

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
EM REDE NACIONAL

TIAGO FLORES ZEFERINO

A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA DE GESTÃO NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

DOURADOS – MS

2019

TIAGO FLORES ZEFERINO

**A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA DE GESTÃO NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**

Trabalho de Conclusão Final apresentado ao Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional da Universidade Federal da Grande Dourados (PROFIAP/UFGD) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alfa Oumar Diallo

DOURADOS – MS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

Z43c Zeferino, Tiago Flores

A contratualização interna de gestão no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados [recurso eletrônico] / Tiago Flores Zeferino. -- 2019.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Alfa Oumar Diallo.

Coorientador: Rosemar José Hall.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2019.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Contrato Interno de Gestão. 2. Contratualização Hospitalar. 3. Nova Gestão Pública. 4. Planejamento em Saúde. I. Diallo, Alfa Oumar. II. Hall, Rosemar José. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



UFPGD

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO FINAL DE Mestrado APRESENTADA POR **TIAGO FLORES ZEFERINO**, ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM REDE NACIONAL, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA".

Aos dezoito dias do mês de março de dois mil e dezenove, às 14 horas, em sessão pública, realizou-se na Universidade Federal da Grande Dourados, a Defesa de Trabalho de Conclusão Final de Mestrado intitulada "A Contratualização interna de gestão no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados", apresentada pelo mestrando **Tiago Flores Zeferino**, do Programa de Pós-Graduação em ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Prof. Dr. Alfa Oumar Diallo/UFPGD (presidente/orientador), Prof. Dr. Caio Luis Chiariello/UFPGD (membro titular), Prof. Dr. Hermes Moreira Júnior/UFPGD (membro titular), Prof. Dr. André Andrade Longaray/FURG e Me. Ricardo França de Brito/UFPGD (membro titular). Iniciados os trabalhos, a presidência deu a conhecer ao candidato e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação do Trabalho de Conclusão Final. Após o candidato ter apresentado o seu Trabalho de Conclusão Final, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a Defesa, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento, tendo sido o candidato considerado aprovado, fazendo jus ao título de **MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**. Os membros da banca abaixo assinados atestam que o Prof. Dr. André Andrade Longaray participou de forma remota desta defesa de dissertação, considerando o candidato aprovado, conforme declaração anexa. Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Dourados, 18 de março de 2019.

Prof. Dr. Alfa Oumar Diallo

Prof. Dr. Caio Luis Chiariello

Prof. Dr. Hermes Moreira Júnior

Me. Ricardo França de Brito

Prof. Dr. André Andrade Longaray

Participação Remota

(PARA USO EXCLUSIVO DA PROPP)

ATA HOMOLOGADA EM: ___/___/___, PELA PROPP/UFPGD.

Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
Assinatura e Carimbo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

UFGD
Universidade Federal
da Grande Dourados

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM REDE
NACIONAL - PROFIAP
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO À DISTÂNCIA - SÍNCRONA - EM BANCA DE DEFESA DE
MESTRADO/ UFGD

Às 14h do dia 18/03/2019, participei de forma síncrona com os demais membros que assinam a ata física deste ato público, da banca de Defesa de Dissertação do candidato Tiago Flores Zeferino, do Programa de Pós-Graduação Profissional em Administração Pública em Rede Nacional.

Considerando o trabalho avaliado, as arguições de todos os membros da banca e as respostas dadas pelo candidato, formalizo para fins de registro, por meio deste, minha decisão de que o candidato pode ser considerado: _____APROVADO_____.

Atenciosamente,

Prof. Dr. André Andrade Longaray
Universidade Federal do Rio Grande - FURG

AGRADECIMENTOS

Direciono os agradecimentos iniciais, sempre, a Deus, sem o qual eu nada seria, porquanto é a sua graça, proteção, sabedoria, misericórdia e infinito amor que dá sentido à minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alfa Oumar Diallo, pelos inúmeros momentos de incentivo, assim como por sua dedicação e paciência. Igualmente, agradeço pelos valiosos ensinamentos partilhados, os quais são e serão importantes para minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Ao meu coorientador, Rosemar José Hall, por ter se disponibilizado a me acompanhar no desenvolvimento desta dissertação.

