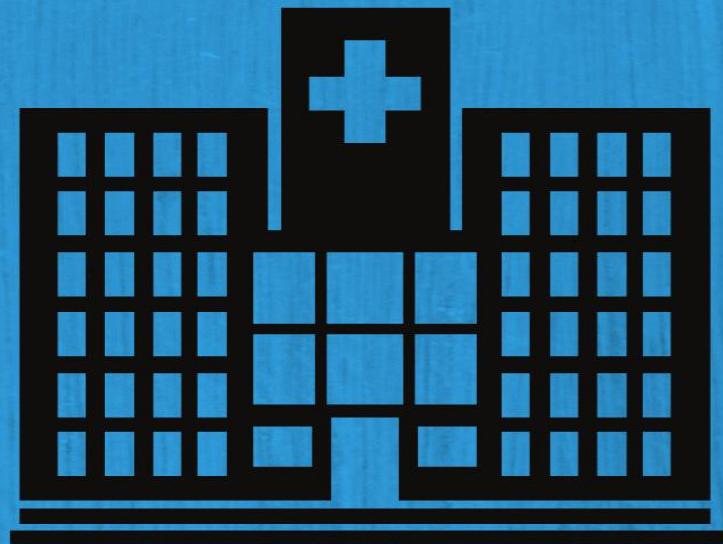


EDUARDO HENRIQUE LORETI

**CONTRATUALIZAÇÃO
DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
DE SAÚDE NOS HOSPITAIS
PÚBLICOS ESTADUAIS**



EDITORA INOVAR

**CONTRATUALIZAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**

EDUARDO HENRIQUE LORETI

**CONTRATUALIZAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**



Copyright © do autor

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos do autor.

Eduardo Henrique Loreti.

Contratualização de organizações sociais de saúde nos hospitais públicos estaduais.
Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 88p.

ISBN: 978-65-80476-32-9.

1. Contratualização. 2. Organizações sociais. 3. Saúde. 4. Gestão pública. 5. Autor. I.
Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades do autor.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2019

Para minha mãe e meu pai que eu tanto admiro e a quem eu devo tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e ao meu pai pelo amor e apoio e por estarem comigo em todos os momentos.

Agradeço à professora Marilene por ensinar com maestria e pela ajuda, sem a qual essa dissertação não teria sido finalizada. Aos amigos do “Caverna” pelo incentivo, amizade e apoio ao longo dessa jornada. À minha amiga Cristina, que me ajudou na revisão dessa dissertação.

À SESA e aos hospitais envolvidos, agradeço pela participação, receptividade, atenção e pelas informações fornecidas.

Sinto-me tão condenada por suas palavras.

Tão julgada e dispensada.

Antes de ir, preciso saber: Foi isso que você quis dizer?

Antes que eu me levante em minha defesa,

Antes que eu fale com mágoa ou medo.

Antes que eu erga aquela muralha de palavras.

Responda: eu realmente ouvi isso?

Palavras são janelas ou são paredes.

Elas nos condenam ou libertam.

Quando eu falar e quando eu ouvir,

Que a luz do amor brilhe através de mim.

Há coisas que preciso dizer,

Coisas que significam muito para mim.

Se minhas palavras não forem claras,

Você me ajudará a me libertar?

Se pareci menosprezar você,

Se você sentir que não me importei,

Tente escutar por entre as minhas palavras

Os sentimentos que compartilhamos.

Ruth Berermeyer

PREFÁCIO

A saúde como direito do cidadão é tema recorrente de discussões, trabalhos, políticas... São infinitas possibilidades que se abrem para solução dos problemas crescentes no Sistema Único de Saúde: um modelo replicado, com arquitetura concisa e elementos que não deveriam dar errado, mas em uma sociedade com cada vez mais enfermidades e o crescente número famílias com carências financeiras que as fazem utilizar seu direito de uso da rede pública de saúde, os hospitais se tornam alvo de reclamações de superlotações, mau atendimento e geram dúvidas sobre a aplicação adequada do recurso público direcionado à saúde.

Dentre as inúmeras fórmulas de solução da dita falida máquina pública para gerir a saúde surgem arranjos contratuais introduzidos no sistema para melhoria do desempenho hospitalar. Mas o quanto efetivamente essas experiências são benéficas para a máquina pública? Qual a melhoria para o cidadão usuário do sistema? O quão eficaz está a alocação de recursos públicos nesse modelo contratual? Respondendo a essas questões e provavelmente incitando novas dúvidas que permearão novos trabalhos a respeito do tema, o autor traduziu contratos de três hospitais estaduais contratualizados no Estado do Espírito Santo, discutindo sobre suas metas contratuais, fatores críticos e desafios da contratualização. O desenvolvimento do texto nos permite esmiuçar as dificuldades do modelo vigente e refletir sobre suas limitações e oportunidades de melhoria, abrindo a mente do leitor para todas as vertentes de impacto do modelo proposto, o capacitando a criticar a ferramenta e propor adequações que induzam a uma metodologia eficaz para garantia do atendimento hospitalar público de qualidade, na quantidade requerida pela sociedade e custando um valor justo aos cofres públicos.

Érica Andrade Rebouças

RESUMO

Os arranjos contratuais foram introduzidos no setor de saúde brasileiro visando melhorar a organização do sistema de saúde com o objetivo que isso refletiria na melhora do desempenho hospitalar. As primeiras experiências de arranjos contratuais no Brasil ocorreram em 1991, e desde então vêm sendo desenvolvidas e implantadas. No entanto, o entendimento sobre o efetivo impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos hospitais e os riscos contratuais ainda não são conclusivos. Sabe-se, porém, que os arranjos contratuais não são a solução para todos os problemas do setor saúde, portanto, fazem-se necessário mais estudos na área. Nesse sentido, o objetivo principal desse trabalho foi descrever e analisar o processo de contratualização de serviços em Hospitais Públicos Estaduais administrados por Organizações Sociais no Estado do Espírito Santo. Para tanto, três hospitais estaduais contratulizados no Espírito Santo foram escolhidos para esse estudo. Num primeiro momento, foi realizado uma análise dos contratos em vigor e a coleta das metas contratuais estabelecidas e, posteriormente, uma comparação com a produção hospitalar apresentada pelos hospitais e coletadas por meio do Tabwin. No segundo momento, procedeu-se com entrevistas semi-estruturadas com dois gestores da Secretaria de Saúde e três dirigentes das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e posterior análise do discurso com o objetivo de entender o processo de contratualização. A contratualização parece ter melhorado a quantidade de serviços prestado pelos hospitais. No entanto, o processo vem apresentando alguns limites, tais como: contratos mal desenhados; falta de qualificação dos envolvidos; comportamentos oportunistas; corpo técnico; orçamento e metas que não condizem com a realidade do Estado. Assim, o processo de contratualização OSS no ES não tem se mostrado como um bom modelo de gestão.

Palavras-chave: Contratualização. Organizações Sociais de Saúde. Gestão Pública.

ABSTRACT

The contractual arrangements were introduced in the Brazilian health sector in order to improve the organization of the health system with the objective that this would reflect in the improvement of hospital performance. The first experiences of contractual arrangements in Brazil occurred in 1991, and since then have been developed and implemented. However, the understanding of the effective impact of contractual arrangements on hospital performance and contractual risks is still inconclusive. It is known, however, that contractual arrangements are not the solution to all problems of the health sector, therefore, further studies are needed in the area. In this sense, the main objective of this work was to describe and analyze the process of contracting services in State Public Hospitals administered by Social Organizations in the State of Espírito Santo. Therefore, three state hospitals contracted in Espírito Santo were chosen for this study. At first, an analysis of the contracts in force and the collection of established contractual goals were carried out and, later, a comparison with the hospital production presented by the hospitals and collected through Tabwin. In the second moment, we conducted semi-structured interviews with two managers of the Health Secretariat and three leaders of the Social Health Organizations (OSS) and later analysis of the speech with the objective of understanding the process of contracting. Contractualisation seems to have improved the amount of services provided by hospitals. However, the process has been presenting some limits, such as: poorly designed contracts; lack of qualification of those involved; opportunistic behavior; technical staff; budget and goals that do not fit the reality of the State. Thus, the process of contracting OSS in ES has not been shown to be a good management model.

Keywords: Contractualisation. Health Organizations. Public Administration.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O SETOR HOSPITALAR PÚBLICO BRASILEIRO	17
2.1	CARACTERÍSTICAS DA OFERTA HOSPITALAR.....	21
2.1.1	Características da produção e utilização de serviços no Brasil e no Espírito Santo	21
2.1.2	Financiamento e gasto hospitalar no Brasil	25
3	GESTÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PÚBLICOS	27
3.1	GERENCIALISMO.....	27
3.1.1	Reforma do Estado no Brasil	29
3.2	TEORIA DA AGÊNCIA	30
3.3	CONTRATUALIZAÇÃO	32
3.3.1	Modalidades de arranjos contratuais	34
3.4	ARRANJOS CONTRATUAIS NO SETOR SAÚDE.....	35
3.4.1	O Caso das Organizações Sociais em Saúde (OSS)	38
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	41
4.1	PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS E INDICADORES HOSPITALARES	48
4.2	VALORES ENVOLVIDOS COM A CONTRATUALIZAÇÃO	52
4.3	ANÁLISE DOS CONTRATOS	56
4.4	METAS QUANTITATIVAS E A RELAÇÃO COM A CONTRATUALIZAÇÃO	60
4.5	FATORES CRÍTICOS E OS DESAFIOS DA CONTRATUALIZAÇÃO.....	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS.....	80
	SOBRE O AUTOR.....	88

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais públicos passaram por várias mudanças ao longo dos séculos, mudanças essas que objetivavam melhorar o serviço prestado. No entanto, muitos são os problemas que vêm sendo identificados no âmbito da Administração Pública no setor saúde, dentre eles: financiamento insuficiente, qualificação gerencial, sistema de informação precária, insuficiente prestação de contas, dentre outros (LIMA, 2009; OXLEY; MACFARLON, 1994). Diante disso, os arranjos contratuais foram introduzidos no setor saúde brasileiro visando melhorar a organização do sistema de saúde, que se refletiria na melhora do desempenho (LIMA, 2009).

A essência de tais arranjos está no fato de exigir clareza e foco das partes contratadas (ENGLAND, 2002). Mesmo não sendo uma ferramenta específica do setor de saúde, os arranjos contratuais ganharam destaque como ferramenta de gestão e de regulação, no que diz respeito à prestação de contas e melhorias do desempenho dos serviços hospitalares (SIDDIQI; MASUD; SABRI, 2006).

No campo da saúde, os arranjos visam à melhoria do desempenho e prestação de contas. Tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto o Ministério da Saúde (MS) argumentam que a contratualização contribuirá para uma administração em saúde mais voltada para os usuários (ALBURQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015).

As primeiras experiências de arranjos contratuais no Brasil ocorreram em 1991, e desde então vêm sendo desenvolvidas e implantadas. Porém, as experiências são relativamente novas. No que diz respeito à Administração Pública, a contratualização tem ocorrido nas diferentes esferas do Governo e em muitas localidades (MARTINS, 2008; ALBURQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015). Em contrapartida, poucos estudos têm sido empreendidos para compreender esse processo, seu formato e qual o seu impacto sobre a prestação de serviços públicos (ALBURQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015).

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), instituído em 1995, estabeleceu novas diretrizes de governanças ao Estado. Houve uma separação das atividades não exclusivas do Estado, surgindo assim a proposta de criação das Organizações Sociais (OS) (CALDAS, 2013).

As OS, de acordo com Barbosa (2010), “são entidades de interesse e de utilidade pública, associação sem fins lucrativos surgidas da qualidade de pessoas jurídicas de direito privado, nas atividades de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente”.

O emprego do contrato de gestão em instituições hospitalares teve início no Estado de São Paulo, em hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) (CALDAS, 2013), o que permite, de acordo com Abranson (2001), definir os objetivos a serem desenvolvidos pelos hospitais; bem como as metas a serem alcançadas no financiamento.

O entendimento sobre o efetivo impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos hospitais e os riscos contratuais ainda não são conclusivos. Sabe-se, porém, que os arranjos contratuais não são a solução para todos os problemas do setor saúde (SIDDIQUI; MASUD; SABRI, 2006), mas sim meio para a melhoria do seu desempenho. Desse modo, faz-se necessário entender o andamento do processo de contratualização, bem como a influência desses nos serviços hospitalares. Uma vez que, de acordo com Alcoforado (2005), mesmo estando a contratualização em crescente implantação em diversos setores, a experimentação desse modelo carece de estudos que analisem sua adequação ao setor público e como ocorre sua implantação, verificando-se, desse modo, os fatores que interferem nos seus êxitos e limites.

O Brasil possui 2.142 hospitais públicos, sendo que esses integram o patrimônio da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (TRIVELATO, et al., 2015). Já no Espírito Santo, de acordo com dados da Secretaria de Saúde, o Estado possui 20 hospitais estaduais, 3 deles geridos por OSS, sendo eles: Hospital Estadual de Urgências e Emergências; Hospital Dr. Benício Tavares Pereira – Estadual Central; e, Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves.

Desse modo, faz-se necessário acompanhar as experiências dos arranjos contratuais em curso no âmbito hospitalar, especialmente em municípios do Espírito Santo – Brasil, já que esses carecem de estudos sobre o tema, visando identificar as implicações da contratualização na melhoria do desempenho hospitalar, assim como os seus efeitos negativos e positivos de sua implantação e identificação dos ajustes necessários.

Mathonnat (2006) recomenda o desenvolvimento de estudos que possam identificar os fatores que podem contribuir para um melhor processo de contratualização de serviços de saúde. É nessa perspectiva que este estudo pretende contribuir, descrevendo e compreendendo o processo de contratualização, visando identificar particularidades de sua implementação.

Nesse sentido esse estudo teve por objetivo descrever o processo de contratualização de serviços em Hospitais Públicos Estaduais administrados por Organizações Sociais no Estado do Espírito Santo e analisar sua eficiência. Para tanto, foram lincados como objetivos específicos: mapear e descrever a contratualização de serviços hospitalares de hospitais públicos administrados por OSS no ES; avaliar a produção hospitalar e sua relação com a contratualização e discutir os fatores críticos e os desafios da contratualização.

2 O SETOR HOSPITALAR PÚBLICO BRASILEIRO

A palavra hospital originou-se do latim *hospitalis*, que dá o sentido de ser hospitaleiro, acolhedor, no entanto, a terminologia usada atualmente se relaciona com a concepção de *nosocomium*, ou seja, o hospital é visto como um lugar de doentes, asilo dos enfermos (COSTA, 2010).

A OMS (1957) traz o conceito de hospital como sendo:

[...] uma parte integrante da organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar a população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, cujos serviços externos irradiam para o ambiente familiar; e o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1957).

Os registros mais antigos sobre o aparecimento do hospital dizem respeito aos primeiros séculos da era cristã, mais precisamente durante o império Bizantino no início de século IV d.C. Os hospitais surgem ligados a associações religiosas e recebem o nome de Casa de Deus ou Casas de Misericórdia (COSTA, 2010).

A partir do século XVIII, o hospital apresenta-se como instrumento terapêutico com o propósito de curar e a presença do médico se afirma e se multiplica (SINGER, 1981). De acordo com Foucault (1979, p. 110), “[...] marca o advento do poder médico é encontrada nos regulamentos dos hospitais do século XVIII [...]”.

Os hospitais passam então por inúmeras transformações, culminando no século XX, onde passam a ser vistos de uma maneira diferente pela população. As pessoas passam a desejar a assistência prestada. São construídos e criados grandes hospitais, com grande número de leitos, especialistas e equipamentos. Os hospitais passam a exercer papel de destaque na saúde, no entanto o modelo hospitalocêntrico acarreta no aumento de custos assistenciais.

A assistência hospitalar foi se tornando cada vez mais complexa especializada, resultando em vários tipos de hospitais, podendo ser:

- 1) porte dos estabelecimentos: hospitais de pequeno porte (até 50 leitos); hospitais de médio porte (de 51 a 150 leitos) hospitais de grande porte (de 151 a 500 leitos), e hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos);
- 2) perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, os hospitais de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de pesquisa e ensino;
- 3) nível de complexidade: hospital de nível secundário, terciário e quaternário;

- 4) papel do estabelecimento na rede de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional;
- 5) permanência: hospital dia, média permanência e longa permanência; e
- 6) a governança: natureza (privada, federal, estadual e municipal) e esfera administrativa (entidade beneficente sem fins lucrativos, administração indireta autarquia, fundação pública, fundação privada, etc.) (CASTIN, 2010, p. 38).

No Brasil, o primeiro hospital, Santa Casa de Misericórdia, foi fundado em 1565, pelos jesuítas. O modelo dos hospitais religiosos foi amplamente adotado no Brasil, tanto que várias cidades possuem um hospital fundado por uma organização religiosa (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

Entre o início do século XX até meados dos anos 1980 ocorreu uma transferência gradual no processo de cuidar, dando origem aos hospitais universitários e aos hospitais de seguridade social. Essas instituições eram operadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

A consolidação da reforma da seguridade social combinada com a política do regime militar, levou a uma grande expansão da rede hospitalar no Brasil (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Com a criação do SUS os investimentos em saúde foram direcionados à expansão das unidades públicas. Desse modo, a proporção de financiamento público destinado às instituições privadas foi reduzida. Como estratégia, muitos hospitais com fins lucrativos cessaram seus contratos com o SUS, porém ainda tratavam pacientes de alta complexidade com valores repassados pelo SUS (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1995).

De acordo com Nogueira e outros (2015, p. 148),

[...] o financiamento da saúde é realizado com recursos do orçamento da Seguridade Social e integra o orçamento nacional, embora com rubricas distintas. Esse orçamento é constituído majoritariamente pela arrecadação previdenciária, participação de estados e municípios. O repasse é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, mediante pactuações de cobertura e abrangência, além das determinações da Lei 8.142, que regula as condições de financiamento da saúde.

No que tange aos hospitais, atualmente, estes são o centro do sistema de saúde no Brasil (BORGES et al., 2012), empregando a maiorias dos profissionais da área de saúde e sendo responsável por dois terços dos gastos do setor. Diferente da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar pluralista e com uma longa

tradição em financiar prestadores privados com recursos públicos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

No entanto, como na grande maioria dos países, o sistema hospitalar brasileiro é estratificado, onde um pequeno número de hospitais é de excelência, e, mesmo tendo um sistema de saúde universal essas unidades tendem a atender apenas a minoria privilegiada (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

A área de saúde no Brasil compreende dois sistemas, sendo eles: o Sistema Unificado de Saúde (SUS) e o setor privado. Conforme destacado por La Forgia e Couttolenc (2009), o SUS é a principal fonte de financiamento para a atenção hospitalar, no entanto, as informações sobre quanto o SUS gastava com hospitais, até recentemente, não eram precisas.

