento dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, em Pediatria, em Cirurgia Geral e em Radiologia. O HSS é referência macrorregional em Atendimento à Gestante de Alto Risco e atendimento em Urgência e Emergência para a Microrregião de Viçosa. Atualmente, o hospital possui 110 leitos e oferece serviços de alta complexidade, como de CTI adulto tipo I, CTI neonatal e litotripsia extracorpórea.

O Hospital São João Batista (HSJB) tem como entidade mantenedora a Fundação Assistencial Viçosense (FAV), fundada em 1974, de caráter privado e sem fins lucrativos. Em 1975, foi iniciada a construção do Hospital São João Batista, coordenado pela Fundação e com recursos provenientes da comunidade e de várias outras entidades, bem como de empréstimos ao Fundo de Assistência Social da Caixa Econômica Federal. Em 1984, ano de sua inauguração,

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

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

O sujeito de pesquisa, por sua vez, é aquele que fornece os dados que ajudam a compor a análise da pesquisa. Nesse sentido, a delimitação e a descrição dos sujeitos, bem como o seu grau de representatividade no ambiente em estudo, constituem importante momento do processo de construção da pesquisa (GODOY, 1995). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com dois diretores dos hospitais filantrópicos, um secretário municipal de saúde, um secretário da microrregião de saúde, um secretário estadual de saúde e um membro da Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC), selecionados em função da posição estratégica que ocupam e das informações a que têm acesso.

3.3 Técnicas de coleta e análise dos dados

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

Os participantes foram previamente contatados, após o que se procedeu ao agendamento conforme dias, horários e locais combinados para a entrevista. Ao concordarem em participar deste estudo, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os administradores dos dois hospitais filantrópicos participantes do programa, com o gestor local do SUS e os representantes do governo estadual, dos municípios da microrregião e um membro do Conselho de Saúde (denominados entrevistados 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente). O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir do referencial teórico pesquisado, das definições propostas pelas Portarias nº 1.721/05 e nº 3.410/13 e do modelo de contrato utilizado pelo Ministério da Saúde e os Hospitais Filantrópicos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Foram examinados documentos acessíveis no *site* do Ministério da Saúde para analisar questões de produtividade, capacidade de atendimento, características epidemiológicas, informações financeiras, etc. Para exame dos dados, construção e apresentação dos resultados, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Essa análise compreende uma técnica de estudo de dados utilizada para condensar ideias e construir categorias. Também consiste em avaliar, de forma sistemática, um corpo de texto, a fim de desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chaves”.

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

4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Neste capítulo foram apresentados e analisados os dados coletados, a fim de contemplar o objetivo geral do estudo, que é descrever e analisar os resultados do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos da cidade de Viçosa-MG. Foram avaliados três eixos específicos que orientaram sua formulação: Gestão, Assistência e

Financiamento. Foram utilizados dados secundários, a partir de consultas em bases de dados, particularmente o CNES, de forma articulada com as entrevistas dos atores entrevistados, compreendendo uma triangulação dos dados. Foi selecionado como referência para a coleta dos dados o intervalo entre 2011 e 2017 para compreender a presença de elementos de gestão e do perfil assistencial dos hospitais analisados, abordando um panorama temporal de vigência do modelo de contratação atual (através de metas e incentivos) (BRASIL, 2005).

4.1 O eixo Gestão

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

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

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

Quadro 1: Presença de elementos de Gestão

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

* Não respondeu.

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado no Quadro 1, os HF 1 e 2 apresentam elementos de gestão que facilitam sua manutenção administrativa e financeira, quais sejam: controle administrativo e financeiro, estratégia administrativa de finanças, comissões internas de avaliação e de qualidade, auditorias para decisão de assuntos internos e um grupo gestor para o controle das atividades e orientação de equipes e pessoal. Entretanto, apenas o hospital 2 possui plano diretor estruturado, enquanto o hospital 1 não possui, apesar de investir em outras ferramentas com o mesmo fim, tais como comissões setorializadas, relatórios setorializados e reuniões de gestores.

Todas as condições presentes no HF 1 e 2 foram implantadas independentemente da

contratualização. Os diretores não informaram se a atualização das informações nos sistemas de informação oficiais do MS – cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde/CNES, sistema de informações hospitalar/SIH e ambulatorial/SIA – foi decorrente da contratualização. Observa-se que o dirigente do HF 1 não se referiu a práticas de controle de custos, entretanto considerando a existência de diversos outros elementos de gestão é possível inferir que haja esse controle.