A minha esposa, Gabriela de Oliveira Zeferino, pelo apoio e incentivo nos momentos de dúvidas e angústias, fundamentais para que esse projeto em minha vida fosse concluído.

Aos meus pais, irmãos e familiares, que sempre me motivaram e se mostraram compreensivos ante a minha ausência e reclusão ao longo deste mestrado.

A todos os colegas de mestrado, de trabalho e professores do PROFIAP, pelos momentos, experiências e reflexões compartilhados.

De maneira especial gostaria de agradecer ao meu mentor, Eli Nunes Marques, que com suas contribuições claras e objetivas permitiu aprimorar os resultados obtidos. Defini-lo como um ilustríssimo mentor seria insuficiente, pois a excelência com que me instruiu fez nascer uma admiração por sua pessoa. Agradeço por ter se tornado um amigo e parceiro para todos os momentos.

Por fim, mas não menos importante, aos amigos e irmãos na fé da célula Kadosh pelas orações e companheirismo em todos os momentos desta trajetória.

RESUMO

Em meados da década de 1990, a adoção da Nova Gestão Pública como modelo de gestão deu início a substituição paulatina da priorização do cumprimento de normas e procedimentos como mecanismos de coordenação precípua da Administração Pública pelos contratos. No cenário contemporâneo, a contratualização combina flexibilização de gestão e aumento de responsabilidade, visando a tornar as ações do Estado não apenas efetivos, como também eficientes. Entretanto, esse instrumento ainda exterioriza problemas. A análise intrínseca desse instrumento evidencia a fragilidade nos níveis de negociação, coordenação e supervisão dos contratos, a sensibilidade frente às rupturas e/ou instabilidades na Administração Pública, a exígua capacitação dos atores envolvidos no processo de contratualização, além da insuficiência e ineficácia dos mecanismos de monitorização e de avaliação. Seguindo essa tendência, o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados tem contratualizados com o gestor municipal de saúde desde 2010. É diante dessa dicotomia de potencialidades e limites que esta pesquisa almejou por responder o seguinte questionamento: qual medida estratégica o HU-UFGD poderia implementar para aprimorar o processo de contratualização a fim de conquistar melhoria em seu desempenho?. Visando a responder o questionamento proposto foi realizada uma pesquisa aplicada descritiva, documental, de caráter qualitativo. A metodologia aplicada permitiu ter uma visão holística do processo de contratualização da instituição mencionada, propondo-se, como forma prática de aprimoramento dos processos de contratualização, um modelo de contratualização interna de gestão, sendo demonstrado no desenvolvimento desta pesquisa o potencial que essa ferramenta tem para aprimorar a gestão do HU-UFGD, permitindo que a instituição entregue valores mais expressivos para a sociedade.

Palavras-chave: Contrato Interno de Gestão; Contratualização Hospitalar; Nova Gestão Pública; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

In the mid-1990s, the adoption of the New Public Management as a management model began the gradual replacement of the prioritization of compliance with norms and procedures as mechanisms for the prior coordination of Public Administration by contracts. In the contemporary scenario, contractualisation combines flexibility of management and increased responsibility, aiming to make State's actions not only effective but also efficient. However, this instrument still externalizes problems. The intrinsic analysis of this instrument evidences the fragility in the negotiation, coordination and supervision levels of the contracts, the sensitivity to ruptures and / or instabilities in the Public Administration, the lack of qualification of the actors involved in the contractualisation process, besides the insufficiency and inefficacy of the mechanisms monitoring and evaluation. Following this trend, the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados has contracted with the municipal health manager since 2010. It is against this dichotomy of potentialities and limits that this research aimed to answer the following question: what strategic measure could the HU-UFGD implement to improve the process of contracting in order to achieve improvement in its performance?. In order to answer the proposed questioning, a descriptive, documental, qualitative research was applied. The applied methodology allowed a holistic view of the contracting process of the aforementioned institution, proposing, as a practical form of improvement of the contracting processes, a model of internal contractual management, being demonstrated in the development of this research the potential that this tool has to improve the management of HU-UFGD, allowing the institution to deliver more expressive values to society.