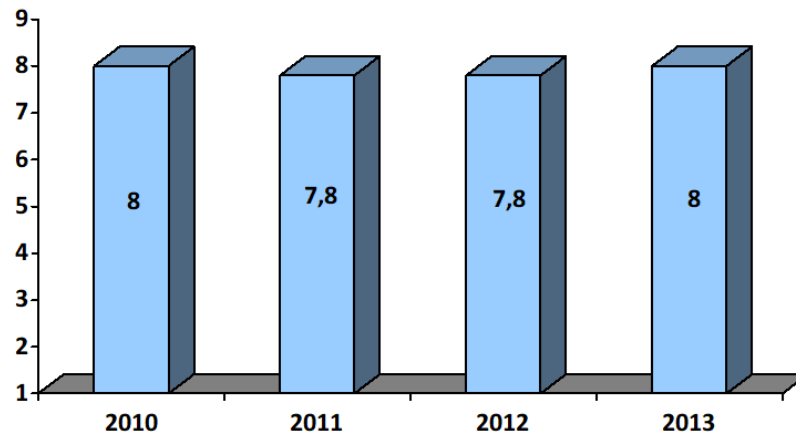
Devido às lacunas referentes às informações disponíveis e também à complexidade do setor hospitalar, estimar os gastos¹ se torna difícil. Nesse sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) propõem três abordagens para estimar o financiamento e a alocação de recursos. A primeira abordagem vai se basear em dados existentes sobre orçamentos e informações parciais de gastos, mas devido à falta de informações essa abordagem pode não ser tão interessante; a segunda abordagem utiliza informações sobre o quadro de pessoal trabalhando e os salários, podendo assim estimar o gasto ao nível das unidades. A terceira abordagem tenta estimar os gastos por tipos de atendimentos e usam dados acerca da produção e os custos.

Desse modo, financiamento e ineficiência na alocação dos recursos vão contribuir para resultados modestos em relação a quanto é gasto no Brasil com serviços hospitalares. Quando comparado o gasto e os indicadores de saúde, o Brasil fica em um nível médio de desempenho quando comparado com outros países (MÉDICI, 2005). Em 2013, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 424 bilhões (8,0% do PIB), sendo que desses, R\$ 223 bilhões foram despesas de consumo das famílias, R\$ 190 bilhões foram consumo do governo e R\$ 6 bilhões, consumo de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias. Os

¹ Gastos aqui podem ser entendidos como todos os dispêndios ou saídas de dinheiro de uma empresa ou governo.

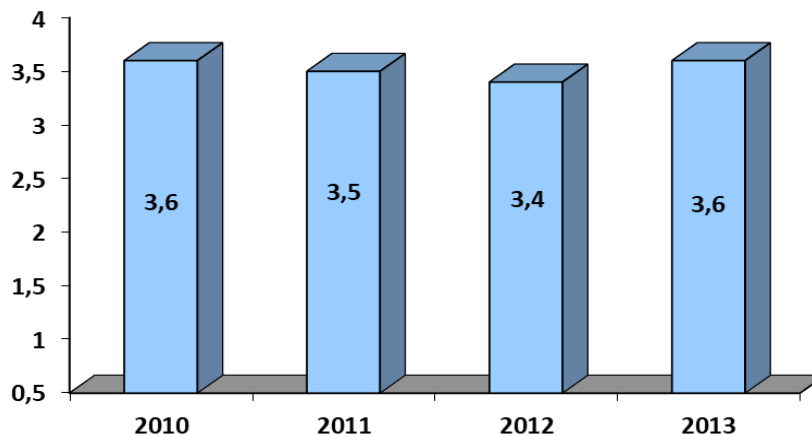
Gráficos 1 e 2 retratam o consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB.

Gráfico 1 - Consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB



Fonte: IBGE (2015).

Gráfico 2 - Consumo final de bens e serviços de saúde pelo governo como percentual do PIB



Fonte: IBGE (2015).

No ano de 2004, o gasto com saúde no Brasil equivaleu a 7,9% do PIB, valor muito próximo aos apresentados no Gráfico 1. Em termos comparativos, pode-se observar a situação dos gastos com saúde em outros países, como os Estados Unidos 13,1% do PIB; Canadá 9,3% do PIB, Argentina 9,1% do PIB, no ano de 2004 (PAIM, 2009).

A fonte mais importante de receita para os hospitais públicos é o orçamento público do respectivo nível do governo. Já os hospitais privados contratados pelo

SUS têm como principal mecanismo de pagamento os sistemas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). No entanto, a variedade e complexidade dos fluxos e mecanismos de pagamento, somada a dificuldade de informações, dificulta as tentativas de estimar o gasto hospitalar do SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

2.1 CARACTERÍSTICAS DA OFERTA HOSPITALAR

O setor hospitalar brasileiro conta com 6.657 hospitais, sendo desses 21% municipais, 8% estaduais, 1% federais e 70% privados; e, 491.589 leitos, onde 337.828 estão no SUS e 153.761 são privados. O Estado do Espírito Santo conta com 120 hospitais, sendo 25 públicos, 40 filantrópicos e 55 privados; e, 7.803 leitos hospitalares, desses 5.599 estão no SUS e 2.204 são de hospitais privados (DATASUS, 2016).

O setor hospitalar é composto por três subsetores, que são: os hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais ou municipais; hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS, incluindo as instituições sem fins lucrativos (filantrópicos e beneficentes); e hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

A grande maioria dos hospitais tem o porte pequeno, sendo que mais de 60% têm menos de 50 leitos. Os hospitais municipais tendem a ser os menores, com média de 36 leitos, seguidos pelos com fins lucrativos, com média de 53 leitos. Os maiores hospitais são os federais com média de 118 leitos, seguidos pelos estaduais, com média de 103 leitos e os filantrópicos, com média de 88 leitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O fato de a maioria dos hospitais ser de pequeno porte tem implicações importantes sobre a qualidade e eficiência. De acordo com Posnett (2002), para se obter eficiência um hospital deve ter entre 100 e 200 leitos.

2.1.1 Características da produção e utilização de serviços no Brasil e no Espírito Santo

Os hospitais públicos brasileiros, no ano de 2016, foram responsáveis por mais de 11 milhões de internações, sendo que dessas, a maior concentração de internações está na clínica médica, com mais de 6 milhões de internações, seguida

por procedimentos cirúrgicos com mais de 4 milhões de internações. Esse total de internações resulta em um valor total de R\$ 13.992.841.689,81. Já com relação à complexidade, o valor total de internações hospitalares foi de mais de 9 bilhões de reais (R\$ 9.699.814.582,52) para média complexidade e mais de 4 bilhões de reais (R\$ 4.293.027.107,29) para alta complexidade (DATASUS, 2017¹).

No Estado do Espírito Santo, os hospitais públicos, no ano de 2016, foram responsáveis por 228.950 internações, sendo que a clínica médica foi responsável por 128.340 (aproximadamente 57%) de internações, seguida por procedimentos cirúrgicos, com 98.732 internações (cerca de 43,5%). O total de internações gerou uma despesa total de R\$ 294.817.732,34. Já referente ao valor de internações hospitalares por complexidade, foi de R\$ 199.370.246,09 para média complexidade e R\$ 95.447.486,25 para alta complexidade (DATASUS, 2017).

A maior parte dos serviços hospitalares é produzida no SUS, onde ocorre 68% das internações, 73% dos atendimentos de emergência e 67% do atendimento ambulatorial realizado em hospitais. No entanto, uma grande parte das internações financiadas pelo SUS ainda é feita em unidades privadas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

A taxa média de internações/100 habitantes no SUS foi de 5,8, sendo que o tempo médio de permanência da internação foi de 5,6 dias. No Espírito Santo, os valores foram similares aos nacionais, apresentando a média de internações/100 habitantes de 5,5 e a média de permanência da internação de 5,2 dias (DATASUS, 2016).

Conforme pode ser observado nas Tabelas 1 e 2, com relação à distribuição percentual das internações por grupo de procedimentos, tem-se no Brasil 59,8% por procedimentos clínicos, seguida dos procedimentos cirúrgicos 39,6%. Percentuais próximos são observados no Estado do ES, para procedimentos clínicos e cirúrgicos, com 56,1% e 43,1%, respectivamente. Já com relação ao caráter do atendimento, no Brasil, 79,6% foram procedimentos de urgência e 19,4% foram procedimentos eletivos. Valores similares são observados no ES, sendo 79,4% e 18,4% procedimentos de urgência e eletivos, respectivamente.

Tabela 1 - Internações por grupo de procedimentos no Brasil e no ES em 2016

Grupo de Procedimentos	Brasil		Espírito Santo	
Procedimento com finalidade diagnóstica	23.729	0,2%	910	0,4%
Procedimentos Clínicos	6.748.761	59,8%	128.340	56,1%
Procedimentos Cirúrgicos	4.440.319	39,6%	98.732	43,1%
Transplante de órgãos, tecidos e células	67.625	0,6%	968	0,42%
Total	11.280.434	100%	228.950	100%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir de dados de DATASUS (2017).

Tabela 2 - Internações por caráter de atendimento no Brasil e no ES em 2016

Caráter do Atendimento	Brasil		Espírito Santo	
Eletivo	2.193.588	19,4%	43.308	18,9%
Urgência	8.976.058	79,6%	181.783	79,4%
Outros: Acidentes de trabalho ¹	42.662	0,4%	1.105	0,5%
Outros: Causas externas	68.126	0,6%	2.754	1,2%
Total	11.280.434	100%	228.950	100%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir de dados de DATASUS (2017).

Nota 1: Acrescido dos valores referente a “acidentes no local de trabalho” e “acidentes no trajeto”.

A quantidade e os valores aprovados e apresentados para procedimentos cirúrgicos no Brasil foram de 4.440.319 cirurgias aprovadas, com valor total aprovado de R\$ 5.372.695.679,07. No entanto, os valores apresentados foram de 4.440.319 cirurgias, com valor total de R\$ 7.100.584.286,50, mostrando assim uma diferença entre os valores aprovados e apresentados (Tabela 3). O mesmo foi observado no ES, 98.732 cirurgias aprovadas, com valor total aprovado de R\$ 126.593.627,35, no entanto, foram realizadas 98.732 cirurgias, com valor total de R\$ 165.658.777,82 (DATASUS, 2017). Essa diferença pode se justificar, sobretudo, pelo fato de os dados informados não serem compatíveis com as críticas do sistema, sendo necessária revisão, e fazendo com que o valor só seja pago meses depois, resultando em diferenças entre os valores aprovados e os apresentados.

Tabela 3 - Quantidades e valores apresentados e de referência dos procedimentos no Brasil e no ES no ano de 2016

Procedimento	Brasil				Espírito Santo			
	Quantidade aprovada	Quantidade apresentada	Valor serviços hospitalares	Valor total apresentado	Quantidade aprovada	Quantidade apresentada	Valor serviços hospitalares	Valor total apresentado
Procedimentos Clínicos	6.979.405	6.748.761	R\$ 5.269.689.496,27	R\$ 6.249.930.521,49	129.308	128.340	R\$ 101.998.083,95	R\$ 118.902.668,80
Procedimentos Cirúrgicos	4.440.319	4.440.319	R\$ 5.372.695.679,07	R\$ 7.100.584.286,50	98.732	98.732	R\$ 126.593.627,35	R\$ 165.658.777,82
Transplante de órgãos, tecidos e células	67.625	67.625	486.729.114,17	620.791.582,21	968	968	R\$ 7.606.544,66	R\$ 9.994.125,05
Procedimentos com finalidade diagnóstica	23.729	23.729	16.018.865,81	21.535.299,61	910	910	189.300,97	262.160,67
Total	11.511.078	11.280.434	R\$ 11.145.133.215,32	R\$ 13.992.841.689,81	229.918	228.950	R\$ 236.387.556,93	R\$ 294.817.732,34

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir de dados de DATASUS (2017).

A expansão da rede financiada pelo SUS promoveu maior acesso à atenção hospitalar e ambulatorial, sendo que as taxas médias referentes à utilização ambulatorial são similares às internacionais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Com relação ao valor total de atendimentos ambulatoriais, o Brasil teve um gasto de R\$ 19.182.670.721,49, o que, quando somado ao valor total de internações hospitalares, resulta em um total de R\$ 32.970.653.563,33 gastos em 2016. No Espírito Santo, o valor total gasto com atendimentos ambulatoriais foi de R\$ 267.235.078,66, que somado ao valor de internações hospitalares, resultou em um total de R\$ 662.634.919,45 gastos no Estado em 2016 (DATASUS, 2016).

2.1.2 Financiamento e gasto hospitalar no Brasil

Estima-se que em 2002 o gasto total com saúde hospitalar tenha sido de em torno de R\$ 47,3 bilhões, representando 67% do total de gastos com saúde no mesmo ano, sendo o governo federal responsável por 29% do financiamento hospitalar total (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Já no ano de 2013, o gasto foi de R\$ 424 bilhões (IBGE, 2015).

Embora as despesas com saúde tenham aumentado, as ineficiências persistem. A análise entre países mostra que o Brasil é capaz de aumentar os resultados de saúde em 10% com os mesmos gastos, ou poderia economizar 34% de seus gastos para produzir os mesmos resultados (WORLD BANK, 2017), o que representaria uma economia anual de R\$ 13 bilhões. Desse modo, nota-se que o SUS poderia produzir mais serviços de saúde e obter melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente, sendo necessário, de acordo com o World Bank (2017), medidas visando resolver os problemas relacionados a qualidade, eficácia e ineficiência do SUS.

De acordo com dados do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Brasil, 2015), o Brasil tem um gasto per capita na área de saúde três vezes maior que a China, mas tem indicadores semelhantes no que diz respeito a taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida.

Cerca de 67% do gasto hospitalar total é referente ao gasto com unidades privadas, sendo desses 38% com filantrópicos e 29% com os hospitais com fins lucrativos. As entidades públicas ficam com 33% desse total (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os gastos com pessoal consomem 52% de todo o gasto hospitalar e, quando são incluídos gastos com pessoal terceirizado, esse valor sobe para 64% do total, sendo que os gastos com pessoal consomem uma parcela maior nos hospitais municipais do que nos privados, 78% e 60%, respectivamente. Já os gastos com suprimentos médicos e medicamentos são o segundo maior, em torno de 24% dos gastos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os serviços de internação são os maiores gastos hospitalares com relação ao tipo de serviço, representando 64% do gasto total, seguido pelos serviços administrativos, com 13%, e serviços de atendimento de emergência, com 10,7%.

Esses valores diferem de países como o Canadá, onde os gastos com atendimentos de emergência e com administração são da ordem de 5% e 8%, respectivamente (CIHI, 2005). De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), isso pode ocorrer devido a uma série de fatores, dentre os quais estão o uso de pront-socorros para atendimentos não urgentes, arranjos organizacionais defeituosos, práticas de gestão deficientes e baixa qualidade dos atendimentos.

No que diz respeito aos gastos por nível de complexidade, a atenção de média complexidade representou, no Brasil, em 2016, 69,3% do gasto hospitalar total, além de serem responsáveis por 92,9% das internações totais² (DATASUS, 2017). Esses valores demonstram ineficiência na utilização dos serviços hospitalares, uma vez que muitos dos procedimentos poderiam ser tratados com menor custo fora dos hospitais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

² Foram incluídas todas as internações como partos e psiquiatria.

3 GESTÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES PÚBLICOS

O Brasil vem, ao longo dos anos, confrontando-se com várias reformas na administração pública, conforme será discutido no tópico 4.1, no entanto, os avanços têm sido parciais. O resultado tem se mostrado como uma mistura de arranjos organizacionais e gestão nas instituições públicas, incluindo os hospitais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O Brasil tem experimentado vários tipos de arranjos organizacionais e gestão nos hospitais. La Forgia e Couttolenc (2009) destacam nos hospitais públicos a administração direta, que são instituições geridas pelo governo federal, estadual ou municipal; os hospitais de administração indireta, geridos por autarquias e fundações públicas; os hospitais de administração autônoma, podendo ser gerenciados por empresas públicas, fundações de apoio ou organizações sociais.

Os hospitais de organizações autônomas, compreendem pouco mais de 1% dos hospitais públicos, porém, esses têm recebido atenção crescente por parte das políticas públicas. Os que mais têm se destacado são os hospitais gerenciados por OS, sendo que isso se dá por meio do processo de contratualização dessas OS, processo esse que teve início dentro da Nova Gestão Pública ou Gerencialismo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

3.1 GERENCIALISMO

Existem três formas de administrar o Estado, de acordo com Costin (2010), sendo eles: a administração patrimonialista, pública burocrática e pública gerencial. A administração patrimonialista era o modelo de administração das monarquias, onde o patrimônio do rei e o patrimônio público se confundiam. Com o passar do tempo essa forma de administração não se mostrou compatível às necessidades de uma sociedade civil estruturada, fazendo-se necessário uma forma de administração que fizesse uma separação entre o espaço público e privado. Nesse contexto surge a administração burocrática, tendo como princípios básicos o formalismo, impessoalidade, hierarquização e rígido controle de meios (COSTIN, 2010). No entanto, a administração pública burocrática não correspondia às demandas da

sociedade civil. Os cidadãos exigiam mais do que o Estado podia oferecer (BRESSER PEREIRA, 1996 apud EL-WARRAK, 2008).

A administração pública burocrática impunha uma lacuna entre as demandas da sociedade civil e possibilidade de oferta por parte do Estado, gerando uma crise com características fiscal e de governabilidade. Diante disso, surgiu o que Bresser Pereira (1996), apud Costin (2010) denominada administração gerencial, também chamada de Gerencialismo ou Nova Gestão Pública.

O gerencialismo surgiu na Inglaterra, sob a administração de Margaret Thatcher (COSTIN, 2010), trazendo a ideia de responsabilização, eficiência e foco nos resultados, visando combinar aos novos arranjos institucionais o princípio da eficiência e da democracia participativa (GOMES, 2012). Transformou-se em um movimento de caráter internacional nos anos de 1980, tendo como base as experiências do Governo Inglês e o modelo Norte Americano (GRUENING, 2001; ABRUCIO, 2006).

O gerencialismo tem como premissas a elevação do desempenho e o ajuste fiscal, ou seja, visa elevar a desempenho do Estado, com menos recursos públicos. Desse modo, o gerencialismo traz consigo princípios da administração empresarial sem perder o foco no interesse público e focalizando o cidadão (BRESSER-PEREIRA, 1996; PAULUS JÚNIOR, 2013). Tem como características mais relevantes o sistema de gestão focada em resultados; contratualização de resultados; criação de figuras institucionais que podem estabelecer parcerias com o poder público, dentre elas: PPP (Parcerias Público-Privadas), OS e Oscips (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público). Essas foram criadas com objetivo de realizar serviços que não são atividades exclusivas do Estado (COSTIN, 2010).