Entretanto, apesar da presença dos elementos de gestão, o PCRHF ainda possui limitações que influenciam na eficiência da contratualização enquanto melhoria dos elementos de gestão. Para o entrevistado 1, o déficit na avaliação do contrato impede a objetividade procurada por sua concepção enquanto política de saúde. Do mesmo modo, para a dirigente do HF 2, as melhorias nos elementos de gestão não se relacionam à contratualização, já que os repasses de verbas, em termos de valores, não são suficientes para abranger tais elementos. Essa constatação relaciona-se à crítica feita à lógica de contratualização por metas físicas (quantitativas e qualitativas).

De maneira inversa, para os entrevistados 3 e 6, o Programa de Contratualização contribuiu para a melhoria no gerenciamento dos elementos de gestão. Para o entrevistado 3, há uma melhoria na infraestrutura dos hospitais e um deslocamento decisório dos profissionais de saúde para os profissionais administrativos. Para o entrevistado 6, a contratualização funciona como uma ferramenta de gestão que pode ser aplicada de maneira eficiente ou não. Nas instituições e no município analisado, contudo, há uma melhoria, em particular no relacionamento entre as esferas de poder.

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

No entanto, um elemento que merece destaque se refere à gestão dos hospitais. O dirigente do HF 1 destaca a questão dos valores repassados, baseados na tabela do SUS, que são defasados, no entanto ele também levanta a questão da má gestão financeira: “eu falo muito isto, hoje o dinheiro é pouco? É, mas ainda é muito desperdiçado, a primeira coisa que deveria acontecer é definir aquilo que é realmente resolutivo [...], porque não adianta jogar mais água na caixa d’água, se ela estiver furada, e hoje tem muito furo, muito desperdício ainda” (Entrevistado1).

Esse diagnóstico é semelhante à análise feita por Neves, Ferreira e Tonelli (2017), na medida em que as questões referentes à gestão dos hospitais, antes e após o Programa de Contratualização, apresenta uma ambiguidade na avaliação dos atores envolvidos nessa política. Ora positiva, ora negativa, essa avaliação passa por elementos contraditórios. Portanto, no que se refere ao aprimoramento gerencial dos hospitais, embora os dirigentes entrevistados avaliem o PCRHF positivamente, não há indícios de melhorias nos elementos estruturais, nem nas atividades de gestão.

4.2 Os eixos Assistência e Financiamento

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

assistência, tais como a demanda de pacientes pelo SUS, demandas de urgência, a oferta quantitativa de leitos, ações voltadas à humanização do atendimento, existência de protocolos clínicos, auditorias e comitês de ética (BRASIL, 2004).

Sobre os primeiros elementos mencionados acima, de acordo com as respostas dos entrevistados 1 e 2, respectivamente, referentes aos Hospitais 1 e 2, a lógica assistencial dos hospitais é organizada conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Presença de elementos de Assistência (pacientes, leitos e demandas de urgência) nos Hospitais

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

Fonte: Dados da pesquisa.

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

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

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

Por sua vez, o entrevistado 6 conjuga os fatores dados pelos atores anteriores, articulando elementos demográficos, contratuais, evolução assistencial, articulando o aumento nos serviços oferecidos pelo SUS com a dinâmica demográfica do país, que tem se modificado nos últimos anos. Esse aumento na demanda de pacientes do SUS relaciona-se diretamente à oferta de leitos, os quais se configuram por serem leitos hospitalares SUS ou Não SUS, segundo classificação presente no CNES. Sobre o número de leitos, os atores afirmam que as instituições seguem com o mesmo número de leitos SUS, tendo aumento em leitos particulares.

Em termos percentuais, a variação no número de leitos totais de internação é pequena, mas positiva para as duas categorias (SUS e Não SUS) em ambos os hospitais, respectivamente 7,53% e 12,94%, o que confirma, de maneira geral, a percepção dos atores a respeito da permanência do número de leitos nos últimos anos. Quanto ao Hospital 1, a variação para leitos SUS (8,9%) é maior do que para leitos Não SUS (5,4%); para o Hospital 2, por sua vez, a lógica

é invertida. A variação para leitos SUS (3,7%) é substancialmente menor do que leitos Não SUS (29,03%), confirmando o diagnóstico feito pelo Ator referente à distribuição de leitos nos últimos anos. Há um aumento substancial de leitos “Não SUS” em relação a leitos SUS, resultado que confirma o panorama apresentado pelos atores a respeito do aumento na demanda de pacientes do SUS e a permanência no número de leitos. Outra importante fonte de recursos para os HF são os planos de saúde. Conforme os dados acima apresentados, percebe-se que o financiamento do SUS e o não SUS, em termos de leitos disponíveis, apontam para a influência do financiamento, assim como identificado por Neves, Ferreira e Tonelli (2017).