Keywords: Internal Management Contract; Hospital contracting; New Public Management; Health Planning.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instrumento Formal de Contratualização	49
Quadro 2 – Relação de Entrevistados	56
Quadro 3 – Composição do plano de ação	72
Quadro 4 – Definição das unidades de medida	74
Quadro 5 – Modelo de equação para elaboração de metas quantitativas	77
Quadro 6 – Aspectos fundamentais do plano de penalidades e/ou incentivos	90
Quadro 7 – Plano de incentivos do CIG	91
Quadro 8 – Elementos e cláusulas essenciais para a elaboração do CIG	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Estrutura de Governança do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	61
Figura 2 – Processo de contratualização interna e externa	70
Figura 3 – Mapeamento das fases do processo de contratualização externo e interno.....	71
Figura 4 – Cronograma para implantação da ferramenta CIG no HU-UFGD	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelo para construção das propostas de produção das UPs	76
Tabela 2 – Modelo de aferição de participação em grupos de estudos	78
Tabela 3 – Modelo de relatório de nível de desempenho da Unidade de Produção	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	- Administração Central do Sistema de Saúde
AIS	- Ações Integradas de Saúde
ART	- Artigo
CAC	- Comissão de Acompanhamento da Contratualização
CF	- Constituição da República Federativa do Brasil
CIG	- Contrato de Interno de Gestão
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
DD	- Documento Descritivo
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAEC	- Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
GAS	- Gerência de Atenção à Saúde
HE	- Hospitais de Ensino
HU	- Hospital Universitário
HUF	- Hospital Universitário Federal
IFC	- Instrumento Formal de Contratualização
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MARE	- Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MGAH	- Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar
MS	- Ministério da Saúde
NGP	- Nova Gestão Pública
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PDRAE	- Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PHOSP	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RSB	- Reforma Sanitária Brasileira
SERAS	- Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCU	- Tribunal de Conta da União
TIFC	- Termo do Instrumento Formal de Contratualização
TR	- Termo de Referência
UFGD	- Universidade Federal da Grande Dourados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização do tema.....	14
1.2 Aspectos da contratualização interna.....	17
1.3 Objetivo geral	18
1.4 Objetivos específicos	18
1.5 Justificativa	19
1.6 Estrutura da dissertação	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Saúde no Brasil e os Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde.....	21
2.1.1 Breve histórico da Reforma Sanitária Brasileira	21
2.1.2 Os Hospitais Universitários na estrutura do Sistema Único de Saúde	25
2.2 A Nova Gestão Pública e a Contratualização no cenário contemporâneo.....	33
2.2.1 Reforma Administrativa no Brasil.....	34
2.2.2 Origens e conceitos de contratos e contrato interno de gestão	39
2.2.3 Contratualização nos Hospitais Universitários Federais	44
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	57
3.1 Tipo de estudo.....	57
3.2 Local do estudo.....	59
3.3 Informantes-chave	59
3.4 Coleta de dados.....	60
3.5 Organização e tratamento dos dados qualitativos.....	60
4 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO ..	62
4.1 Histórico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) e a contratualização com o gestor local	62
4.2 Proposta de Intervenção: Modelo de Contrato Interno de Gestão	68

4.2.1 Capacitação específica e permanente dos funcionários.....	68
4.2.2 Definir um plano de trabalho e mapear o processo de implantação do CIG ..	71
4.2.3 Levantamento da capacidade instalada e série histórica de produção.....	76
4.2.4 Unidades de Produção: elaboração, encaminhamento e negociação das propostas de produção à Gestão Central.....	78
4.2.5 Reajustes e definição das matrizes de desempenho para CIG.....	82
4.2.6 Assinatura e Publicação do CIG	84
4.2.7 Fiscalização, monitoramento e produção de relatórios de desempenho das Unidades de Produção	87
4.2.8 Avaliação e emissão de parecer de desempenho	89
4.2.9 Aplicação de penalidades ou concessão de incentivos.....	91
4.2.10 Elaboração da minuta e pactuação do Contrato Interno de Gestão.....	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	112
APÊNDICE I – Ementa do curso de capacitação em contrato interno de gestão	113
APÊNDICE II – Modelo de relatório de desempenho da unidade de produção	114
ANEXOS	115
ANEXO I – Questionário aplicado aos entrevistados	116
ANEXO II – Minuta contrato interno de gestão	117
ANEXO III – Planejamentos referentes à capacitação e à educação permanente no HU-UFGD.	122
ANEXO IV – Projeto arquitetônico HU-UFGD	124