Abrucio (1997) considera imprescindíveis os conceitos de equidade, *accountability* e participação social, dentro do gerencialismo, além de racionalidade, eficácia e liberdade de escolha.

Assim, o gerencialismo, para Mills, Hongoro e Broomberg (1997), e Souza e Carvalho (1999), foi uma revolução mundial na forma de pensar o setor público, focando em restrições fiscais, privatização, descentralização e desregulamentação

visando melhorar as atividades públicas. Os resultados são mais importantes que os processos.

De acordo com Matus (1997), no gerencialismo, se existirem bons incentivos, ocorre o surgimento de bons resultados, isso sem a necessidade de muito controle. Já Osborne e Gaebler (1994) apud Paulus Júnior (2013) sugerem que, além de bons incentivos, faz-se necessário a criação de metas e indicadores para avaliações. Entretanto, isso não acontece na maioria dos países (TROENING, 2000).

Para Alves (2011), os países que adotam o gerencialismo apresentam ganhos no que diz respeito a eficiência na gestão, transparência e prestação de contas. Por outro lado, apresentam diminuição da produção direta dos órgãos do Estado.

3.1.1 Reforma do Estado no Brasil

Após sua implementação o gerencialismo foi se estendendo para outros países (COSTIN, 2010). No Brasil, a reforma administrativa iniciada a partir de 1990, teve sua influência no modelo gerencial inglês e com vertentes do modelo americano, tendo suas ideias de acordo com a proposta gerencialista que vinha sendo criada no mundo a partir da década de 1970 (OLIVEIRA, SILVA; BRUNI, 2012).

Em 1995, o Governo Federal formalizou a Reforma do Estado com a Publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do governo do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002), onde se visava construir uma Administração Pública condizentes com as mudanças ocorridas no mundo (BARBOSA; ELIAS, 2010).

A reforma do Estado teve como objetivo equilibrar as contas e elevar a capacidade de ação estatal. Para tanto, foram estabelecidas três dimensões a serem contempladas: a dimensão institucional-legal, visando diminuir os obstáculos de natureza constitucional; a dimensão cultural, substituir culturas antigas pela nova cultura gerencial; e, dimensão gerencial, relacionada à gestão e suas práticas (COSTIN, 2010)

Na dimensão institucional-legal, a primeira medida foi elaborar o projeto de Emenda Constitucional que envolvia, dentre outros, a implementação de contratos de Gestão, que seria um instrumento importante para controle dos resultados.

A reforma trouxe mudanças, como a implantação de OS,

[...] parcerias público-privadas em que o núcleo estratégico, responsável pela formulação e coordenação de políticas públicas, contrata uma parceria com uma organização do terceiro setor para realizar um determinado serviço público por meio de um contrato de gestão em que se especificam recursos repassados e resultados a serem atingidos (CASTIN, 2010, 70).

A dotação da reforma do Estado significava transformações na gestão pública, para obtenção de uma maior eficiência, transparência, participação e um alto nível ético (MARINI, 2005 apud OLIVEIRA; SILVA; BRUNI, 2012).

3.2 TEORIA DA AGÊNCIA

Durante o processo de reforma de Estado e da administração pública, foram discutidas algumas questões, dentre elas o baixo desempenho, acompanhado de insuficiente prestação de contas da administração pública. O neoinstitucionalismo objetivava dar resposta a essa questão (LIMA, 2009).

Para o neoinstitucionalismo, o desempenho do Estado e da administração pública tem relação direta com desempenho institucional. Um desempenho institucional adequado deve visar a coletividade, nesse sentido, os indivíduos envolvidos não devem agir considerando seus próprios interesses, pois assim não ocorre uma melhoria global para todos os envolvidos (MELLO, 1996; PAZEWORSKI, 1998).

Destarte, um arranjo institucional adequado é aquele que desincentiva o auto interesse. Para tanto, se faz necessário regras e incentivos visando soluções cooperativas (LIMA, 2009).

De acordo com o pensamento neoinstitucional, ocorreu uma evolução do entendimento dos agentes econômicos, indo do homem econômico, passando pelo homem administrativo, chegando ao homem contratual (CALDAS, 2013), sendo que ambos os agentes têm comportamentos de auto interesse. Porém, o homem contratual se diferencia dos demais pela propensão ao comportamento oportunista (LIMA, 2009), ou seja, de acordo com Araújo e Sanchez (2005, p. 21) “busca do

interesse próprio com dolo, no sentido de uma ação que prejudique a outra parte do contrato, o que não significa necessariamente quebra de contrato”.

A ferramenta analítica do neoinstitucionalismo, denominada de Teoria da Agência, tem suas informações oriundas do modelo de comportamento do homem contratual. De acordo com Lima (2009):

Nesta teoria, as transações sociais estabelecidas, entre agentes auto interessados, com racionalidade limitada e com propensão a comportamentos oportunistas, são consideradas como relações titular/agente ou principalmente/agente (*principal/agent*). O oportunismo é um conceito central para análise das relações entre titular e agente (LIMA apud MELO, 1996).

A relação entre titular e agente acontece quando o titular, incapaz de atingir os resultados esperados sozinho, estabelece o cumprimento de determinadas atividades com o agente. Tanto o titular quanto o agente podem ser uma organização, um indivíduo ou mesmo um grupo de indivíduos (ALVES, 2011).

Para estabelecer tais relações, o titular precisa ser munido de poder, possuir conhecimento específico, além de recursos e informações. Já o agente necessita possuir poder específico, mediante conhecimento, habilidade técnica e certa parcela de informação (LIMA, 2009; ALVES, 2011).

Desse modo, o agente é contratado para atuar em defesa dos interesses do titular, no entanto, o agente tem interesses próprios, que muitas vezes é desconhecido pelo titular, sendo este um dos principais problemas para o titular (LIMA, 2009)

A relação entre ambos pressupõe uma relação contratual que determina a atuação do agente bem como o desempenho esperado. Para isso deve ser especificado, em nível dos contratos, as ações a serem realizadas e os incentivos, tanto positivos ou negativos, ou seja, prêmios ou punições (PRAZEWORZI, 1998), além de instituir mecanismos de monitoramento e controle (LIMA, 2009).

Assim, a relação entre o titular e o agente precisa estar estruturada de forma adequada, para isso se faz necessário um contrato, que contemple o desempenho esperado por parte do agente, os ganhos e perdas, monitoramento, e mecanismos de prestação de contas e avaliação (LIMA, 2009; FERRIS; GRANDY, 1998).

De acordo com a Teoria da Agência, os mecanismos de prestação de contas são requisitos imprescindíveis, e tem o desempenho como principal critério norteador da recompensa e da punição (CALDAS, 2013).

No setor saúde, por exemplo, nos hospitais, as relações que se estabelecem podem ser classificadas como relações entre titular e agente da Teoria da Agência. Como no setor saúde têm-se problemas relacionados a baixo desempenho e insuficiente prestação de contas, uma possível solução para esses problemas de acordo com a Teoria da Agência, seria o estabelecimento de regras a serem seguidas, mecanismos de monitoramento e constrangimento, visando alcançar um desempenho pré-definido (LIMA, 2009).

Assim, a Teoria da Agência, por meio dos arranjos contratuais, visa minimizar o comportamento oportunista e assegurar o cumprimento do que foi estabelecido, sendo considerada perfeitamente aplicável às relações que se estabelecem no setor saúde (LIMA, 2009).

3.3 CONTRATUALIZAÇÃO

O gerencialismo coloca em questão uma nova perspectiva de relacionamento do Estado, a contratualização (MARINI, 2003). A contratualização vem então como uma ferramenta para promover mudanças na qualidade dos serviços públicos prestados (JANN; REICHARD, 2002).

Segundo Martins (1998) a primeira manifestação da contratualização ocorreu na França por volta de 1967. No Brasil a experiência com contratualização teve início na década de 80. Já entre o setor público e o terceiro setor, os arranjos contratuais têm sido utilizados desde final dos anos 90, depois de já ter sido usada com êxito em outros países (ALCOFORADO, 2005).

Para El-Warrak (2008), numa relação contratual o governo fica com a responsabilidade de financiar o serviço, mas delega a produção a outro ente, ou seja, o governo, diante das suas necessidades, elabora um contrato e procura quem o possa cumprir ao mais baixo custo. Essa separação entre financiador, produtor e fornecedor introduz uma nova forma de gestão.

A gestão por contratos faz do governo um agente comprador, usando os produtores para alcançar seus objetivos políticos. Para o autor, aceitar que qualquer atividade das entidades públicas pode ou deve ser objeto de alguma forma de contratualização é uma visão mercantil e restringe as atividades do governo (EL-WARRAK, 2008).

O modelo da contratualização sustenta-se em três eixos: (I) plano de atividades e os recursos para colocá-lo em prática; (II) mecanismos de avaliação; e, (III) sistema de incentivos para o alcance de metas (LIMA e RIVERA, 2012) e para ser eficaz, a contratualização precisa ter como objetivos maior flexibilidade, transparência, melhora do desempenho, aumento da qualidade, da produtividade e da efetividade dos serviços prestados. (PACHECO, 2004).

No modelo de Estado brasileiro, os arranjos contratuais são um dos instrumentos mais potentes para se alcançar os resultados esperados e modernizar os serviços públicos (BRASIL, 1995).

O contrato não reflete apenas um processo de alocação de recursos baseada em medidas e indicadores que mostram o desempenho, mas um processo que também conduz à reformulação das relações no setor público. O governo se torna o núcleo que se relaciona por meio de contratos com organizações responsáveis pelo fornecimento de serviços públicos (SANTOS, 2000).

Um modelo de contratualização eficiente exige avaliação continuada e indicadores previamente definidos, sendo necessário que quem executa o contrato não seja o mesmo que define os objetivos e que avalia (PAULUS JÚNIOR, 2013). La Forgia e Couttolenc (2009) ainda observam que é necessário para um processo eficaz de contratualização, a avaliação constante dos contratos.

Em um processo de contratualização em áreas como a da saúde, pode ser difícil definir a tarefa ou serviço que será fornecido, bem como controlar os resultados em termos qualitativos e quantitativos, uma vez que, de acordo com Oliveira (2010) apud Paulus Júnior (2013), as secretarias de saúde, muitas das vezes, não têm a estrutura para o desempenho efetivo dessa função.

De acordo com Chioro dos Reis (2011) a avaliação sistêmica dos contratos de organizações hospitalares não é uma prática recorrente. Lima (2009) cita que existe pouco conhecimento sobre os arranjos contratuais no que diz respeito aos serviços

de saúde. Neste sentido, Maynard (2008) cita que em um serviço de saúde o contrato não pode apenas visar alcançar metas, uma vez que estas devem ser de valor para o paciente e terem custo-efetivo.

3.3.1 Modalidades de arranjos contratuais

Diferentes modalidades de arranjos contratuais são observadas e podem, do ponto de vista da formalidade, ser “duros” ou “leves”. Nos contratos “duros”, as partes têm certo grau de autonomia e o contrato pode ser legalmente imposto. Já os contratos “leves”, a menor formalidade, sendo difícil, há imposição legal (ENGLAND, 2002).

Os contratos podem ser classificados em clássicos, onde os objetivos e as responsabilidades de cada parte são descritas e abordadas de modo claro (MCPAKE; KUMARANAYAKE; NORMAND, 2002), e também em contratos relacionais que são mais baseados na confiança e não são detalhados na íntegra (PERROT, 2006).

No setor público, pode haver contratos de prestadores privados para a prestação de serviços públicos e contratos entre autoridades governamentais de uma esfera e prestadores de outra esfera ou da mesma esfera governamental (ENGLAND, 2002).

Mendes 2002 (apud LIMA, 2009, p. 105) cita que os contratos devem conter:

[...] cláusulas que identifiquem as partes contratantes; a razão do contrato; a definição dos produtos contratados da forma mais precisa e detalhada possível, com a identificação de metas e indicadores quantitativos e qualitativos; o tempo de duração do contrato; os recursos envolvidos; os compromissos das partes contratantes; as possibilidades de ajustes; as condições de revisão, rescisão e renovação do contrato; os incentivos; a modalidade e critérios de pagamento; o sistema de monitoramento – instância, periodicidade, critérios de avaliação, etc.; penalidades pelo não cumprimento do contrato; instância de resolução de conflitos entre as partes contratantes.

Existem diferentes modalidades de pagamento estabelecidas nos arranjos contratuais, podendo ser: orçamento por item de despesa; orçamento global; capitação; por acaso e por serviço/procedimento (LIMA, 2009). As modalidades orçamento global e por despesa, são as mais utilizadas nos países em desenvolvimento, porém estes tipos de modalidades de pagamentos não oferecem incentivos a melhoria da qualidade (ENGLAND, 2002).

3.4 ARRANJOS CONTRATUAIS NO SETOR SAÚDE

Visando melhorar o desempenho dos prestadores, os arranjos contratuais entre autoridades governamentais de saúde e prestadores públicos e privados de atenção hospitalar têm sido cada vez mais usados nos países em desenvolvimento e desenvolvidos (LEOVINSOHN, 2008; EVANS, 2006; PERROT, 2006).

De acordo com Leite, Souza e Nascimento (2010),

A contratualização dos serviços de Saúde deve ter como objetivo uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por meio de uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido. Esse processo de contratualização dos serviços de Saúde busca estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população. Dessa forma, o relacionamento de parceria entre as partes contratantes passa a ser mais importante que o formalismo do contrato (LEITE, SOUZA, NASCIMENTO, 2010 17).

Desde o final de 1990 que os arranjos contratuais vindo sendo estabelecidos no Brasil. As experiências mais consolidadas no âmbito hospitalar são as das secretarias de saúde dos estados de Minas Gerais (MG), São Paulo (SP) e Mato Grosso do Sul (MS) com os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, Hospitais Filantrópicos e Hospitais de Pequeno Porte (LIMA, RIVERA, 2012).

Em 2004, o Estado do MS e o MEC implementaram a política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, o programa pressupunha as seguintes ações:

- I - Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
 - II - Definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;
 - III - Definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e
 - IV - Qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde.
- Art. 3º Estabelecer que as ações estratégicas de que trata o artigo 2º desta Portaria serão definidas e especificadas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores (BRASIL, 2004, p.1).

Com relação aos recursos financeiros destinados ao programa:

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

- II - O impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, a partir da data da publicação desta Portaria;
- III – O fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS;
- IV – O programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde;
- V - Recurso de incentivo a contratualização do Ministério da Saúde; e
- VI - Quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada (BRASIL, 2004, p. 1).

Já em 2005, diante da crise que hospitais filantrópicos tinham em relação ao financiamento, perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, o MS buscou alternativas e criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, que pressupunha as seguintes ações:

- I - Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
- II - Definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e
- III - Qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005 1).

Já com relação aos recursos financeiros destinados a implantação, tem-se:

- “I - Recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;
- II - O impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, a partir da data da publicação desta Portaria;
- III - O incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS;
- IV - O Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena - IAPI;
- V - Quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada;
- VI - Os novos recursos por meio do incentivo de Adesão à Contratualização - IAC referentes ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS; e
- VII - Recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelos municípios e/ou estados, sejam estes recursos atuais ou futuros” (BRASIL, 2005 2).

Apesar da abrangência de seu uso, existem poucas avaliações sistemáticas resultando em limitada evidência sobre o impacto dos arranjos contratuais. Alguns estudos, pouco conclusivos, sobre arranjos contratuais têm mostrado melhorias na qualidade dos serviços prestados e uso mais eficiente dos recursos (SIDDIQI; MASUD; SABRI, 2006).

No Mali, o MS implantou o sistema de contratualização de resultados em doze hospitais, quando descrita a experiência contava com pouco mais de dois anos de implantação, mas já apresentava resultados no que diz respeito a melhora do desempenho hospitalar (WHO, 2008).

Em Ruanda, a contratualização de resultados mostrou vários resultados positivos, dentre eles: diminuição de 62% dos gastos e redução de 32% nos custos de consultas ambulatoriais (WHO, 2008).

Chiaro (2011) avaliou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, e destacou que um dos principais resultados do programa foi a mudança no perfil de financiamento, resultando em melhoras econômicas.

Lima (2009) cita que a partir das experiências de arranjos contratuais é possível identificar alguns obstáculos no que diz respeito à melhoria dos sistemas de saúde. Dentre os obstáculos estão a falta de autonomia por parte dos prestadores; insuficiente capacidade de gestão do contratante e do contratado e financiamento insuficiente.

Uma das principais vantagens dos arranjos contratuais se encontra no fato de se passar a ter mais foco sobre os objetivos, bem como sobre a produção de serviços no que diz respeito à quantidade, qualidade e custo (ASHTON; CUMMING; MCLEAN, 2004). Além disso, a contratualização contribui para o incremento da responsabilização tanto das autoridades governamentais, como dos prestadores (MILLS; HONGORO; BROOMBERG, 1997; WHO, 2004).

Nos países desenvolvidos, tem-se observado que os arranjos contratuais no setor hospitalar contribuem para um maior monitoramento dos resultados, o que nem sempre é observado nos países em desenvolvimento (MILLS; HONGORO; BROOMBERG, 1997); No entanto, nos países desenvolvidos se observava que as autoridades governamentais davam pouca atenção, antes da decisão de implementação dos contratos, a especificação dos serviços, aos indicadores e as modalidades de repasse de recursos, o que constituía um problema após a sua implantação (ABRANTES, 1999).

Em uma pesquisa realizada por Zaidi e outros (2015) no Paquistão, os autores estudaram a contratação de serviços de saúde por parte do governo com organizações não governamentais. Observaram que o processo de contratualização trouxe melhorias na qualidade dos serviços. No entanto, a terceirização se mostrou ineficiente para aumentar a prestação de serviços de saúde.

Já Loevinsohn e Harding (2005), ao analisarem dez casos de arranjos contratuais de saúde com organizações não governamentais, concluíram que a

contratualização para prestação de serviços de saúde pode ser eficaz e que os resultados são obtidos de modo rápido. No entanto os autores salientam a importância de avaliações rigorosas para obtenção de resultados positivos.

Para que ocorra o sucesso dos arranjos contratuais, se faz necessário que as autoridades governamentais tenham habilidade para enfrentar o problema de informações distorcidas, desenhar mecanismos de recompensa e de penalidades diante do compromisso de honrar o contrato (WORLD BANK, 2006).

Em um estudo realizado por Khim e Annear (2013) que tinha por objetivo avaliar as contratações internas realizadas pelo Ministério da Saúde do Camboja, observaram que para se obter sucesso em um processo contratual era necessário o fornecimento adequado de recursos por parte do governo e autonomia de gestão. No entanto, os arranjos contratuais não deviam ser vistos como um instrumento de contenção de custo, mas sim como uma forma de melhoria do desempenho do sistema de saúde e de melhoria da saúde da população (PERROT, 2006).