Um dado que chama a atenção, na comparação hospitais 1 e 2, é a diminuição dos leitos SUS e Não SUS obstétricos, a partir de 2015. Esse fato é explicado pela baixa resolutividade do hospital 1, onde todas as atividades do segmento foram transferidas para o hospital 2. Portanto, a partir de 2015, apenas o hospital 2 atende as demandas obstetrícias e neonatal. Por outro lado, em relação à percepção dos entrevistados sobre implicações do Programa de Contratualização nos Hospitais no que se refere aos elementos de assistência, há uma multiplicidade de posicionamentos.

Sobre as implicações do PCRHF à integração tanto com a rede de atenção à saúde como às políticas prioritárias do SUS, de acordo com Lima (2009, p. 130), os mecanismos de inserção na rede consideram como indicativo da inserção a “disponibilização de procedimentos - leitos gerais e intensivos, consultas especializadas de primeira vez e exames laboratoriais e de imagem - através de algum mecanismo formal para a secretaria de saúde”. Nos hospitais pesquisados esses mecanismos já eram praticados antes do PCRHF. Assim como a disponibilidade de procedimentos, os serviços de urgência e emergência também já eram ofertados antes do PCRHF. Nesse sentido, a inserção na rede já acontecia e não sofreu alteração após a contratualização.

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

Já os atores 3 e 6 situam a integração dessa rede em relação à contratualização entre hospital e município, apontando a diferença entre o contrato e o plano diretor regional, ou seja, da relação entre hospital, município e região, e a constituição dessa rede. Nesse sentido, a efetividade assistencial de um hospital não está relacionada apenas à contratualização, mas a diversos outros fatores, embora aquela seja um incentivador. O entrevistado 6, por sua vez, situa a dimensão da integração em aspectos mais técnicos e descritivos, demonstrando a importância de formação dessa rede e o quanto a contratualização pode contribuir para tal. Seu posicionamento trouxe à tona a percepção geral sobre a contratualização, seu caráter enquanto instrumento/ferramenta de gestão e de assistência entre os hospitais, a prefeitura e outras instâncias políticas. Se bem aplicado, o Programa de Contratualização promove, junto a outros fatores, todos os elementos mencionados anteriormente.

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

ambas as instituições, nenhuma delas promove ações humanitárias sistemáticas (incentivadas pelo Programa de Contratualização) no atendimento de pacientes.

5 CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA-SOCIAL E INTERVENÇÕES PROPOSTAS

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

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

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

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

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

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

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

O conflito entre as instituições de saúde e a instância municipal, particularmente nos Instrumentos de Contrato, pode ser revertido e/ou modificado, garantindo, desse modo, um prosseguimento adequado segundo os objetivos do Programa de Contratualização e, conseqüentemente, às políticas públicas de saúde existentes no município.

Quanto ao objetivo geral deste trabalho, não é possível afirmar que a contratualização melhora a gestão, a assistência, a inserção do hospital na rede e o desempenho dos hospitais,

pois muitos outros elementos influenciam a atuação dos hospitais, principalmente os recursos advindos de outras fontes. Porém, é preciso reconhecer, que nos ambientes estudados, a contratualização trouxe maior segurança financeira. A contratualização na percepção dos dirigentes dos hospitais não parece ter ocasionado grandes modificações na gestão e na assistência, inclusive, alegam que não houve alteração de disponibilização de procedimentos dos hospitais para as secretarias após a contratualização.

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

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

A melhoria de desempenho dos sistemas de saúde e dos hospitais públicos através de arranjos contratuais e incentivos permanece sendo uma questão importante, mas não facilmente gerenciada e controlada. Deve-se sublinhar que o arranjo contratual não passa de um instrumento a serviço de uma política de saúde, incluindo a política hospitalar que articule missão e papel dos hospitais frente às demandas de saúde da população. Os contratos não substituem ou suplantam a ausência e/ou deficiência da referida política e também não devem se reduzir a meros instrumentos de contenção de custos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5): 2483-2495, 2010.
- BARBOSA, P. R. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**. Rio de Janeiro, 37 (2): 265-283, Mar/Abr 2003.
- BARBOSA, P. R. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 38 (6): 811-818, 2004.
- BARDACH, Eugene. *The implementation game; what happens after a bill becomes a law*. Cambridge, Mass., The MIT Press, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.
- BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS SUS 01/2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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