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do tema

A utilização de arranjos contratuais é uma prática bastante usual no domínio público. Contudo, buscando conceder às instituições hospitalares de natureza pública mais autonomia administrativa e financeira, assim como exercer maior controle sobre suas ações e resultados, a Administração Pública tem se utilizado, nos últimos anos, de uma modalidade contratual que foca em resultados, o “contrato de gestão”, sendo também denominados de “contrato por resultado”, “contratualização de resultado”, entre outros. Atualmente, a utilização dessa modalidade contratual na seara hospitalar é conhecida como “contratualização” ou “contrato SUS”.

A complexidade e a pluralidades de interesses públicos presentes no âmbito do Estado Pós-Moderno, os quais proporcionam inúmeras situações em que o Estado é compelido a atuar em prol da coletividade, têm provocado o Estado a inovar nas formas de pactuação — arranjos contratuais — a fim de atingir sua finalidade pública. Tal cenário tem refletido no aumento da complexidade do fenômeno contratual na Administração Pública (FERRO; CARVALHO, 2015).

Dentre os diversos tipos de arranjos contratuais existentes, a contratualização de resultados tem se destacado na nova e positiva visão de gestão pública. Embora seja uma prática de gestão recente, visto que a contratualização por resultados passou a ser adotada a partir dos anos de 1960, ela tem sido um dos pilares das gestões que se baseiam na corrente da Nova Gestão Pública (NGP)¹ (HENRIQUES, 2011).

A implementação da contratualização no âmbito público ocorreu de modo mais sistemático e abrangente em meados da década de 1980, quando as reformas de Estado e da administração pública, responsáveis pela consolidação da NGP, atingiram patamares de “revolução global”. A célere difusão das ideias de redução do Estado e de melhoria de desempenho, aliadas à introdução do gerencialismo (*managerialism*) — práticas do setor

¹ A Nova Gestão Pública (*New Public Management*) é uma expressão utilizada regularmente por acadêmicos e profissionais da área para se referir aos modelos e tendências da administração pública que emergiram nas últimas décadas do século XX e que questionam o paradigma burocrático vigente à época. Dessa forma, a lógica racional-legal orientada pela centralização, hierarquização das funções, impessoalidade e controle rígido das ações e procedimentos administrativos tornou-se incompatível com o novo contexto político e econômico que se moldou nas últimas décadas do século XX (PERDICARIS, 2012).

privado — no setor público, assim como o desmembramento das funções de prestação de serviços de outras funções, como as de regulação, de financiamento, entre outras, promoveram a necessidade de se adotar um novo mecanismo de coordenação (LIMA, 2009).

À vista disso, o modelo hierárquico-burocrático, que prioriza o cumprimento de normas e procedimentos como mecanismo de coordenação precípua na Administração Pública, diante da NGP, passou a ser paulatinamente substituído pelos contratos, uma vez que este instrumento apresentava uma gama de opções em relação a foco nos resultados, a práticas de prestação de contas e a respostas de demandas da sociedade bem mais ampla que a presente no modelo burocrático (LIMA, 2009).

Assim, Lima (2009) destaca que com a introdução dos arranjos contratuais na esfera pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, vislumbrou-se novas formas de combater os problemas de baixo desempenho e escassez de prestação de contas nos mais variados segmentos da Administração Pública. Foi perante esse contexto que as Administrações empregaram progressivamente a contratação de resultado no intuito de aprimorar aspectos atinentes à coordenação, à prestação de contas (*accountability*²) e, via de regra, à melhoria na prestação dos serviços públicos (PERDICARIS, 2012).