Conforme observado por Zaidi e outros (2015), as instalações contratadas tiveram melhora na qualidade dos cuidados. Já outros estudos mostram melhora da qualidade dos serviços prestados (PETERS et al., 2007), satisfação dos usuários e melhora da funcionalidade (ISLAN et al., 2005). No entanto de acordo com Palmer (2000), a qualidade dos cuidados assim como incentivos contratuais e mecanismos de avaliação, são questões críticas no processo de contratualização e precisam ser estudadas com maior rigor.

Os arranjos contratuais têm sido considerados como uma estratégia a ser amplamente implementada. Mas, ainda há questionamentos sobre a sua real contribuição para os serviços de saúde (ABRANTES, 1999). Assim, os arranjos contratuais permanecem como uma questão chave de pesquisa (WATERS; MORLOCK; HATT, 2004).

3.4.1 O Caso das Organizações Sociais em Saúde (OSS)

Os arranjos contratuais têm em seus objetivos a melhoria da eficiência, o alcance de metas pré-estabelecidas e foco nos resultados. Dada as restrições orçamentais, é de interesse dos gestores que o sistema de saúde opere com

eficiência no processo de transformação de insumos em serviços (EL-WARRAK, 2008).

Em 1995, o ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira colocou alguns pontos referentes à Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil (MARE) no Colóquio Técnico. O documento gerado tinha em suas conclusões a proposta da criação das Organizações Sociais. Essas, poderiam abranger os setores de atividades que não exclusivos do Estado, dentre eles o setor saúde.

As organizações do Terceiro Setor podem ser associações ou fundações, constituídas juridicamente, de acordo com o Código Civil Brasileiro, sendo que essas só podem firmar Contratos de Gestão ou Termos de Parcerias se estiverem qualificadas como OS ou OSCIPS (ALCOFORADO, 2005).

De acordo com Borges e outros (2012, p. 114), as OS

[...] caracterizam-se como entidades de interesse social e utilidade pública, sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

No modelo de OS, o Estado outorga determinado serviço para uma OS que é de direito privado, sem fins lucrativos, que irá exercer certas atividades do Estado.

Diferente das OS as OSCIPS

[...] são ONGs com reconhecimento do Ministério da Justiça para o estabelecimento de parcerias com o poder público na realização de certas atividades estatais, como a gestão de recursos humanos e desenvolvimento de projetos. Diferentemente das OS, nas OSCIPS não há a outorga de uma unidade pública (um hospital por exemplo), mas podem ser celebrados termos de parceria para o desempenho de determinada atividade hospitalar, como a contratação de médicos ou mesmo a terceirização de serviços de apoio administrativos (BORGES et al., 2012, p. 115).

De acordo com o caderno do MARE (BRASIL, 1995):

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitando condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos administrativos, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. “Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc.

Para Gomes (2007) e Barbosae outros (2015) o Estado de São Paulo é um dos maiores exemplos no Brasil de experiências contratuais com OSS, ou seja, entidades de direito privado, sem fins lucrativos para o setor de saúde. Gomes

(2007) cita que a Lei Complementar nº. 846, de 4 de junho de 1998, regulamentou a parceria entre o Estado e organizações para o gerenciamento de novos equipamentos públicos de saúde, sendo que os resultados apresentados foram bem significantes (IBAÑEZ, et al., 2001).

Barbosa e outros (2015) ao avaliar o processo de implantação das OSS na gestão de unidades hospitalares em Goiás, observou algumas vantagens competitivas desse modelo de gestão, tais como a flexibilidade no processo de aquisição de bens e serviços, bem como critérios de eficiência. No entanto, os autores observaram algumas dificuldades ao setor público, como o difícil acompanhamento e avaliação dos objetivos e metas acordados nos contratos.

Para Santos (2007), o modelo de gestão por meio das OSS permite o controle interno e externo, transparência de gestão, bem como responsabilização pelos resultados.

De acordo com El-Warrak (2008), a proposta das OSS ainda é alvo de controvérsias e tem diferentes pontos de vista por parte dos atores que compõe o SUS. Atualmente esse processo encontra-se em avaliação de pertinência e aplicabilidade, necessitando de mais estudos na área sobre avaliação da gestão por parte das OSS.

Fleury (2007) relata que a contratualização não pode ser vista como a solução de todos os problemas do sistema de saúde. De acordo com El-Warrak (2008, p. 94), “na contratualização, é necessário saber o que demandar, como avaliar o serviço prestado, quais indicadores de acompanhamento a serem adotados e quais parâmetros de qualidade eficácia balizarão o processo”. Só assim a contratualização será eficaz.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), as OSS são uma forma eficaz de gestão dos hospitais públicos e por isso tem ganhado mais força, uma vez que quando comparada com outros arranjos no que diz respeito a autonomia decisória, exposição ao mercado, responsabilização e funções sociais, as OS têm se mostrado superior aos hospitais de administração direta e indireta.

4 ANÁLISE DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E DOS CONTRATOS FIRMADOS

Para um melhor entendimento, foram coletados dados das bases de dados em saúde e a fala dos Gestores (GES 1 e GES 2) e dos Dirigentes (DIR 1, DIR 2 e DIR 3) envolvidos no processo de contratualização.

Foram utilizados, nesse estudo, os três hospitais estaduais que são gerenciados por OSS no Estado do Espírito Santo, sendo um deles o Hospital Estadual Dr. Benício Tavares Pereira – Estadual Central (HEC). O HEC foi inaugurado em 15 de dezembro de 2009, é um hospital cirúrgico eletivo e ambulatorial nas áreas de ortopedia, neurocirurgia e vascular (Tabela 6), que conta com 145 leitos (Tabela 4) e tem sua gestão realizada pela Organização Social Associação Congregação Santa Catarina (ACSC).

Tabela 4 - Número de leitos nos hospitais

LEITOS	HEJSN	HEUE	HEC
	Existentes	Existentes	Existentes
Gerais	289	137	127
Intensivos	67	40	18
Total	356	177	145

Fonte: Elanorado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

O Hospital Estadual Jayme Santos Neves (HEJSN) foi inaugurado em fevereiro de 2013 e é o maior hospital do Estado. Conta com 356 leitos (Tabela 4). Dentre as principais especialidades atendidas estão: cirurgias torácicas, buco-maxilo-facial nefrologia, ortopedia, neurocirurgia, queimados e cirurgia geral (Tabela 5). O Hospital é gerenciado pela Organização social Associação Evangélica Beneficente Espírito-santense (AEBES).

Tabela 5 – Leitos cirúrgicos e clínicos do HEJSN cadastrados no CNES

Leitos	HEJSN
	Existentes
Cirúrgicos	
Torácica	4
Buco-maxilo-facial	5
Nefrologia/urologia	1
Ortopedia/Traumatologia	45
Neurocirurgia	25
Queimados adulto	10
Cirurgia Geral	20

(Continua)

Clínico	
Clínico Geral	48
Neufrourologia	2
Obstétrico	
Obstetrícia Clínica	25
Obstetrícia Cirúrgica	25
Pediátrico	
Pediatria Clínica	30
Pediatria Cirúrgica	6

Tabela 5 – Leitos cirúrgicos e clínicos do HEJSN cadastrados no CNES

Leitos	(Conclusão)
	HEJSN Existentes
Complementar	
Unidades de cuidados intermediários adulto	13
Unidade de cuidados intermediário neonatal convencional	20
Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	10
Total	289

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 6 - Leitos cirúrgicos e clínicos do HEC cadastrados no CNES

Leitos	HEJSN Existentes
Cirúrgicos	
Ortopedia/Traumatologia	44
Neurocirurgia	36
Cirurgia Geral	26
Clínico	
Neurologia	21
Total	127

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Já o Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE) foi inaugurado em 12 de setembro de 2014. É referência regional para atendimentos ao trauma nas principais áreas: cirurgias torácicas, buco-maxilo-facial, ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral (Tabela 7). Conta com 177 leitos (Tabela 4). O hospital é gerenciado pela Organização Social Pró-saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar.

Tabela 7 - Leitos cirúrgicos e clínicos do HEUE cadastrados no CNES

(Continua)

Leitos	HEUE
	Existentes
Cirúrgicos	
Torácica	5
Buco-maxilo-facial	3
Nefrologia/Urologia	3
Ortopedia/Traumatologia	30
Neurocirurgia	23
Plástica	2
Cirurgia Geral	27

Tabela 7 - Leitos cirúrgicos e clínicos do HEUE cadastrados no CNES

(Conclusão)

Leitos	HEUE
	Existentes
Clínicos	
Cardiologia	2
Clínico Geral	28
Hematologia	2
Nefrologia	5
Neurologia	5
Total	137

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Com relação às instalações físicas, as Tabelas 8, 9 e 10 trazem as informações para assistência nos hospitais. É possível observar que os três hospitais têm características similares com relação as instalações físicas. O HEC tem algumas diferenças mais marcantes, principalmente na urgência e emergência, pelo fato de ser um hospital porta fechada.

Os três hospitais possuem serviços de apoio a assistência. Na Tabela 11 é possível observar os serviços de apoio existentes e a similaridade em três hospitais estudados. Nas Tabelas 12, 13 e 14 é possível observar os serviços especializados que cada hospital oferece, bem como a sua característica, podendo ser um serviço próprio e/ou terceirizado. Os hospitais apresentam características similares, sendo que dos serviços especializados cadastrados no CNEC, o HEC é o que tem a maior quantidade de serviços terceirizados.

Quanto à oferta de cuidados intensivos, todos os hospitais possuem leitos tipo II, caracterizando-se de fato como cuidado intensivo segundo os padrões estabelecidos na Portaria nº. 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998 do MS. Os

hospitais HEJSN, HEUE e HEC possuem 67, 40 e 18 leitos intensivos respectivamente (Tabela 12), sendo que apenas o hospital HEJSN possui leitos neonatais e para queimados na UTI.

A maior oferta de leitos intensivos é do HEJSN, porém todos os hospitais, considerando as exigências da normatização do MS, têm o mesmo nível de complexidade, ao menos nesse aspecto, uma vez que seus leitos são todos do tipo II (LIMA, 2009)

Tabela 8 - Instalações físicas para assistência no HEJSN

Assistência	HEJSN	
	Quantidade/Consultórios	Leitos/Equipamentos
Ambulatorial		
Outros consultórios não médicos	3	0
Sala de cirurgia ambulatorial	3	0
Sala de Curativo	1	0
Clínica Especializada	10	0
Hospital		
Sala de recuperação	1	15
Leitos de alojamento conjunto	20	0
Sala de pré-parto	3	6
Sala de parto normal	2	0
Sala de cirurgia	11	0
Urgência e Emergência		
Consultórios médicos	6	0
Sala de curativo	1	0
Sala de pequena cirurgia	1	0
Sala de repouso/observação masculina	1	20
Sala de repouso/observação feminina	1	20
Sala de atendimento paciente crítico	2	2
Sala de gesso	1	0
Sala de acolhimento com classificação de risco	2	2

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 9 - Instalações físicas para assistência no HEC

Assistência	HEC	
	Quantidade/consultório	Leitos/equipamentos
Ambulatorial		
Sala de repouso/observação indiferenciado	1	5
Sala de pequena cirurgia	1	0
Sala de Gesso	1	0
Sala de curativo	1	0
Outros consultórios não médicos	2	0
Clínicas indiferenciado	1	0
Clínicas especializadas	4	0
Hospitalar		
Sala de recuperação	1	5
Sala de cirurgia	5	0
Urgência e emergência		
Sala de atendimento ao paciente crítico	1	2

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 10 - Instalações físicas para assistência no HEUE

Assistência	HEUE	
	Quantidade/consultório	Leitos/equipamentos
Ambulatorial		
Clínicas especializadas	4	0
Sala de repouso/observação indiferenciado	1	4
Sala de curativo	1	0
Outros consultórios não médicos	3	0
Hospitalar		
Sala de recuperação	1	10
Sala de cirurgia	4	0
Urgência e emergência		
Sala de atendimento ao paciente crítico	2	6
Consultórios médicos	7	0
Sala de gesso	1	0
Sala de higienização	1	0
Sala de acolhimento com classificação de risco	2	0
Sala de repouso/observação indiferenciado	4	35
Sala de pequena cirurgia	2	0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 11 - Serviços de apoio nos HEUE, HEJSN e HEC

Serviços de apoio	Característica		
	HEUE	HEJSN	HEC
Serviço Social	Próprio	Próprio	Próprio
Serviço de manutenção de equipamentos	Próprio e terceirizado	Próprio e terceirizado	Próprio
Serviço de prontuário de paciente	Próprio	Próprio	Próprio
Nutrição e dietética	Terceirizado	Terceirizado	Terceirizado
Lavanderia	Terceirizado	Terceirizado	Terceirizado
Central de esterilização de materiais	Próprio	Próprio	Próprio
Ambulância	Própria e terceirizada	Próprio	-
Farmácia	-	-	Terceirizado
Necrotério	-	-	Próprio

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 12 - Serviços especializados ofertados no HEC

HEC	
Serviço	Característica
Fisioterapia	Próprio
Transplante	Próprio
Hemoterapia	Terceirizado
Medicina nuclear	Terceirizado
Pneumologia	Terceirizado
Diagnóstico por imagem	Terceirizado
Serviços de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	Próprio e terceirizado
Videolaparoscopia	Próprio
Urgência e emergência	Próprio
Traumatologia e ortopedia	Próprio
Suporte nutricional	Próprio
Diagnóstico por laboratório clínico	Terceirizado
Neurologia/neurocirurgia	Próprio
Farmácia	Próprio
Endoscopia	Terceirizado

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 13 - Serviços especializados ofertados no HEJSN

HEJSN	
Serviço	Característica
Endoscopia	Próprio
Transplante	Próprio
Farmácia	Próprio
Atenção às pessoas em situação de violência sexual	Próprio
Fisioterapia	Próprio
Atenção domiciliar	Próprio
Hemoterapia	Terceirizado
Cirurgia reparadora	Próprio
Oftalmologia	Próprio
Diagnóstico por imagem	Próprio
Diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	Próprio
Videolaparoscopia	Próprio
Urgência e emergência	Próprio
Suporte nutricional	Próprio
Pneumologia	Própria
Serviço de dispensação de órteses e próteses	Próprio
Diagnóstico por laboratório clínico	Próprio
Diagnóstico por anatomia patológica ou citopatologia	Terceirizado
Atenção Psicossocial	Próprio
Atenção Cardiovascular e cardiologia	Próprio

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 14 - Serviços especializados ofertados no HEUE

HEUE	
Serviço	Característica
Fisioterapia	Próprio
Transplante	Próprio
Hemoterapia	Próprio
Fisioterapia	Próprio
Urologia	Próprio
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	Terceirizado
Oftalmologia	Próprio
Diagnóstico por laboratório clínico	Terceirizado
Endoscopia	Próprio
Urgência e emergência	Próprio
Traumatologia e ortopedia	Próprio
Terapia intensiva	Própria
Suporte nutricional	Próprio
Farmácia	Próprio
Diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	Próprio
Diagnóstico por imagem	Terceirizado
Atenção psicossocial	Própria

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do CNES (2017).

Tabela 15 - Número de leitos intensivos nos hospitais

Leitos Intensivos	HEJSN	HEUE	HEC
	Existentes	Existentes	Existentes
UTI Adulto – Tipo II	44	40	18
UTI Neonatal – Tipo II	20	0	0
UTI Queimados	3	0	0
Total	67	40	18

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados CNES (2017).

Nota: Segundo o MS, as unidades de terapia intensiva são classificadas em três classes de exigências crescentes, onde a menor e a maior exigência estão associados, respectivamente, ao tipo I e ao III (Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432/GM, de 12/08/1998).

De acordo com os leitos cirúrgicos e clínicos cadastrados no CNES, os hospitais HEJSN e HEUE apresentam perfil semelhante de especialidades, diferentemente do hospital HEJSN, que possui leitos cirúrgicos para queimados, e o HEUE, que possui leitos de cirurgia plástica. Com respeito aos leitos clínicos, o hospital HEUE possui leitos para cardiologia, hematologia e neurologia que o hospital HEJSN não possui (tabelas 5, 6 e 7). Importante destacar que o hospital HEC é um hospital porta fechada com atendimento de demanda referenciada o que o diferencia dos demais hospitais desse estudo.

Nas Tabelas 4 e 15 é possível observar que os leitos de UTI ultrapassam 18% e 22% dos leitos totais nos HEJSN e HEUE respectivamente, o que pode ser explicado pelas características dos atendimentos prestados pelos hospitais, sendo ambos hospitais de urgência e emergência, sendo que o HEJSN conta com centro de tratamento de queimados, atendimento de intoxicação grave, catástrofe e urgência para vítima de ataque de animais e violência.

4.1 PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS E INDICADORES HOSPITALARES

Comparando-se a produção de procedimentos e a características das internações dos hospitais (Tabela 16), observa-se no hospital HEJSN 1.771 atendimentos de média complexidade em 2013 e em 2016 12.735 atendimentos, caracterizando um aumento de mais de 719% em 3 anos. O mesmo é observado no HEUE, que teve aumento de mais de 4.000% na quantidade de atendimentos de

média complexidade quando comparado 2014 e 2016. Importante destacar que o ano de 2016 foi quando assumiu a nova OSS no HEUE, o que pode ter refletido no aumento do número de atendimentos de média complexidade.

Os dirigentes dos hospitais informaram ter havido alteração decorrente da contratualização, em relação aos procedimentos de média e alta complexidade, conforme pode ser observado nos trechos de entrevistas a seguir: “O hospital desde o seu primeiro dia já tinha as suas metas bem definidas, mas ajustes nas metas foram acontecendo à medida que você vai criando seus históricos de produção. Então, a gente teve ajustes nas metas” (DIR 1);

Dependendo da necessidade da secretaria é alterado sim, se eles têm demanda de alguma especialidade ou algum procedimento maior, em maior quantidade, ela solicita.[...] às vezes acontece alguma coisa em determinado hospital deles, e nós acabamos prestando um socorro, ajudando a atender uma demanda (DIR 2).

Em 1 de dezembro tivemos a abertura do pronto-socorro de urgência e emergência. Em 1 de janeiro tivemos o primeiro TA deste contrato, com alterações nas metas contratuais e nos serviços de média e alta complexidade (DIR 3).

Pode-se observar um aumento do número de atendimentos de média e alta complexidade nesses hospitais (Tabela 16), que podem ser decorrentes, dentre outros fatores, de uma melhora na gestão das OSS. No entanto, na maior parte dos estados brasileiros, esses procedimentos foram historicamente contratados e seu acesso, para a população, sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes, levando assim, a uma dificuldade de alocação racional de serviços. Serviços como os de especialidades e média complexidade hospitalar muitas das vezes são a porta de entrada do sujeito no sistema, atendendo uma demanda que deveria ser atendida na rede básica, levando a ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2007).