Seguindo a tendência reformista internacional, a fim de adequar o modelo de gestão pública brasileiro aos princípios arraigados no bojo da NGP, o Brasil iniciou nos anos 90 a reforma do Estado e de seu aparato. Mais especificamente no ano de 1995, sob os cuidados do ex-ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, foi implantado o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), cujo objetivo primário era ampliar a capacidade administrativa, delimitando a atuação estatal apenas àquelas que fossem por sua natureza exclusivamente públicas, segregando-as de outras atividades que não desfrutassem dessa exclusividade ou fossem voltadas à economia de mercado (BRASIL, 1995).

Dessa forma, a reforma do Estado e de seu aparato no Brasil se configurava como uma resposta às recentes exigências econômicas para atuação do Estado. Entre outros aspectos, a reforma implementada no Estado brasileiro, dentre as várias possibilidades, atribuiu à contratualização a função de servir como uma ferramenta que viabilizaria não só o planejamento e a supervisão de resultados no âmbito público, concedendo maior transparência e efetividade das ações estatais, como também implicaria melhoria dos serviços públicos,

² Segundo Farenzena (2010), cabe observar que controle e *accountability* não são sinônimos. *Accountability* é um conceito que reúne prestação de contas pelos agentes públicos – no sentido amplo de justificar e publicizar (informar publicamente) decisões e ações – e responsabilização destes por suas decisões e ações.

corroborando, então, para a implantação do novo modelo de administração pública gerencial, a NGP (CALDAS, 2013; SANO, ABRUCIO, 2008; PERDICARIS, 2012)

Embora a contratualização não seja específica ou originária do setor de saúde, os primeiros empregos de arranjos contratuais na saúde ocorreram ainda na década de 1990, no Estado de São Paulo, em hospitais que eram geridos por Organizações Sociais de Saúde. As experiências positivas iniciais levaram o Ministério da Saúde (MS), através de políticas de reestruturação dos hospitais, especialmente nos de ensino e filantrópicos, a expandir a utilização dos contratos, na saúde, a nível federal (CALDAS, 2013).

As políticas retrocitadas objetivavam elaborar um diagnóstico e apresentar soluções para os mais variados problemas presentes na saúde pública brasileira, mais especificamente no segmento hospitalar. Como resultado dessas políticas, preconizou-se alguns eixos que deveriam nortear a busca de novas perspectivas do setor hospitalar público brasileiro, sendo um deles a adoção da contratualização (LIMA, 2009).

Segundo Pacheco (2006), mais do que uma ferramenta isolada, a contratualização de resultados foi uma genuína alavanca para a melhoria da gestão pública em direção a resultando, que uma vez aplicada ao setor hospitalar representou uma inovação nas estratégias de sustentação e estruturação, pois tal pactuação proporcionou novos meios de avaliação, controle, regulação e financiamento do setor.

Na atualidade, quando se fala de contratualização, aplicada especificamente ao setor de saúde, ela é conceitualmente vista como um processo em que são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar após acordadas entre o gestor municipal/estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e o representante legal do hospital, sendo tais metas formalizadas por meio de um instrumento contratual: convênio, contrato, termo de ajuste, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) ou outro (BRASIL, 2018).

Conforme destacam Escoval, Ribeiro e Matos (2010), no cenário contemporâneo da saúde pública, uma face da contratualização se apresenta como um recurso potencialmente atrativo, incluindo formas de garantir o enfoque na realização de resultados mensuráveis, alocação de recursos de forma mais eficiente, incremento de autonomia de gestão, descentralização na tomada de decisões, assim como potencializa a concorrência no sentido de aumentar a eficácia e a eficiência das ações e serviços de saúde.

Por outro lado, esse instrumento ainda exterioriza problemas. A análise intrínseca desse instrumento evidencia a fragilidade nos níveis de negociação, coordenação e supervisão dos contratos, a sensibilidade frente às rupturas e/ou instabilidades na Administração Pública, a

exígua capacitação dos atores envolvidos no processo de contratualização, além da insuficiência e ineficácia dos mecanismos de monitoramento e de avaliação (TORRES, 2007; ESCOVAL 2010).

É diante dessa dicotomia de potencialidades e limites que a busca em galgar novos horizontes para a contratualização tem se intensificado nos últimos anos. Nessa busca, desponta-se a implementação de pactuações internas, nominadas de Contrato Interno de Gestão³ (CIG), como meios para atingir essa finalidade. A implementação dos CIGs, como forma de aprimorar o processo de contratualização, tem se configurado como uma prática inovadora no domínio público, constituindo-se uma ferramenta capaz de implementar um significativo ganho em aspectos gerenciais.

1.2 Aspectos da contratualização interna

Conforme destaca England (2000, p. 1), as potenciais vantagens da contratualização na saúde podem ser resumidas em: 1) vinculação entre dotações orçamentárias e *outputs* de saúde, resultados e padrões de serviços de forma a facilitar a mensuração e a melhoria da eficiência e da equidade e 2) esclarecer os papéis e responsabilidades de cada parte da relação contratual e, assim, coadjuvar uma maior responsabilização. Portanto, trata-se de uma política de saúde que visa a melhorar a utilização e distribuição de recursos públicos para a saúde, considerando a defesa do interesse dos pagadores, baseando-se em um mecanismo de monitorização e avaliação contínua dos objetivos estabelecidos em contrato (MATOS et al., 2010).

Ora, frente as lacunas e ressalvas da contratualização hospitalar, associado ao fato de que o hospital enquanto unidade autônoma precisa assegurar a maximização da utilização dos recursos, assim como que os serviços realizados pela instituição estão em nível de satisfazer as reais necessidades da população que se propõe servir, é que se apresenta a contratualização interna como um próximo estágio da contratualização (MATOS et al., 2010).

Apontada igualmente como uma gestão por resultados, a contratualização interna se constitui como um instrumento predisposto a promover um alinhamento mais refinado entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, privilegiando-se elementos que representem efetivo ganho em saúde e não apenas em produção de ações e serviços médicos (MATOS et al., 2010).

³ Devido a questões didáticas, serão utilizados “contratualização interna” e “contratualização interna de gestão” como nomenclaturas sinônimas do termo em destaque.

Nessa linha de raciocínio, assim como uma parte expressiva dos integrantes do segmento hospitalar brasileiro, o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) tem se utilizado, dentre outras, da contratualização como forma de aprimorar suas atividades de gestão, de modo a incrementar a eficácia e a eficiência de suas ações e serviços de saúde, além de conferir maior transparência dos mesmos e aperfeiçoar os mecanismos prestação de contas (*accountability*).

O HU-UFGD é uma instituição já consolidada como referência na assistência pública à saúde para a população de 34 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, abrangendo, inclusive, a população indígena e de fronteira advinda do Paraguai. Ao mesmo tempo, se constituiu como um polo estratégico na formação de recursos humanos, assim como de produção e disseminação de conhecimento e tecnologia.

Diante dos desafios decorrentes da institucionalização de uma cultura voltada para resultados na seara hospitalar, o HU-UFGD visualiza espaços para alterações de paradigmas no âmbito da contratualização, possibilitando alcançar novos ganhos de eficiência de gestão. Ainda que a instituição já possua certo grau de maturidade e capacitação técnica em relação à contratualização exógena, no que tange à contratualização endógena a instituição ainda é incipiente.

Portanto, diante desse cenário, o escopo desta dissertação visa a responder o seguinte questionamento: **Qual medida estratégica o HU-UFGD poderia implementar para aprimorar o processo de contratualização a fim de conquistar melhoria em seu desempenho?**

1.3 Objetivo geral

Propor um modelo de contratualização interna para o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

1.4 Objetivos específicos

A fim de atingir o objetivo supracitado, cumpre-se analisar os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a Nova Gestão Pública e sua relação com a Saúde Pública no Brasil;

- Traçar um paralelo entre o processo de contratualização externo, entre HU-UFGD e a prefeitura de Dourados-MS, e a contratualização interna;
- Identificar os limites e perspectivas da contratualização;
- Propor um modelo de contratualização interna.

1.5 Justificativa

O ano de 2010 marca o início da trajetória deste pesquisador como servidor da Fundação Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Porém, desde o início de minhas atividades, estive ligado ao Hospital Universitário (HU) dessa instituição. Embora não tenha desempenhado atividades que estejam diretamente ligadas ao tema “contratualização”, já havia pesquisado e desenvolvido artigos que envolveram a saúde pública no Brasil, sendo que um destes tratava especificamente sobre a contratualização hospitalar.