Ainda com base nos dados do DATASUS, foram considerados o tempo médio de internação e a taxa de mortalidade hospitalar, como indicadores de produtividade e de qualidade assistencial.

Na Tabela 17, observa-se que os hospitais aumentaram o seu tempo médio de internação e a taxa de mortalidade. O tempo médio de internação está relacionado a boas práticas clínicas. É um parâmetro de grande relevância, indicando o desempenho hospitalar, e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional, em tese, quanto maior a média de permanência, maior o consumo de recursos e menor a produtividade (BRASIL, 2013).

Fatores importantes podem ser relacionados ao tempo médio de internação, como o risco de infecção hospitalar, uma vez que uma média do tempo de internação acima de sete dias está relacionada ao aumento no risco de infecção hospitalar. No entanto, segundo dados da Tabela 17 é possível obter o tempo médio de internação no HEC, HEJSN e HEUE que apresentaram 8,9; 6,2 e 8,9 dias de permanência respectivamente.

Tabela 16 - Características das internações hospitalares do HEJSN, HEC e HEUE¹

Características assistenciais	2012			2013			2014			2015			2016		
	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE
Alta complexidade	NA	61	NA	NA	111	NA	NA	114	NA	16	115	NA	243	919	20
Média complexidade	NA	3,4	NA	1,7	3,6	NA	7,1	3,4	10	11,1	36	38	12,7	3,8	5,1
	A	82	A	71	56	A	01	91	2	68	96	10	35	64	43

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados fornecidos pelo MS (2017) extraídos do DATASUS.

Notas: (1) Sem registro referente aos anos anteriores a 2012 para HEJSN, HEC e HEUE. (2) NA: Não se aplica.

Tabela 17 - Indicadores hospitalares do HEJSN, HEC e HEUE¹

Indicadores	2012			2013			2014			2015			2016		
	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE	HEJSN	HEC	HEUE
Tempo Médio de internação (dias)	NA	8,1	2	3,7	9,4	2	5,3	9,6	6,9	7,5	8,8	10,2	8,1	8,4	9,2
Taxa de Mortalidade hospitalar	NA	1,9	2	4,7	2,6	2	3,8	2,1	3,9	6,6	3,2	8,9	7,7	2,5	5,14
	A	2		7	5		8	9	2	5	5	8	3	5	3

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados fornecidos pelo MS (2017) extraídos do DATASUS.

Notas: (1) Sem registro referente aos anos anteriores a 2012 para HEJSN, HEC e HEUE. (2) NA: Não se aplica

O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, devendo ser utilizado de forma racional (BRASIL, 2013). Como relatado pelos próprios dirigentes dos hospitais, o valor repassado é fixo, desse modo, um aumento no tempo médio de internação pode estar ligado a uma gestão não eficiente das OSS nesses hospitais, além de contribuir para uma diminuição nos números de leitos disponíveis para a população. Nesse caso, a solução não seria apenas aumentar o número de leitos físicos, mas sim diminuir o tempo médio de internação.

[...] você tem um valor fixo de repasse, então você consegue se planejar melhor, quer seja financeiramente, quer economicamente, você consegue ter uma gestão melhor do seu orçamento, mas eu posso ter excedentes de gastos e nem sempre eu terei a contrapartida em termos de custos (DIR 1).

Posso dizer da empresa que nós administramos, que nós temos muita rigidez no controle de custos, consumo, cuidado com a compra, tudo isso traz uma grande economicidade para o estado... além de melhora na qualidade do serviço e custos adequados (DIR 3).

No nosso caso específico, talvez o que a gente sonha, seja um aumento da capacidade física e do número de leitos para atender mais gente. Talvez se a gente tivesse um espaço físico maior a gente conseguiria atender mais gente, diminuir um pouco a demanda, mas o processo está caminhando bem (DIR 2).

No entanto, é preciso levar em consideração que o tempo médio de internação também tem relação com fatores sócias e questões administrativas. Outro fator a ser considerado é a características dos hospitais. Dentre os hospitais estudados é possível perceber que muitos dos leitos são cirúrgicos (Tabelas 5, 6 e 7) e possuem uma elevada proporção de leitos UTI (Tabela 15), influenciando diretamente no tempo médio de internação.

Em contrapartida, um tempo médio de internação baixo pode estar associado a altas antecipadas, óbitos precoces, transferências externas, baixa resolutividade, determinando a dispensa precoce dos pacientes.

Na Tabela 17 pode-se notar um aumento na taxa de mortalidade hospitalar em todos os hospitais, o que pode ser reflexo de uma baixa no desempenho desses hospitais, ou conforme observado na Tabela 6, um aumento na complexidade dos serviços prestados e dos pacientes.

O HEJSN e o HEUE apresentaram as maiores taxas de mortalidade hospitalar passando de 5,3 para 8,1 e 3,92 para 5,14, respectivamente, nos anos de 2014 para 2016. A taxa de mortalidade do HEC pode ser decorrente do tipo de serviço prestado por esse hospital.

Nota-se um possível descompasso entre os dados hospitalares (Tabela 17) e o percebido pelo dirigente da OSS: “[...] nós entendemos que houve um ganho na assistência, isso a gente mede pela média de permanência, pelo índice de reinternação, pelos números, pelas produções e pelo índice de satisfação, que nós temos dos nossos clientes” (DIR 3).

O que pode ser explicado pela insuficiência dos mecanismos de monitoramento da produção e inadequada divulgação das informações relacionadas ao hospital. O mesmo foi observado por Caldas (2013), que analisou as potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização no planejamento e gestão de hospitais no Estado de Alagoas. Para tanto a autora analisou o caso de dois hospitais que mantêm contrato de gestão com suas respectivas secretarias municipais. Uma das conclusões da autora foi que os dirigentes entrevistados não perceberam alterações nos indicadores hospitalares, dentre eles a média de permanência e a taxa de mortalidade hospitalar.

A taxa de mortalidade de um hospital guarda relação direta com o perfil da população, nível de complexidade do atendimento, estrutura hospitalar, o fato de possuir ou não plano de saúde, volume de atendimentos e iniquidades no processo de cuidar hospitalar (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016).

Conforme destacado, a taxa de mortalidade hospitalar e o tempo médio de internação são importantes indicadores de desempenho hospitalar, representando a dimensão da qualidade do cuidado prestado pelo hospital (GOMES et al., 2010). Desse modo, pode-se observar que as OSS, nesses hospitais, não têm contribuído para uma melhora no desempenho e na qualidade dos cuidados hospitalares.

Assim, observa-se com os dados obtidos, que tem ocorrido um aumento na produção de procedimentos de média e alta complexidade, no entanto, os serviços não têm se mostrado eficiente, podendo contribuir dentro outros fatores com o aumento dos gastos públicos.

4.2 VALORES ENVOLVIDOS COM A CONTRATUALIZAÇÃO

Nas Tabelas 18, 19 e 20 pode-se observar os valores envolvidos na contratualização das OSS. Ambos os contratos, têm um valor total que é destinado ao

hospital-dia; atendimento ambulatorial; diagnóstico e pronto-socorro, diferenciando apenas o HEUE que não tem hospital-dia.

O HEJSN possui um contrato de gestão que contempla o valor de R\$ 109.413.492,95 como repasse, acrescido de dez TA, que fizeram alterações nos recursos repassados. Já o HEC possui um contrato de gestão, com repasse de R\$ 39.500.000,00, acrescido de 11 TA. E o HEUE possuiu com contrato de gestão com valor de repasse de R\$ 38.282.575,00 que foi rescindido em 18 de dezembro de 2011, um contrato de gestão com valor de repasse de R\$ 68.902.075,02 que foi rescindido em 18 de dezembro de 2015 e um contrato de gestão em vigor com valor de repasse de R\$ 91.446.108,53.

De acordo com Turino (2016, p. 89) no ES,

[...] esse repasse de recursos financeiros para o custeio da prestação dos serviços de saúde, pelas OSSs, tem aumentado em até três vezes mais quando comparado com a administração direta. Além disso, elas possuem autonomia gerencial para realização de compras sem estarem sujeitas a Lei Geral de Licitações e ao Sistema de Administração de Serviços Gerais da União. As OSSs utilizam bens e recursos públicos, mas administram os serviços com a lógica do setor privado. Assim, as OSSs apresentam risco de privatização dissimulada porque podem assumir ora face pública, ora face privada.

Em contrapartida, os dirigentes dos hospitais e dos gestores da SESA destacam: “A gente entende que com a OSS, a gente qualifica o dinheiro público. A gente melhora essa utilização desse recurso público” (GES 1); “Você consegue trabalhar com maior qualidade, com custo menor [...]” (DIR 2); “O processo de contratualização traz uma economicidade [...]” (DIR 3).

No entanto, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo comparou hospitais administrados por OSS e hospitais de Administração Direta, concluindo que os hospitais de Administração Direta foram comparativamente mais baratos, com melhor relação profissional-paciente e menor taxa geral de mortalidade (SÃO PAULO, 2011).

A alocação dos recursos é 90% do valor destinado ao cumprimento das metas quantitativas e 10% para as metas qualitativas, conforme pode ser observado na fala da gestora da SESA: “O contrato é desenhado, 90% do recurso de custeio é destinado às metas quantitativas e 10%, isso em termo de avaliação para a alinha de corte caso necessário, e 10% para metas qualitativas” (GES 2).

Despesas pré-ativação¹	11.746.525,15	9.908.592,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento Hospitalar (internação)	67.837.487,97	69.238.749,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital-dia	4.197.424,99	4.174.394,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento Ambulatorial	7.455.127,97	7.414.222,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico	1.649.734,20	1.640.682,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pronto Socorro	11.527.256,69	1.640.682,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de valores retirados dos contratos de gestão da SESA.

Notas: (1) Campos indicados por hífen indica que não houve alteração no valor ou que no mesmo não estava claro no contrato. (2) TA: termo aditivo.

Tabela 19 - Recursos financeiros destinados a contratualização do HEC

	02/12/11 1º Contrato	TA 1 4-12/12	TA 2 11/12/12	TA 3 2013 Mensal	TA 4 2013 Mensal	TA 5 2014 Mensal	TA 6 1-3/15 Mensal	TA 7 4-7/2015 mensal	TA 8 8-10/15 Mensal	TA 9 11-12/15 mensa l	TA 10 01/2016 mensa l	TA 11 4-7/16 mensa l
Valor em Reais	39.500.000,00	36.955.579,77	4.436.290,61	59.965.386,86	58.465.386,86	64.915.463,31	16.356.502,42	22.658.692,32	16.994.019,24	11.329.346,16	5.664.673,08	25.209.878,04
Valor destinado à assistência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Despesas pré-ativação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento Hospitalar (internação)	29.533.600,00	-	-	-	41.416.295,40	-	-	-	-	-	-	-
Hospital-dia	486.400,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento Ambulatorial	653.600,00	-	-	-	920.829,84	-	-	-	-	-	-	-

Diagnóstico	3.606.200,00	-	-	-	5.061.933,19	-	-	-	-	-	-
Pronto-Socorro	3.720.200,00	-	-	-	5.219.789,74	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de valores retirados dos contratos de gestão da SESA.

Notas: (1) Campos indicados por hífen indica que não houve alteração no valor ou que no mesmo não estava claro no contrato. (2) TA: termo aditivo.

Tabela 20 - Recursos financeiros destinados a contratualização do HEUE

	09/09/08 1º Contrato ¹ Total anual	TA 3 11/10- 10/11	TA 4 06/11	13/06/2014 1º contrato ²	TA 2 10-12/15 Mensal	TA 5 2014 Mensal	TA 6 1-3/15 Mensal	18/12/15 1º contrato ³ 12 meses
Valor em Reais	38.282.575,00	39.538.956,04	21.843.756,00	69.902.075,02	16.086.101,82	64.915.463,31	16.356.502,42	91.446.108,53
Valor destinado à assistência	-	-	-	-	-	-	-	-
Despesas pré-ativação	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento Hospitalar (internação)	25.886.677,22	31.675.576,56	-	-	41.416.295,40	-	-	58.384.419,39
Hospital-dia	-	477.589,84	-	-	-	-	-	-
Atendimento Ambulatorial	1.925.613,52	600.060,52	-	-	920.829,84	-	-	2.511.735,97
Diagnóstico	2.813.769,26	3.312.719,52	-	-	5.061.933,19	-	-	8.234.192,55
Pronto-Socorro	3.720.200,00	3.472.740,00	-	-	5.219.789,74	-	-	7.681.149,77

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de valores retirados dos contratos de gestão da SESA.

Notas: (1) Campos indicados por hífen indica que não houve alteração no valor ou que no mesmo não estava claro no contrato. (2) TA: termo aditivo. (3) Contrato com a Pró-saúde, rescisão em 18/12/2011. (4) Contrato com a IAPEMESP, rescisão em 18/12/2015. (5) Contrato com a Pró-saúde.

4.3 ANÁLISE DOS CONTRATOS

Todos os contratos analisados são contratos de gestão firmados entre a SESA, contratante, e as respectivas OSS denominadas contratadas, tendo por objetivo a operacionalização da gestão e execução, pela contratada, das atividades e serviços de saúde nos respectivos hospitais, HEJSN, HEUE e HEC, onde cada OSS é responsável. Os contratos de gestão pelas OSS dos três hospitais se caracterizam

como um compromisso bilateral e tem validade de 5 anos, podendo ocorrer a rescisão do contrato diante das disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, conforme cláusula décima, que dispõe: em caso de rescisão unilateral por parte da contratante, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da contratada e recusa da contratada no atendimento das condições de prestação de serviços ou na aceitação dos custos estabelecidos pela contratante.

Os três instrumentos contratuais analisados possuem, dentre outras, cláusulas definindo o objetivo da contratualização, as obrigações e responsabilidades da contratada e contratante, o acompanhamento, avaliação e fiscalização, os recursos financeiros destinados, as condições de pagamento, possíveis alterações contratuais, rescisão e penalidades.

No Anexo I dos contratos, estão descritas todas as atividades e serviços de saúde transferidos à OSS, especialmente a estrutura e volume das atividades assistenciais contratadas, determinando as metas a serem alcançadas, cujo cumprimento determinará o montante a ser pago a OSS.

Conforme estabelecido nos contratos, as metas podem ser alteradas sempre que for necessário, conforme estabelece a cláusula nona:

As metas pactuadas e os recursos financeiros poderão ser alterados, parcial ou totalmente, através de Termo Aditivo, mediante prévia autorização da Procuradoria Geral do Estado, acompanhada de justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Secretário de Estado de Gestão e Recursos Humanos.

Permite-se, desse modo, não apenas ajustes das metas para a correção de rumos e objetivos, mas a total supressão de volumes e atividades contratadas, o que implica em violação aos princípios da administração pública, como a isonomia, a impessoalidade, a moralidade e a licitação resguardado na LC nº. 489/09.

A cláusula 7.1, § 4º, do contrato dispõe que:

Os recursos repassados à contratada, poderão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação se revertam, exclusivamente, aos objetivos deste contrato de gestão, ficando a contratada responsável por eventual perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro.

É importante salientar que os recursos repassados à contratada são públicos e destinados a realização de serviços públicos de saúde. Nota-se, assim, que essa cláusula fere o art. 164, § 3º, da Constituição Federal, que diz:

As disponibilidades de caixa da União serão depositadas no banco central; as dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei.

Desse modo a cláusula não poderia autorizar a aplicação de recursos públicos no mercado financeiro.

Não fica claro nos contratos a fonte de recursos financeiros destinados a contratualização, a cláusula 7.1, § 5º do contrato dispõe que:

Os recursos financeiros para a execução do objetivo do presente contrato de gestão pela contratada poderão ser obtidos mediante transferência provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doenças e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

Não foi observado no contrato, no que diz respeito às obrigações da contratada, a preocupação em manter atualizados os sistemas de informações. Isso ficou claro durante a coleta de dados, pois muitas informações referentes aos hospitais não foram obtidas.

A cláusula 5.1 do contrato, dispõe que “o presente contrato será acompanhado e fiscalizado pela comissão de Monitoramento e Avaliação, a qual fará, a cada período de 3 (três) meses...”. E a cláusula 11.1, traz as penalidades decorrentes da inobservância das cláusulas dos contratos. Ambas, estão de acordo com a fala da gestora da SESA:

[...] se é não cumprimento de metas, o contrato já é claro, o desconto é só calcular e o desconto é realizado. Se for o não cumprimento de algum item que for não cumprimento de metas, nós fazemos notificação, advertências e até multa [...] (GES 2).

Perrot (2004) destaca que se não ocorre o monitoramento das metas e verificação das cláusulas dos contratos, não está ocorrendo de fato um contrato. Na França, o monitoramento é uma obrigatoriedade para o aceite e renovação dos contratos (CASTELAR et al., 1995).

Se não ocorre o monitoramento adequado, você torna suscetível ao aparecimento de *gaming*³, do tipo “*threshold effect*”, que ocorre quando há uniformidade de metas independente da capacidade de produção, ou do tipo “*ratchet*”

³“à forma deliberada de manipulação ou fabricação de dados, com a clara intenção de melhorar a posição de um indivíduo ou organização” (HOOD, 2007, p. 100).

effect”, quando as metas são estabelecidas em período anterior e ficam abaixo da capacidade de produção (HOOD, 2007).

Hood (2006) destaca que, as chances de uma organização manipular aumentam, quando existe algum tipo de punição pelo não cumprimento de metas. Como destacado, existem punições pelo não cumprimento de metas, o que pode levar a manipulação dos dados pelas OSS e, se temos associado a isso uma monitorização inadequada, podemos piorar o quadro.

Ao se avaliar os contratos sob a ótica da Teoria da Agência, percebe-se que a formulação do contrato de gestão, reside em desenhar um conjunto de regras de práticas e de mecanismos de monitoramento, que induzam o alcance de um desempenho adequado para a organização (LIMA, 2009).

De acordo com Ferris e Graddy (1998) a Teoria da Agência, através dos arranjos contratuais, tem por objetivo minimizar o comportamento oportunista reforçando o cumprimento do que foi acordado. Isso é importante, pois a área da saúde é uma área cabível de comportamentos oportunistas conforme destaca Lima (2009, p. 72)

Em organizações que prestam serviços públicos, como as de saúde, cujo processo de trabalho principal se reveste de alguma incerteza e que têm resultados difíceis de serem mensuradas e onde podem existir diferentes objetivos para os dirigentes e para os profissionais, havendo ainda, considerável assimetria de informações entre eles, estão dadas as condições que favorecem a ocorrência de comportamentos oportunistas por partes dos profissionais.

Assim, o contrato pode ser uma ferramenta importante para minimizar os problemas advindos do oportunismo, aproximando os interesses das OSS e da SESA, tendo como referência as necessidades da população.