Ademais, não obstante minha primogenitura acadêmica seja o Direito, fator que por si só seria preponderante para a escolha de pesquisar sobre contratos, vivenciar, juntamente com o HU-UFGD, os obstáculos que se impõem a uma instituição de atividade complexa e dinâmica, responsável por resguardar o direito supremo, que é a vida, impeliram-me a desenvolver esta pesquisa no intuito de auxiliar essa instituição a cumprir sua missão constitucional que, dentre outras, é garantir a todos o direito irrestrito e igualitário à saúde.

Aliado às justificativas pessoais, após levantamentos iniciais, identificou-se o crescimento da produção acadêmico-científica retratando a introdução da contratualização de resultado na gestão pública, sobretudo, no segmento hospitalar. No entanto, após um levantamento junto ao Catálogo de Teses e Dissertações, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), restou evidenciado a escassez de dissertações e teses que abordasse especificamente sobre a contratualização interna aplicada ao segmento hospitalar.

Desta forma, a relevância científica deste trabalho vem à tona, já que o escopo é contribuir com as produções acadêmico-científicas que versam sobre a implementação da contratualização na área da saúde pública, especialmente nos Hospitais Universitários. Conforme destaca Caldas (2013), a contratualização produziu mudanças positivas no perfil institucional, consolidando os hospitais universitários em unidades de referência em assistência de média e alta complexidade na saúde pública brasileira, agregando e matizando a oferta de serviços. Por outro lado, continua a autora, ainda resta claro que a contratualização coaduna com gargalos em seu processo que necessitam serem solucionados, principalmente quando

analisados aspectos atinentes à profissionalização de gestores, instrumentos de avaliação e monitoramento, financiamento, controle e participação social, entre outros. Fatores que ressaltam a relevância científica desta produção.

Em termos de relevância social, o mero aprimoramento de qualquer instrumento ou ferramenta utilizada no domínio público, resultando em melhora no cumprimento do interesse público, *de per si*, refletiria tal relevância. Entretanto, os ganhos de maximização no uso do erário, aperfeiçoamento de gestão, prestação de contas e ações e serviços de saúde, que podem decorrer do estudo em tela, corroboram vigorosamente com a relevância social do estudo, porquanto essas implicações impactam os resultados obtidos pela instituição hospitalar e, conseqüentemente, a comunidade na qual se encontra inserida.

1.6 Estrutura da dissertação

Este estudo se encontra estruturado 4 (quatro) capítulos. O presente capítulo conta com uma breve exposição do tema a fim de corroborar com a definição do problema, os objetivos que a pesquisa almeja atingir e a estrutura da dissertação. O capítulo 2 refere-se sobre a revisão de literatura que serviu de base para a pesquisa. O capítulo 3 versará aos procedimentos metodológicos utilizados para coleta e análise dos dados. No capítulo 4 estarão expostos os resultados obtidos com a pesquisa. Por fim, serão tecidas as considerações finais depreendidas a partir da realização deste estudo, trazendo proposições aplicáveis as presentes e futuras contratualizações realizadas na seara hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde no Brasil e os Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde

O Brasil, no cenário contemporâneo, conta com uma das mais notórias políticas públicas de saúde a nível internacional, o Sistema Único de Saúde. Não obstante este modelo seja referência para diversos países, uma análise retrospectiva demonstra que em meio a um histórico saturado de disputas, inúmeras conquistas — por intermédio de ações isoladas e coletivas —, foram responsáveis por dar o colorido especial que a Saúde no Brasil possui atualmente.

Distante de contar com um modelo ideal, em virtude dos desafios decorrente da má gestão e da insuficiência de investimentos financeiros e políticos, ferramentas têm sido desenvolvidas com o propósito de solver as lacunas existente na área da Saúde. Posto isso, torna-se momentoso analisar as raízes históricas e os traços políticos da saúde pública no Brasil que cooperaram com a estruturação de seus moldes atuais, pois irá alinhar os subsídios que a contratualização interna de gestão poderá fornecer à Saúde, principalmente aos hospitais universitários.