Desse modo, na análise dos contratos foi possível observar que os mesmos possuem erros em suas cláusulas que podem contribuir para uma gestão ineficiente, além do surgimento de comportamentos oportunistas por partes dos envolvidos, comportamentos esses que podem contribuir para uma gestão ineficiente do dinheiro público.

4.4 METAS QUANTITATIVAS E A RELAÇÃO COM A CONTRATUALIZAÇÃO

Nas Tabelas 21, 22 e 23 é possível observar as metas quantitativas que foram contratualizadas entre a SESA e as OSS. Já nas Tabelas 24, 25 e 26 tem-se a produção dos hospitais no período referente aos contratos e ao TA, para tal foram usados os dados disponíveis no DATASUS coletados por meio do TabWin.

Quando comparadas as metas contratualizadas com a quantidade apresentada, tem-se que HEJSN apresentou uma produção acima dos valores contratualizados, exceto no período 07-10/2015 e 04-08/2016 onde foram contratualizados 2.108 e 2.635 procedimentos cirúrgicos e foram apresentados 1.865 e 2360 respectivamente. Já com relação a produção ambulatorial, nota-se que os valores apresentados estão bem acima da quantidade contratualizada, como por exemplo no período de 04-08/2016 onde foi contratualizado 27.550 e foi apresentado 247.815 procedimentos, totalizando um valor 800% maior (Tabelas 21 e 24).

No HEC no ano de 2015 as metas referentes a clínica médica e clínica cirúrgica não foram cumpridas, exceto no período de 11-12/2015, onde a meta para clínica médica era 206 atendimentos e foram realizados 1.217, no entanto todos os valores referentes a produção ambulatorial estão maiores do que os estabelecidos nos contratos (Tabelas 22 e 26).

Já no HEUE não foram obtidos dados referentes a produção até 06/2014. No período de 06/2014-06/2015 as metas referentes a internações e ambulatorial não foram cumpridas. No entanto, a partir de 07/2015 a produção ambulatorial se mostrou acima da quantidade contratada, mantendo o mesmo padrão dos outros hospitais.

Desse modo é possível perceber que na maioria dos casos os hospitais cumpriram o que foi acordado com relação as metas quantitativas. No entanto, não também é possível fazer um comparativo desses hospitais antes e depois da contratualização uma vez que eles já nasceram contratualizados, ou seja, não passaram pela fase de administração direta (AD). Esse comparativo seria importante para saber se a gestão por OSS está sendo melhor do que a AD nesses hospitais, uma vez que os arranjos contratuais têm sido introduzidos para enfrentar, dentre outros, problemas com o desempenho hospitalar.

Em estudo realizado por Lima (2009), a autora concluiu que a contratualização aumentou a produção de quatro hospitais escola. Resultado similar foi observado por

Brizola (2010) que observou melhora na produção do Hospital Universitário de Londrina após a contratualização. Os resultados obtidos estão de acordo com esses trabalhos, embora os hospitais estudados não sejam hospitais escola.

No entanto, alguns fatores precisam ser levados em consideração, principalmente com relação a informação dos dados obtidos por meio dos sistemas de informações. Novato-Silva (2008, p. 111) destaca que “a problemática da saúde pública coloca em evidência essa questão no que diz respeito à informação e ao conhecimento. Essa discussão diz respeito ao tipo de discurso tornado ‘oficial’ [...]”.

Já no ano de 2005, um estudo realizado por Cohn e outros (2005) sobre informação e decisão política em saúde, que objetivou verificar a incorporação dos sistemas de informação, mostrou que os bancos de dados estavam defasados, bem como infraestrutura tecnológica e capacitação de recursos humanos precárias.

Um sistema de informação em saúde leva em consideração vários fatores que vão desde a coleta, processamento, análise e disseminação das informações. Mascarenhas e outros (2005) afirmam que um sistema de informação pode perder a eficácia se tiver qualquer problema em qualquer um dos fatores listados acima.

Cabe destaque para a Lei Complementar nº 317, de 07 de janeiro de 2005 que destaca que a SESA deve formular e coordenar a política estadual de saúde nos termos da política nacional de saúde e com base nas especificidades da regionalização proposta para o ES. No entanto, o que se tem observado são políticas que não consideram as peculiaridades locais, o que dificulta o estabelecimento de metas que sejam condizentes com a realidade do ES.

Tabela 21 - Metas quantitativas contratualizadas para o HEJSN

	HEJSN						
	1º Contrato Total Anual 10/2012	Termo Aditivo 1 05/2013	Termo Aditivo 3 02/14 - 01/15 (mensal)	Termo Aditivo 4 02- 03/2015 (mensal)	Termo Aditivo 5 04- 06/2015 (mensal)	Termo Aditivo 6 07- 10/2015 (mensal)	Termo Aditivo 10 04- 08/2016 (mensal)
Internações							
Clínica Médica	660	1230	271	271	271	271	271
Clínica	4.332	4.035	527	527	527	527	527

Internações								
Clínica médica	1.968	1.968	1.093	165	1.984	150	150	1.720
Clínica Cirúrgica	3.120	3.120	4.711	263	2.361	176	176	2018
Total	5.088	5.088	5.804	428	4.345	326	326	3.738
Atendimento Ambulatorial	7.356	6.798	7.360	600	12.992	1.408	1.408	19.035
Atendimento de Urgência	6.800	-	10.200	-	8.640	720	720	8.256
SADT	42.659	48.000	33.120	3.936	9.500	510	510	1.5855.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de valores retirados dos contratos de gestão da SESA.

Notas: (1) Campos indicados por hífen indica que não houve alteração no valor ou que no mesmo não estava claro no contrato. (2)

TA: termo aditivo. (3) Contrato com a Pró-saúde, rescisão em 18/12/2011. (4) Contrato com a IAPEMESP, rescisão em 18/12/2015.

(5) Contrato com a Pró-saúde.

Tabela 24 - Produção hospitalar do HEJSN disponível no DATASUS¹

	HEJSN					
	2013	2014	03/2015	04-06/2015	07-10/2015	04-08/2016
Internações						
Clínica Médica	8.128	3.437	376	1.759	2.016	2.958
Clínica Cirúrgica	6.561	3.654	450	1.566	1.865	2.360
Total	14.689	7.091	826	3.325	3.881	5.318
Atendimento ambulatorial	111.347	525.649	47.711	131.739	171.941	247.815

Fonte:DATASUS

Nota 1: dados obtidos por meio do Tabwin.

Tabela 25 - Produção hospitalar do HEUE disponível no DATASUS¹

	HEUE							
	09/2008-10/2009	11/2009-10/2010	11/2010-10/2011	06/2011 (mensal)	06/2014-06/2015	07-09/2015	10-12/2015	2016
Internações								
Clínica médica	-	-	-	-	766	662	599	2.301
Clínica	-	-	-	-	533	673	674	2.843

Cirúrgica								
Total	-	-	-	-	1.299	1.295	1.273	5.144
Atendimento Ambulatorial	-	-	-	-	11.183	6.752	5225	66.659

Fonte: DATASUS

Notas: (1): dados obtidos por meio do Tabwin. (2) Campos sinalizados com hífen representam dados não obtidos.

Tabela 26 - Produção hospitalar do HEC disponível no DATASUS¹

	HEC								
	01-03/2012	04-12/2012	2013	2014	01-03/2015	04-07/2015	08-10/2015	11-12/2015	04-07/2016
Internações									
Clínica Médica	363	1.001	1.395	1.445	289	371	302	1.217	577
Clínica Cirúrgica	432	1.742	2.369	2.153	615	838	681	495	928
Total	795	2743	3.764	3598	904	1209	983	1.712	1505
Atendimento Ambulatorial	9.103	32.889	37.697	38.169	9.373	10.561	12.542	8.028	17.311

Fonte: DATASUS

Nota 1: dados obtidos por meio do Tabwin.

Não foi objeto desse estudo análise a eficácia dos sistemas de informação do SUS, mas os mesmos precisam ser encarados com certa medida de cautela, uma vez que, conforme destacado, pode estar ocorrendo algum tipo de *gaming*, que pode influenciar nos resultados e na discussão dos resultados obtidos.

Os resultados mostraram que os hospitais estudados, na grande maioria dos casos, cumpriram o que foi acordado nos contratos com relação as metas quantitativas. Mas esses resultados precisam ser lidos com cautela, uma vez que a quantidade de metas cumpridas não se relaciona com atendimentos de qualidade e que os dados obtidos podem não ser condizentes com a realidade.

4.5 FATORES CRÍTICOS E OS DESAFIOS DA CONTRATUALIZAÇÃO

Neste item será empregado o método de análise do discurso para um entendimento da fala dos gestores da SESA e dos dirigentes das OSS que foram

entrevistas com o objetivo de se entender os fatores críticos e os desafios da contratualização.

Com relação ao propósito da contratualização, os gestores da SESA observam:

[...] a SESA vem buscando mecanismos para dar maior resultado à população. Um dos mecanismos que tem hoje no mercado é a contratualização, mesmo passando o serviço de uma gestão própria para uma gestão de uma OSS (GES 1).

[...] o que se busca com a contratualização é uma maior agilidade no processo de trabalho, um aumento na qualidade no atendimento ao usuário, uma economicidade, uma maior economicidade em relação ao serviço que está sendo passado para OSS. Nós temos algumas experiências, nós temos três experiências aqui. Nós costumamos dizer que necessariamente a gestão por OSS tem que ser melhor do que da administração direta, pois ela tem menos amarras legais, ela tem mais agilidade, mais flexibilidade e ela tem condição de estar contratando todo o arcabouço com maior rapidez, inclusive de mudança. Então, necessariamente ela tem que trazer melhor resultados em todos os níveis para a secretaria (GES 2).

Percebe-se na fala dos gestores, características relacionadas aos paradigmas Humanista Radical e Funcionalista descrito por Burrell e Morgan (1979). O paradigma Humanista Radical posiciona o homem como realidade última (FONSECA, 2005), conforme pode ser observado na sentença “a SESA vem buscando mecanismos para dar maior resultado à população”. O Paradigma Funcionalista se preocupa em fornecer explicações sobre o *status quo*. É uma abordagem que procura fornecer explicações essencialmente racionais, fornecer soluções práticas para os problemas e se preocupa com o controle e regulação eficaz dos assuntos sociais (BURRELL; MORGAN, 1979).

Nota-se na sentença, a seguir, uma relação com a Teoria da Agência:

[...] passando o serviço de uma gestão própria para uma gestão de uma OSS” e “nós costumamos dizer que necessariamente a gestão por OSS tem que ser melhor do que da administração direta. [...] Então, necessariamente ela tem que trazer melhor resultados em todos os níveis para a secretaria.

O titular (SESA), munido de poder, recursos e/ou informações pactua a realização de atividades com o agente (OSS) com objetivo de atingir determinados resultados. Assim, não atinge os resultados sozinho e passa a responsabilidade de execução e alcance dos resultados para o agente. Destarte, tem-se o Estado passando uma responsabilidade dele para o setor privado.

Cabe destacar o contexto histórico por trás da fala: “um dos mecanismos que tem hoje no mercado é a contratualização [...]” e “[...] um aumento na qualidade no atendimento ao usuário”. A crise institucional atingia o Estado do ES, desde antes de 1999, com indevido uso da máquina pública. Foi no ano de 1999, que as OS foram

regulamentas no Estado por meio da Lei 158/99, na época do então Governador do Estado José Inácio Ferreira e do presidente da Assembleia legislativa, Sr. José Carlos Gratz, ambos os atores de um dos maiores escândalos de corrupção pública, o que demonstra uma fragilidade na criação da Lei.

Em 2009, houve a regulamentação para a criação e qualificação das OS por meio da LC nº489/09. Na mesma época, ocorreram mudanças na saúde, conforme Turino e outros (2016) destacam:

[...] a saúde recebe um aumento da assistência hospitalar, que fazia parte do planejamento de governo, como um dos projetos estruturantes no Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde. A ampliação desse programa se pautava na garantia de suprir as necessidades de parte da população com foco em maior capacidade instalada do Sistema Estadual de Saúde. Para tanto, foram criados projetos, como o “Mais Leitos de UTI” e o “Fortalecimento dos Hospitais Filantrópicos.

A SESA criou o Programa de Melhoria na Qualidade da Assistência Hospitalar – INOVAHOSP, que tinha como objetivo melhorar na qualidade da assistência (TURINO et al., 2016). Os objetivos permanecem o mesmo do projeto de cunho neoliberal e, de acordo com a Teoria da Agência, redução do papel o Estado e transferência das responsabilidades. Nesse contexto, um dos objetivos adotados foi o emprego das OSS.

Ainda de acordo com o propósito da contratualização, o DIRETOR 1 destaca que “Ajuda a desencravar muita coisa que o poder público não consegue” (DIR 1). Já, para o DIRETOR 3,

[...] contratualização é um ganho para a sociedade. A contratualização estabelece o que o estado quer de quem está sendo contratada. Ao firmar um contrato isso fica muito bem definido e a empresa contratada para gerir um hospital público começa a tratar o negócio como privado [...].

Constata-se na fala dos diretores das OSS uma propensão à privatização dos serviços de saúde, também foi observado por Andreazzi e Bravo (2014), uma privatização dissimulada conforme destacada por Pinto (2000), onde o Estado transfere serviços essenciais às OSS.

A própria PDRAE prevê o risco de um desvirtuamento das OS:

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. (BRASIL, 1995 60).

Percebe-se a importância de um contrato muito bem desenhado para evitar o surgimento de problemas como o descrito acima. Nesse sentido, quando perguntado sobre como os contratos são desenhados, os gestores da SESA responderam:

[...] vamos supor que eu tenho uma decisão hoje, eu quero uma OSS em um hospital novo. É verificado se existe a possibilidade de adequação do modelo próprio para o modelo de OSS, isso tudo com a área técnica da SESA para verificar se é viável ou não. Normalmente o que a gente busca, com um hospital novo, a gente trabalha com o perfil que ele já desenvolve nesse primeiro momento e a gente mantém o perfil dele. Por exemplo, se ele é materno infantil a gente mantém esse atendimento e insere um novo serviço dentro daquele hospital (GES 2).

[...] o contrato existente ele tem uma previsão contratual de 12 meses. Já de prática a gente faz uma reavaliação daquele perfil, daquela característica daquele contrato, sempre com a comissão de monitoramento por que ela que sabe o que está acontecendo lá dentro, ela que conhece o perfil, então a gente trabalha a cada 12 meses fazendo essa reanálise e aí são construídos os aditivos para serem desenvolvidos ao longo dos 12 meses. Lógico que se eu tiver que ter uma modificação inferior a 12 meses, a gente faz essa modificação por meio de TA (GES 1).

Na elaboração dos contratos nota-se uma característica de Controle Social voltado para o estruturalismo. O Controle Social pode ser entendido como uma série de mecanismos ou instrumentos utilizados por um grupo social e tem por objetivo controlar o comportamento e as manifestações destes. Na perspectiva Estruturalista, o Controle Social, dá-se por meio de mecanismos capazes de controlar e manter a comunicação entre as partes (HAERTES, 2012).

As falas demonstram que os contratos são desenhados junto a uma área técnica, porém, não se identifica nas falas a realização de um estudo detalhado para a implantação das OSS. Conforme foi observado, quando são realizados, são feitos como o da empresa ATTO, que não refletem a realidade do Estado.

Outro fator preocupante pode ser observado na fala, “o corpo técnico da SESA precisa ser reestruturado” (GES 1), ou seja, os próprios gestores reconhecem a necessidade de pessoas qualificadas para formulação de contratos bem desenhados e adequados.

Escoval (2010), enfatiza que uma das principais dificuldades associadas ao processo de contratualização é a falta de orientação e insuficiente capacitação dos profissionais envolvidos na contratualização. Isso pode resultar em que a contratualização não atinge seus objetivos.

Isto posto, tem-se que a falta de qualificação pode estar contribuindo para contratos mal estruturados e não condizentes com a realidade. O gestor reconhece:

Hoje a gente é muito prejudicada. A secretaria está em fase de reestruturação. Então, assim, à medida que os serviços estão aumentando, nós sentimos essa necessidade e estamos em busca disso. Nós sentimos muito, porque assim, não existe curso para isso, então nós temos aprendido estudando, fazendo. Então, a nossa maior dificuldade é essa (GES 1).

Existe um reconhecimento da SESA, que a falta de qualificação, conhecimento, é uma das principais dificuldades para o processo de contratualização. Contudo, Lima (2009, p. 125) destaca, “não é possível o conhecimento completo sobre o problema e possíveis soluções e tampouco processar todas as informações disponíveis”. Por isso, para a Teoria da Agência,

[...] as relações entre titular e agente sempre estarão sujeitas ao ‘problema quase insolúvel’ da assimetria de informações, ou seja, as partes que se relacionam não detêm o mesmo conhecimento e/ou informações, o que coloca em desvantagem uma das partes – aquela que delega a responsabilidade à outra para executar uma tarefa em seu nome” (LIMA, 2009 38).

Nesse sentido, os diretores das OSS têm uma visão diferente quanto às dificuldades, talvez por terem mais conhecimento e experiência com o processo de contratualização, uma vez que possuem contratos de gestão com outras instituições. Para o DIRETOR 3, “Com relação às dificuldades, não há dificuldades [...]” e conforme o DIRETOR 2, “No processo de contratualização eu diria que não tem”.

O fato de não ser relatado dificuldades no processo de contratualização, por parte dos dirigentes, pode indicar algum tipo de vantagem por partes dos contratados ou que estes estejam tirando algum tipo de vantagem. De acordo com Araújo e Sanchez (2005), o comportamento oportunista tem como característica o fato do agente querer obter vantagens, comportamento este característico do “homem contratual”.

O homem contratual procura satisfazer seus próprios interesses conforme destacado por Simon (1979). O oportunismo é um conceito central e importante nas relações entre titular e agente na Teoria da Agência. Desse modo, se faz necessário contratos muito bem desenhados para assegurar que o agente atue de maneira a satisfazer os objetivos neles especificados.

Nesse sentido, observa-se que os contratos, quando analisados na visão da SESA e das OSS, assumem uma característica de Controle Social na visão do Interacionismo, onde se admite que nas relações entre as pessoas existam manipulações de situações. No entanto, pensando no setor saúde, os contratos deveriam assumir uma característica Funcionalista do Controle Social, na qual o

Controle Social seria importante para uma plena comunicação entre as partes, que funcionariam em harmonia e seriam responsáveis pela manutenção de um grupo (HAERTES, 2012).

Um dos objetivos, e que precisam estar muito bem estruturados nos contratos, é com relação às metas. As metas estabelecidas precisam ser cumpridas no tempo estipulado. Relacionado a isso os dirigentes afirmam: “Todas as metas são cumpridas. Até porque, se tem algum mês que você não fecha, você tem que repor no mês seguinte” (DIR 2); “Sim, todas as metas são cumpridas, acompanhando em tempo real com relatórios mensais” (DIR 1); “Sim, todas as metas estão sendo cumpridas. Nós só tivemos uma mudança na nossa linha de serviço, que nós não tínhamos e que foi ajustada para abertura do pronto-socorro” (DIR 3).

De acordo com a SESA, as metas estão sendo cumpridas e passam por um processo de avaliação e monitoramento.

Sim, com relação às metas, elas estão sendo cumpridas. Nós temos uma comissão de avaliação, monitoramento e controle que é composta, preferencialmente, por servidores efetivos. Ela é dividida em dois grupos. Um grupo assistencial que cuida da parte assistencial e um grupo econômico financeiro que cuida da questão da prestação de contas. Essas metas, as metas quantitativas, normalmente pelo contrato, são avaliadas semestralmente. No mês seguinte, é feita avaliação pela comissão de monitoramento e no mês subsequente é feito o desconto caso seja necessário. Nas metas qualitativas, elas são feitas trimestralmente e a sistemática é a mesma, no quarto mês a comissão avalia e no quinto mês é feito o desconto caso seja necessário (DIR 2).

De acordo com os dirigentes das OSS:

[...] existe uma comissão de avaliação, que é uma comissão técnica formada por representantes da secretaria, que é nomeado, inclusive em edital, e eles ficam permanentes no hospital e acompanham toda movimentação do hospital. São feitas prestações de contas que eles também avaliam, que a gente tem o cronograma de entrega, tanto a parte de metas qualitativas e quantitativas, como também a parte de contrato financeiro (DIR 3).

[...] cada unidade tem sua avaliação e a própria SESA tem um comitê que fica aqui dentro, que avalia o dia-a-dia do serviço e aí no fechamento do mês, os relatórios são enviados para a SESA e aí ela faz avaliação posterior a que foi feita aqui (DIR 2).

[...] a própria SESA tem uma comissão de avaliação. Eu encaminho um relatório de prestação de contas. Existe uma comissão de monitoramento da SESA que avalia todas as nossas metas e o hospital acompanha as metas de produção em tempo real (DIR 1).

É possível distinguir uma relação de poder “jurídico-discursiva”, descrita por Michel Foucault. Esta forma de poder está essencialmente centrada na enunciação da

lei, ou seja, o poder seria essencialmente o que dita a lei, reduzindo todo o resto ao que é lícito ou ilícito (SILVEIRA, 2002).

A continuação da fala da SESA ajuda a corroborar ainda mais com essa relação de poder,

[...] se é não cumprimento de metas, o contrato já é claro, o desconto é só calcular e o desconto é realizado. Se for o não cumprimento de algum item, não cumprimento de metas, nós fazemos notificação, advertências e até multa [...] (GES 2).

Essa relação de poder, com respeito ao cumprimento de metas, pode ser importante para que o contrato seja seguido, uma vez que isso se reflete em atendimentos para a população e gerenciamento do dinheiro público. No entanto, alguns problemas podem surgir conforme destacado, “[...] o que às vezes falta, o que não é o caso aqui do Estado, é o acompanhamento. Você vê alguns estados que isso acontece, às vezes entrega o equipamento para um gestor e ninguém acompanha” (DIR 2).

Conforme destacado por Lima (2012), o acompanhamento faz parte do tripé de sustentação dos arranjos contratuais, junto com plano de atividades e sistema de incentivos. Observa-se a importância do acompanhamento desses contratos. Contudo, apesar de sua importância, alguns estudos (LIMA 2009; SILVA 2003) reconhecem a pouca ocorrência de acompanhamento e monitoramento das metas pactuadas.

As autoridades envolvidas com o processo de contratualização precisam ter habilidade para enfrentar o problema de informações distorcidas, desenhar mecanismos de recompensa e de penalidades diante do compromisso de honrar o contrato (WORLD BANK, 2006), contribuindo assim para uma gestão eficaz.

Marques (2015) avaliou a contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com a gestão municipal de saúde, no período de 2009 a 2013 e observou a necessidade de ajustes no contratualização dessa instituição, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento, monitoramento e avaliação das metas pactuadas para que ocorra um realinhamento das ações com as estratégias financeiras.

Um ponto importante que precisa ser levado em consideração é que as metas podem estar sendo cumpridas, mas será que isso se reflete em qualidade dos atendimentos? Relacionado a isso os gestores e os diretos relataram: “O índice de satisfação é sempre acima de 90% em todos eles. E você vê que o índice de

satisfação não é só do paciente que acabou de ser atendido, mas do colaborador que está lá dentro” (GES 2); “[...] é um hospital que deu certo, um hospital que tem 98% de satisfação dos usuários” (DIR 2); “O índice de satisfação dos usuários é na média de 87% a 90%” (DIR 3); “O nível de satisfação do paciente é de 95%” (DIR 1).

É possível verificar um índice de satisfação, que de acordo com as falas, está acima de 90%. No entanto não foi encontrado nenhum estudo ou documento que comprove como a satisfação foi avaliada e se de fato, esses são os valores reais, uma vez que a própria SESA admite, “[...] o que chega até nós, mesmo sem fazer nem uma pesquisa [...]”.

Nesse sentido, pode estar ocorrendo uma tendência ao oportunismo no relato desses dados, conforme a Teoria da Agência, e os dados apresentados podem não ser os valores reais.

Cabe destaque para o trabalho de Perdicaris (2012), que analisou a satisfação dos usuários em hospitais de AD e hospitais contratualizados no Estado de São Paulo, onde foi observado que a média de satisfação foi melhor nos hospitais de AD, onde estes apresentaram média de 7,29 e 7,63 com variação de 6,13% nos anos de 2007 e 2011 contra 6,98 e 7,07 com variação de 1,16% no mesmo período nos hospitais contratos.

Apesar dos hospitais do estudo serem contratualizados desde a sua inauguração, quando perguntado sobre as diferenças na produção e mudanças na assistência, é possível observar nas falas dos dirigentes e dos gestores que ocorreram mudanças ao longo dos anos.

[...] houve inserção de serviços que a SESA necessitava. Hoje o hospital central tem um serviço de AVC que é fundamental para rede estadual de saúde. Existe um protocolo já definindo e o tempo que esse paciente chega lá é fundamental para diminuir a quantidade de sequela, para que esse paciente não venha a óbito. Então, assim, várias alterações foram feitas ao longo desses anos (GES 1).

Nascemos contratualizados, o hospital desde o seu primeiro dia já tinha as suas metas bem definidas, mas ajustas nas metas, foram acontecendo à medida que você vai criando seus históricos de produção. Então, a gente teve ajustas, mas foram ajustes apenas para controle demanda (DIR 1).

Dependendo da necessidade da secretaria é alterado sim, se ele tem demanda de alguma especialidade ou algum procedimento maior, em maior quantidade, ela solicita, nós sentamos e verificamos a capacidade de fazer e é feito um aditivo. E nesse aditivo é colocada àquela necessidade que ele tem naquele momento e aí a gente segue. Se eles tiverem outras demandas ou se perceberem que aquela demanda não está sendo suficiente, ela pode

aumentar ou diminuir. Não é um serviço engessado ou rígido, vai da demanda do momento (DIR 2).

Isso pode ser evidenciado na Tabela 6, onde é possível destacar um aumento na quantidade de atendimentos de média e alta complexidade. Paulus Júnior (2013), observou um aumento no volume total de atendimentos após a contratualização em três hospitais gerais tipo II e um hospital especializado.

Ainda sobre a assistência, os diretores relataram que durante os anos eles têm melhorado a assistência ao paciente, “nós tivemos evoluções, nós entendemos que houve um ganho na resolutividade [...]” (DIR 3).

É importante destacar que essa fala não está de acordo com a Tabela 7 e que pelo fato de os três hospitais terem nascido contratualizados, não é possível fazer uma comparação entre a gestão por AD e pôr OS nesses hospitais. Desse modo a análise com relação ao impacto da contratualização sobre a assistência, quantidades de serviços prestados e gastos, ficam prejudicados, conforme destacado pela SESA e pelos diretores: “Todos os três hospitais que nós temos hoje não passaram pela administração direta. Todos nasceram como organização social, sendo gestor dos mesmos. Hoje ainda não tenho um comparativo” (GES 1); “Eu não consigo avaliar o impacto na assistência porque nascemos contratualizados” (DIR 1).

Os hospitais se constituem em uma organização profissional que desenvolve um trabalho complexo, desse modo, a assistência e o cumprimento de metas estabelecidas são em grande parte, dependente dos profissionais.

Quando perguntado se os profissionais do hospital conhecem a lógica e as metas da contratualização, os mesmos responderam que os profissionais têm conhecimento, conforme pode ser observado nas falas a seguir: “Sim, todos têm conhecimento. Até porque é um pré-requisito nosso de indicador, de análise e de acompanhamento. E nós acompanhamos se eles estão cumprindo as metas, fazemos isso inclusive diariamente” (DIR 3).

Sim, as metas são estabelecidas em contratos e eles prestam contas das metas. Nós temos um encontro semestral em uma reunião ‘Análise Crítica da Alta Direção’ juntos com todos os diretores, inclusive gerentes das mais diversas áreas e eles apresentam seus indicadores. Independente disso, mensalmente eles são medidos pelos indicadores de desempenho, que são previstos em contratos. O repasse médico depende da variação desses indicadores” (DIR 1).

O corpo clínico tem conhecimento. Todas as vezes que tem TA ou uma renovação de TA ou de contrato que altere, nós chamamos eles e colocamos

para eles o que aconteceu naquele momento, e a partir daí eles já sabem que eles têm uma meta maior ou menor ou algum indicador de qualidade que eles têm que seguir. Então eles estão sempre cientes do que eles têm que fazer dentro do hospital” (DIR 2).

É possível observar uma ideologia gerencialista nas falas. De acordo com Scott (1992) e Edwards (1998), os valores gerencialistas são voltados para o fortalecimento do papel, poder e prestígio dos gerentes.

Outra característica observada nas falas dos dirigentes tem relação com o Panóptico de Bentham. De acordo com Pereira (2006), o efeito mais importante do panóptico é “induzir no prisioneiro um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder”. A característica mais importante do panóptico, relacionada com o ambiente organizacional, é propiciar, por meio da visibilidade constante dos funcionários, o funcionamento do poder disciplinar de forma automática.

Desse modo, devido uma relação de poder e vigilância, os funcionários irão procurar cumprir o que é a eles comissionado, conforme destacado por Foucault (1987) “[...] quem está submetido a um campo de visibilidade, e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder [...]”. Mas isso no ambiente hospitalar pode estar relacionado a uma piora no desempenho do hospital.

No entanto, nas organizações hospitalares é importante uma descentralização do poder. Os diretores precisam levar em consideração que muitas das vezes eles não presenciam o trabalho durante sua realização pela equipe da assistência. Desse modo, os funcionários precisam se sentir motivados, ter autonomia e uma parcela de poder. Assim as metas são atingidas e ocorre uma melhoria no desempenho hospitalar (LIMA, 2009).

No contexto da Teoria da Agência, a direção precisa apoiar os funcionários, mas também precisa controlar. A aceitação do controle e do poder será mais bem aceita mediante incentivos. Por isso, para a Teoria, um programa de incentivos seja tão importante, pois assim os profissionais se esforçam em alcançar as metas (LIMA, 2009), porém, como já destacado, isso precisa ser feito com qualidade.

Nesse ponto cabe destaque os pontos positivos do processo de contratualização na visão da SESA e dos diretores das OSS: “A gestão por OSS tem menos amarras legais, ela tem mais agilidade, mais flexibilidade e ela tem condição de estar contratando todo o arcabouço com maior rapidez, inclusive de mudança. A

contratualização traz uma economicidade e é transparente” (GES 1); “Se for observar, o nível dos hospitais geridos pelas OSS são hospitais com nível de qualidade alto, com índice de satisfação alto e com resultado econômico positivo, transparente e com redução de custo para os cofres públicos bem significativos” (DIR 3); “[...]O Estado acompanha muito bem e isso é bom para a gente também, sinal que existe transparência” (DIR 2).“Você tem uma gestão financeira melhor, é mais fácil de gestão [...] Eu tenho minhas dúvidas se a SESA tem o mesmo nível de controle, um hospital tão na mão, com prestação de contas e transparente” (DIR 1).

É possível observar que a fala da SESA é muito similar à fala dos diretores com relação aos pontos positivos, no entanto, pouca ênfase é dada se a contratualização traz melhora na assistência e no desempenho hospitalar.

As falas “tem menos amarras legais, ela tem mais agilidade, mais flexibilidade” (GES 1) e “você tem uma gestão financeira melhor, é mais fácil de gestão” (DIR 1) estão de acordo com Barbosa e Lima (2011), que destacam que os hospitais de AD têm mais amarras legais o que pode dificultar e/ou tornar o processo mais lento.

Um destaque é dado à transparência no processo. No entanto, não foi observado nos relatórios de prestação de contas da SESA (disponíveis em: <http://saude.es.gov.br/prestacao-de-contas>) um demonstrativo claro com relação à prestação de contas financeiras e sobre as metas contratualizadas.

Ainda com relação à transparência, cabe destacar que no site da SESA, na aba Organizações Sociais de Saúde, que apesar de terem espaço para tal, não existe informações e cópias dos contratos firmados, os TA's e os relatórios de prestação de contas das OSS.

Já com relação aos pontos negativos do processo de contratualização e que acabam gerando dificuldades para a implantação do processo, temos, como já destacado anteriormente, o corpo técnico da secretaria funcionando como um fator que dificulta o processo. Outros fatores destacados pela SESA é a falta de conhecimento e o orçamento.

Eu acho que tem muitas pessoas que não tem o conhecimento do que é o serviço de OSS, tem conhecimento de falas de outras pessoas, e não da legislação em si. E tentam, a todo o momento, prejudicar o modelo sem conhecer. E aí tem uma situação pontual, como qualquer serviço eu posso ter em algum momento, uma situação prejudicada e levam isso a frente, como se aquilo, o serviço, você basicamente para retirar o recurso público, e isso a gente verifica, só pegar os processos e verificar que os recursos estão sendo bem usados. Preconceito sem conhecimento da legislação. As questões

ideológicas, políticas e de interesse, são muito fortes nesse aspecto. Essa são as maiores dificuldades (GES 1).

Uma limitação clara dentro da administração pública é o orçamento. O contrato tem que atender as necessidades, mas a gente tem um teto que não podemos ultrapassar. Muitas vezes a equipe técnica assistencial identifica a necessidade de um serviço, de aumentar os exames, mas no momento eu não tenho a disponibilidade orçamentária (GES 2).

Nota-se uma resistência a críticas, “tentam a todo o momento prejudicar o modelo sem conhecer” (GES 1), possivelmente decorrente de uma ideologia gerencialista. Já na fala “só pegar os processos e verificar que os recursos estão sendo bem usados” (GES 1) e “uma limitação clara dentro da administração pública é o orçamento” (GES 2) observa-se que embora seja afirmado que os recursos estão sendo bem usados, se faz necessário mais investimentos, sendo que de acordo com o TCESP (2011), os hospitais gerenciados por OSS são mais dispendiosos do que os de AD no Estado de SP. Será que o mesmo se repete no Estado do ES? É necessário um aprofundamento nesse tema, para um melhor gerenciamento do dinheiro público.

Quando perguntado sobre as medidas para melhorar o processo de contratualização, a SESA novamente faz referência ao corpo técnico como um fator que precisa ser melhorado e que reflete no processo de contratualização, “[...] o corpo técnico da SESA precisa ser reestruturado” (GES 1). Já os dirigentes destacam outras medidas.

Eu vejo que a contratualização, ela precisa deixar mais claro o que deve e o que não deve ser gasto com as demandas de recursos federais e estaduais. O valor que eu recebo tem essa segregação, olha, isso aqui é verba federal, isso aqui é verba estadual. Mas a gente não tem nem um documento que diz: esse tipo de demanda você pode gastar recurso federal, nessa outra você pode gastar recursos estaduais. E outra, a contratualização ela precisa ser flexível, ela carece de ser flexível. Vou pegar um exemplo aqui, naquele período de falta de segurança pública, as UPAs fecharam, diversos serviços fecharam e nós não fechamos, pelo contrário, eu botei equipe médica, reforcei equipe de assistência, ampliamos a nossa demanda, teve uma noite que recebemos 17 baleados aqui. Então todo mundo fechou, não tinha ônibus, não tinha nada, mas o hospital continuou fazendo, mas se eu fiz a mais eu não vou receber por isso, se eu fiz a menos eu vou ser cortado. Então, ninguém vai considerar, e aí eu preciso me desdobrar no próximo mês para compensar as metas não atingidas. Ninguém vai considerar o problema que teve, a gente tem que se virar em atender. Então, eu acho que esse tipo de flexibilidade poderia ser trabalhado quer seja para reconhecimento daquilo que eu faço a mais, quer seja para esclarecer e justificar algumas coisas que a gente não consegue bater (DIR 1).

Já o DIRETOR 2 salienta: “Eu acho que pode ser facilitado, pode modernizar muita coisa, claro que para isso eu preciso de investimentos [...]”. O DIRETOR 1, por sua vez, destaca que “[...] você sai de uma linha de administração pública e vai para

uma administração filantrópica que acaba de ser uma linha privada, que ainda as pessoas desconhecem, então o que posso dizer, o desconhecimento desse nível de contratualização” (DIR 1).

É possível observar claramente nas falas “seu eu fiz a mais eu não vou receber por isso, se eu fiz a menos eu vou ser cortado” (DIR 3) e “claro que para isso eu preciso de investimentos” uma ideologia gerencialista com os recursos financeiros como sendo o centro da questão. Ainda é possível distinguir uma tendência ao oportunismo destacado pela Teoria da Agência.

Borges e outros (2012, p. 124) destacam que,

[...] a síndrome do custo crescente torna essa figura jurídica insolvente, facilmente constatável ao se verificar no estado de São Paulo, o aumento de mais de 114% nos custos das unidades gerenciadas pelas OSS, entre 2006 e 2009, as quais custam cerca de 50% a mais que as unidades gerenciadas pela AD, gerando um déficit financeiro de 147,18 milhões aos cofres públicos, somente em 2010.

Nesse sentido podemos inferir que por mais que os dirigentes relatem a necessidade de mais investimentos, o processo de contratualização está longe de trazer uma economicidade para o Estado.

Desse modo, através da análise, foi possível observar que vários são os fatores críticos da contratualização, destacando: passagem de uma responsabilidade do Estado para o setor privado; privatização dos serviços de saúde; contratos mal desenhados e corpo técnico. E muitos são os desafios para um processo de contratualização eficiente, como: diminuição de comportamentos oportunistas; melhoria da gestão; monitoramento adequado das metas e prestação de contas. Todos esses fatores agem como limitantes do processo de contratualização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme descrito no início deste trabalho, buscou-se responder o seguinte questionamento: *Os mecanismos contratuais dos hospitais Estaduais do ES por meio de OSS têm se mostrado eficientes?* Desse modo, o estudo tinha como meta descrever e compreender o processo de contratualização, visando identificar particularidades de sua implementação

Este estudo oferece subsídios para avaliações mais abrangentes e regulares sobre o impacto da contratualização, ou mesmo serve como base para estudos futuros sobre o impacto da contratualização sobre o HIMABA - Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, que é o primeiro hospital com administração mista do ES com início em 2017, ou do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que também está passando por processo de contratualização no ES.

Quanto ao objetivo central desse estudo, não se pode afirmar que a contratualização foi eficaz nesses hospitais, porém, também não se pode afirmar o contrário. O aumento da produção, acima da quantidade contratualizada, e as opiniões livremente obtidas pelos gestores e dirigentes são favoráveis à contratualização.

Os hospitais apresentaram aumento nos atendimentos de média complexidade. No entanto o HEC e HEUE apresentaram aumento na média de permanência hospitalar, o que pode ser indicativo de baixo desempenho hospitalar e ter relação com a capacidade gerencial das OSS desses hospitais.

Nota-se que, apesar de se pregar que a contratualização traz uma economicidade para os cofres públicos, a literatura tem mostrado resultados contrários. Associado a isso, tem-se uma prestação de contas não transparente. Nessa perspectiva, a contratualização não seria o modelo de gestão mais adequado, pois pode aumentar o gasto público e, conforme destacado, o aumento de gastos não é indicativo de melhora no desempenho hospitalar. Assim, salienta-se o fato de os sistemas de informações não serem suficientes para fornecer as informações necessárias ao monitoramento da contratualização.

Os contratos analisados apresentam graves erros estruturais e na fixação das metas quantitativas, o que direta ou indiretamente pode ser com a intenção de favorecer alguns indivíduos ou organizações, cabendo assim uma leitura atenta e

crítica. Nesse sentido, é importante, por parte da SESA, na hora de desenhar os contratos, conhecimento, habilidades e experiências, pois contratos bem desenhados, claros em todos os seus itens, contribuem para uma melhor prática gerencial.

A contratualização parece ter melhorado a quantidade de serviços prestados pelos hospitais, no entanto, não é possível afirmar se esse aumento se reflete em melhores atendimentos.

Uma vez que não foram realizados estudos no ES para a definição das metas, essas podem não estar condizentes com a realidade do Estado, já que a definição das metas estabelecidas foi baseada em estudos para outros estados brasileiros. Faz-se necessário um mecanismo para a definição das metas que seja coerente com a realidade do ES.

A contratualização surgiu no Estado do ES diante de uma crise institucional. Foi observado que ela surge com o propósito de passar uma responsabilidade do governo para o setor privado. Desse modo, observa-se uma propensão a privatização dos serviços de saúde, sendo essa uma das principais críticas ao modelo de gestão por OSS. No entanto, como este modelo de gestão vem sendo implementado, precisa ocorrer da melhor maneira, de forma mais imediata assumir como temas prementes os desafios, os limites, os problemas e as sugestões apontadas neste estudo.

Entre as limitações apresentadas pelo processo de contratualização no ES, uma das mais importantes é a falta de capacitação do corpo técnico envolvido. No entanto, para que a contratualização funcione adequadamente, exige da administração pública um corpo técnico capaz de planejar, monitorar, avaliar e regular, induzindo os ramos da contratualização.

Desse modo, os resultados aqui apresentados ressaltam as dificuldades do processo de contratualização e demonstram que, nesses casos estudados, a contratualização não se mostrou um bom modelo de gestão, uma vez que o mecanismo contratual parece não ser eficiente. A melhoria sustentável do processo de contratualização requer enfrentar vários desafios simultaneamente. Mas com uma boa gestão os problemas podem ser enfrentados e os arranjos contratuais podem se tornar uma boa ferramenta acessórias de gestão no setor de saúde.

A pesquisa apresentou algumas limitações, como a confiabilidade dos dados apresentados pelos Sistemas de Informações em Saúde; a falta de acesso aos

relatórios de monitoramento ou de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde; poucos disponíveis na página da SESA e ausência de dados de pagamentos e repasses efetivamente pagos, dados esses que são importantes para um melhor entendimento do processo de contratualização.

Para uma melhor prática gerencial é importante investir no desenvolvimento gerencial como um todo, com implantação de sistemas de informações automatizados; transparência e à aprendizagem contínua contribuindo assim para uma melhor gestão e para o melhor desenho dos contratos firmados.

Faz-se necessário novos estudos sobre o nível de satisfação dos funcionários, uma vez que isso reflete diretamente no tipo e na qualidade do serviço prestado. Além de informações do TCEES, do Ministério Público, dos funcionários e usuários do sistema, outro fator importante é analisar a qualidade dos serviços prestados pelas OSS.

É imprescindível um estudo aprofundado sobre as características, relacionadas à saúde, no ES, para dar subsídios para o estabelecimento de metas contratuais que estejam de acordo com a realidade do Estado.

REFERÊNCIAS

- ABRANSON, W.B. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. **Health Policy and Planning**, v. 16, n. 4, 2001.
- ABRANTES A. Contracting Public Health Care Services in Latin America, **The World Draft**, 1999.
- ABRUCIO, F. L. Contratualização e organizações sociais. Reflexões Teóricas da experiência internacional. **Debates GV Saúde**, n. 1, p. 24-27, 2006.
- ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, n. 10, 1997.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em Saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 20, v. 6, p. 1825-1834, 2015.
- ALCOFORADO, F. C. G. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sócias. In: **X Congresso Internacional Del CLAD Sobre La Reforma Del Estado y de La Administracion Publica**, Santiago, Chile, 18-21 out. 2005.
- ALVEZ, A.S.D. **Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro, Portugal, 2011.
- ARAÚJO, J.F.F.E. Hierarquia e mercado: a experiência recente da Administração Gestionária. In: **2º Encontro INA – moderna Gestão Pública: dos meios aos resultados**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2000.
- ASHTON, T. CUMMING, J. MCLEAN, J. Contracting for health services in a public health systems: the New Zealand experience, **Health Policy**, n. 69, 2204.
- BARBOSA, N. B. et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão pública privada em Goais – o caso Huana. **Revista do Serviço Público**, v.66, n.1, p. 121-144, 2015.
- BARBOSA, N. B., ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.
- BORGES, F.T. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde** – o papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 164, §3. Brasília: 1988.
- BRASIL. Ministérios da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de Permanência Geral**. v. 1, n. 02, 2013.

_____. _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de mortalidade institucional**. v. 1, n. 01, 2012.

_____. _____. **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. Brasília: MS, 2005.

_____. _____. **Portaria número 1702 de 17 de agosto de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

_____. _____. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. **Plano diretor de reforma do aparelho do estado**. Brasil. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração e dá outras providências. Brasília: 1993.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle. **MARE**, n. 1, 1997

BRIZOLA, J. B. **Gestão hospitalar**: análise de desempenho de um hospital universitário e de Ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. 2010. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2010.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis – elements of the sociology of corporate life**. Ashgate Publishing Company, 1979.

CALDAS, A. M. C. **Potencialidades e limites da inserção do processo de contratualização como instrumento de planejamento e gestão das organizações de saúde**. 2013. 98f. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Programa de Pós-graduação em Gestão, Instituto Superior de Gestão, Lisboa, 2013.

CHARNES, A. et al. Measuring the efficiency of decision-making units. **European Journal of Operational Research**, v.2, p. 429-444, 1978.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CASTELAR, R.; MORDELET, M. GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro, 2005.

CHIORO DOS REIS, A. A. **Entre a intenção e o ato**: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010). Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, USP, São Paulo, 2011.

CIHI (Canadian Institute for Health Information). **Health care in Canada**. Ottawa, 2005.

COHN, C. **Antropologia da criança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

COSTA, R.M. **Análise do programa de reestruturação dos hospitais de ensino: o caso de Minas Gerais**. 2010. 128f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

COSTIN, C. **Administração Pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

DATASUS – CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: janeiro de 2016.

ESCOVAL, A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 9, p. 7-24, 2010.

EL-WARRAK, L. O. **A contratualização no âmbito da Gestão Pública em Saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro**. 2008. 182 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Ciências, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ENGLAND, R. **La contratación y La Gestión Del Rendimiento em El Sector Salud**. Conceptos, indicadores y ejemplos para su puesta em práctica. Departamento para El Desarrollo Internacional (DFID) Centro de Recursos em Sistemas de Salud (HSRC), Londres, 2002.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 489**. Cria o programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Vitória: 2009.

_____. **Lei Complementar nº 317**. Organiza o funcionamento do sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo. Vitória: 2005.

_____. Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo. **Representação com pedido de provimento liminar cautelar inaudita altera parte**. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:N8ZxAKqqtAMJ:www.mpc.es.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/TC-2299-2013-Representa%25C3%25A7%25C3%25A3o-terceirizacao-da-gestao-do-Hospital-Jayme-Santos-Neves.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18 set. 2017.

EVANS, D. **Bulletin of the World Health Organization**. Use of Contracting in Public Health. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-037416/en/>>. Acesso em 12 set. 2017.

FERRIS, G.R. et al. Toward a social context theory of the human resource management-organization effectiveness relationship. **Human Resource Management Review**, v. 8, n. 3, p. 235-264, 1998.

FLEURY, N.; STRELL, F. **Introduction**, in Normam Flynn e Franz Strehl, Public Sector Management. London: Prentice Hall, 1996.

FONSECA, A.M.E. As relações públicas segundo o paradigma humanista radical. **Biblioteconomia e Comunicação**, v. 6, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LA FORGIA, G. M; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. Em busca da excelência. São Paulo: The World Bank, Instituto Brasileiro para o desenvolvimento do setor Saúde/IBEDESS, Editora Singular.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMES, E. G. M. **Gestão por resultados e eficiência na Administração Pública**: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2012, Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Administração Pública e Governo, FGV/EAESP, São Paulo, 2012.

GRUENING, G. Origin and theoretical basis of new public management. **International Public Management**, n. 4, v. 1, p, 1-25, 2001.

HAERTER, L. O conceito de controle social nos olhares estruturalistas, funcionalistas, fenomenológico e interacionista. **Revista de Ciências Sociais**, v. 16, 2012.

HOOD, C. Public service management by numbers: why does it vary? Where has it come from? What are the gaps and the puzzles? **Public Money and Management**, v. 27, p. 95-102, 2007.

HOOD, C. Gaming in the Targetworld: the targets approach to managing British public services. **Public Administration Review**, v. 66, n. 4, p. 515-521, 2006.

ISLAM, M. T. HOSSAIN, M. M. ISLAM, M. A. HAQUE, Y. A. Improvement of coverage and utilization of EmOC. Services in southwestern Bangladesh. **Journal Gynaecology Obstetrics**, v. 91, n. 2, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p. 391-404, 2001.

JANN, W. REICHARD, C. Melhores práticas na modernização do Estado. **Revista do Serviço Público**, n. 53, v. 3, p. 31-50, 2002.

LEITE, J.D.B.L.; SOUZA, H.F.; NASCIMENTO, E.C.V. Contratação na saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 46, p. 15-22, 2010.

LENIR, S. **Fundação Estatal**: a gestão pública renovada. Disponível em: <www.fundacaoestatal.com.br>. Acesso em: 07 fev. 2006.

LOEVINSOHN, B., HARDING, A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. **Lancet**, v. 366, p. 676-81, 2005.

LOEVINSOHN, B. Performance – Based Contracting for health Service in Developing Countries. A Toolkit. Health, nutrition and population series. **The World Bank**, 2008.

LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratação no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos hospitais de ensino no Sistema

Único de Saúde brasileiro. 2009. 316 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, 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. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.

KHIN, K., ANNER, P.L. Strengthening district health service management and delivery through internal contracting: lessons from pilot projects in Cambodia. **Social Science and Medicine**, v. 96, p. 241-249, 2013.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 4, p. 871-877, 2007.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O arranjo público privado e a mortalidade hospitalar por fontes de pagamento. **Revista de Saúde Pública**, n. 50, v. 42, p. 1-13, 2016.

MARINI, C. **Gestão pública: o debate contemporâneo**. Fundação Luiz Eduardo Magalhães. Salvador: FLEM, 2003.

MARQUES, I.P. **O processo de contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no contexto do Sistema Único de Saúde**. 2015. 138f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MARTINS, H. F. Em busca de uma teoria da Burocracia Pública não-estatal: Política e Administrativa no Terceiro Setor. **Revista de Administração Contemporânea**, n. 3, v. 2, p. 109-128, 1998.

MATHONNAT, J. Contracting is not end in itself. **Bulleting of World Health Organisation**, v. 84, n. 11, p. 912-913, 2006.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente – Governantes Governadores**. ed. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. ed. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MAYNARD, A. **Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia**. Health Financing Policy Paper. Geneva: World Health Organization, 2008.

MCPAKE, B. KUMARANAYAKE, L. NORMAND, C. **Health Economics – An International Perspective**. London: Routledge, 2002.

MÉDICI, A. C. **Financiamento público em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990**. Health Technical Note 3, 2005.

MILLS, A. To contract or not contract? Issues for low and middle income countries. **Health Policy and Planning**, v. 13, p. 32-40, 1998.

MILLS, A. HONGORO, C. BROOMBERG, J. Improving the efficiency of district hospitals: contracting an option? **Tropical Medicine and International Health**, n.1, v.2, p.116-126, 1997.

NOVATO-SILVA, J.W. Informação em Saúde pública sob uma ótica antropológica: um estudo em Minas Gerais, Brasil. **RECIS**, v. 3, n. 3, p.76-83, 2009.

OLIVEIRA, A.J. O processo de contratualização dos hospitais filantrópicos de Ensino: dificuldades, perspectivas e propostas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de Ensino e filantrópicos no SUS**: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

ORLANDI, E.P. A análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. 2017. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Conferencias/EniOrlandi.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

OSBORNE, D. GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 2. ed. Brasília: MH Comunicação; 1994.

OXLEY, H.; MACFARLON, M. Health care reform controlling spending and increasing efficiency. **OECD Economics Department Working Papers**, n. 149, 1994. Disponível em: <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj87hd.pdf?expires=1445118802&id=id&accname=guest&checksum=FA77B08B2369D2D38474FE8D422ADBE2>>. Acesso em: 17 out. 2015.

PACHECO, R.S. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9., 2004, Madrid. **Anais eletrônicos...** Clad, 2004. p. 30-47.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA G.C.; LIMA, J.C.F. (orgs). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULUS JÚNIOR, A. **Alocação de recursos condicionada ao desempenho dos prestadores de serviços de saúde**: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil. 2013. 152f. Tese (Doutorado em Ciências). Programa de Graduação em Ciências, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PALMER, N. The use of private sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. **Bulletin of World Health Organization**, v. 78, n. 6, p. 821-829, 2000.

PERROT, J. Different approaches to contracting in health systems. **Boletim World Health Organization**, n. 84, v.11, p. 859-866, 2006.

PERDICARIS, P. R. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público**: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta em estado de São Paulo. 2012, 133f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, FGV/EAESP, São Paulo, 2012.

PEREIRA, A.L. O ginásio. Um panóptico de Bentham para o cuidado de si? **Sociologia, problemas e práticas**, n. 51, p.117-138, 2006.

PETERS, D. H. et al. A balanced scorecard for health services in Afghanistan. **Bulletin of World Health Organization**, v. 85, n. 2, p. 146–151, 2007.

POSNETT, J. **Are bigger hospitals better?** Estados Unidos: Open University Press, 2002.

PZREWORSKI, A. Minimalist Conception of Democracy: a Defense. In SHAPIRO, I. HACKER-CORDÓN, C. **Democracy's value**. Cambridge: Cambridge University, 1998.

SANTOS, J.S. O espelho e o reflexo: fantasias e perplexidades, I parte. **Revista Brotéria**, Lisboa, v. 151, 2000.

SÃO PAULO. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. **TCE/SP 2011**. Disponível em: <<http://www4.tce.sp.gov.br/arquivos/contas-governo/2010-rmc/resultados/rel-voto10.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SCOTT, W. R. **Organizational environments**: Ritual and rationality. Califórnia: Sage Publications, 1992.

SIDDIQI, S.; MASUD, T. I.; SABRI, B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. **Bolletín of the WHO**, n. 84, v. 11, p. 867-875, 2006.

SILVEIRA, R.A. **Michel Foucault, poder e análise das organizações**. 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

SIMON, H.A. **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. São Paulo: FGV, 1979.

SINGES, P. et al. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua nova**, n. 48, p. 187-212, 1999.

TRIVELATO, P.A. et al. Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospital. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 4, p. 62-79, 2015.

TROENIG, J.C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 2, p. 54-71, 2000.

TURINO, F. et al. Organizações sociais de saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, p.96-101, 2016.

VECINO NETO, G.; MALIK, A. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, p. 825-839, 2007.

WATERS, H. R. MORLOCK, L. L. HATT, L. Quality-based purchasing in health care. **J Health Plann Management**, v. 19, p. 365-381, 2004.

WORLD BANK. **Enhancing Performance in Brazil's Health Sector**. Lessons from Innovations in the State of Sao Paulo and the city of Curitiba. Report n. 35691-BR, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Contracting for Health Services – Lessons from New Zeland**, 2004.

ZAIDI, S. Can contracted out health facilities improve access, equity, and quality of maternal and newborn health services? Evidence from Pakistan. **Health Research Policy and Systems**. v.13, n. 54, p. 47-56, 2015.

Sobre o autor

Eduardo Henrique Loreti

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2013). Mestrado em Engenharia e Desenvolvimento Sustentável pela Universidade Federal do Espírito Santo (2018) . Atualmente é Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados e professor do Centro Universitário da Grande Dourados , atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do idoso, saúde pública e efeitos do uso do Narguilé.

Os arranjos contratuais foram introduzidos no setor de saúde brasileiro visando melhorar a organização do sistema de saúde com o objetivo que isso refletiria na melhora do desempenho hospitalar. As primeiras experiências de arranjos contratuais no Brasil ocorreram em 1991, e desde então vêm sendo desenvolvidas e implantadas. No entanto, o entendimento sobre o efetivo impacto dos arranjos contratuais no desempenho dos hospitais e os riscos contratuais ainda não são conclusivos. Sabe-se, porém, que os arranjos contratuais não são a solução para todos os problemas do setor saúde, portanto, fazem-se necessários mais estudos na área. Nesse sentido, o objetivo principal desse livro é apresentar a dissertação de mestrado que descreveu e analisou o processo de contratualização de serviços em Hospitais Públicos Estaduais administrados por Organizações Sociais no Estado do Espírito Santo.

ISBN 978-65-80476-32-9