Desta forma, pretende-se explorar nesse tópico o processo de transformação da saúde pública no Brasil, procurando focar a análise no Sistema Único de Saúde, e, assim, compreender a importância, perante a nova organização do sistema de saúde nacional, dos Hospitais Universitários federais.

2.1.1 Breve histórico da Reforma Sanitária Brasileira

No ano de 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) rompeu o paradigma de que saúde se tratava apenas da ausência de doença, estabelecendo, então, novo conceito à saúde ao apontar que esta deveria assegurar um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Inicialmente, um conceito bastante criticado devido à sua essência utópica, pois à época era intangível em sua natureza técnica, tornando-o um simbólico compromisso ao invés de um conceito passível de ser implementado na prática (Scliar, 2007).

Os impactos pós-guerra produziram uma conjuntura política, econômica e social desfavorável para a implementação de um modelo tão revolucionário de saúde. Sob uma ótica mais particular, o Brasil, antes mesmo desses fatos, já não contava com um sistema de saúde apto a absorver a reconfiguração no conceito de saúde proposta pela OMS (Scliar, 2007).

Em uma análise histórica, observa-se profundas transformações no panorama da saúde pública no Brasil, as quais se iniciaram no século XX e perduram até os dias atuais, destacando-se: a criação da Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920; a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que serviriam de embrião do Seguro Social, e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ambas criadas entre meados de 1920 e a Revolução de 30; a criação do Ministério da Saúde, em 1953; o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir da junção das IAPs, em 1966; a criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que englobava o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BAPTISTA, 2007; FIGUEIREDO NETO et al., 2010; ZERMIANI, 2017).

Na trilha desse processo evolutivo, embora cada período apresente traços bem distinto de seu antecessor, é incontestável que o corolário desses contribuíram para erigir um sistema de saúde segregador em todos os seus aspectos, porquanto o dispêndio do erário era elevado, em contrapartida a cobertura populacional era bastante restrita, além da pífia resolutividade a longo prazo. Logo, em boa parte desse período, as políticas públicas de saúde além de escassas intensificaram o cenário de injustiça social, visto que o direito à saúde se manteve um privilégio de poucos, criando uma espécie de cidadania regulada e excludente (WAILLA, 2017, FALLETI, 2010).

É diante desse legado, cuja prioridade era os interesses da classe empoderada em detrimento da satisfação de condições mínimas de vida da sociedade, que os primeiros movimentos reformistas na área da saúde foram paulatinamente se organizando e crescendo no país, sendo esses propalados de forma mais célere a partir da década de oitenta, período marcado pelo início da redemocratização no país, conseguinte da crise política, social e institucional (WAILLA, 2017).

Conforme destacam Correia et al. (2010), no campo da saúde, a forte atuação do Estado na construção de um modelo médico liberal privatista durante o governo militar alavancou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), pois tal modelo:

[...] reduziu, paulatinamente, a proporção do orçamento do Ministério da Saúde – responsável pelas ações coletivas de saúde pública – e aumentou, progressivamente, o orçamento do INAMPS – responsável pela assistência à saúde de seus segurados. O Estado assumia como responsabilidade a recuperação da saúde de parte da população e, no mesmo processo, dinamizava e enriquecia com recursos públicos o setor capitalista produtivo da saúde (CORREIA et al., 2010, p.44)

Subsidiadas pelo movimento reformista, as propostas de expansão da área assistencial médica da previdência à massa populacional promoveram intensas disputas entre os apoiadores

da RSB e as forças exógenas ao movimento, posto que tais propostas iam de encontro à elitização da saúde institucionalizada por intermédio da previdência social e do setor privado (BAPTISTA, 2007).

É graças a esse contexto que, em 1980, realizou-se a VII Conferência Nacional de Saúde, intensificando-se os debates não-oficiais e oficiais à volta de uma efetiva proposta de Reforma Sanitária. Os anos seguintes culminaram com o fim do regime militar, abrindo brechas políticas para se lapidar ideais e arregimentar militantes nos mais variados seguimentos em torno de um propósito comum, que era a respeito do direito à saúde, consolidando, de fato, o movimento pela RSB (WAILLA, 2017).

Toda essa movimentação no campo da saúde acabou resultando em contrapolíticas que, conquanto não tiveram força para alterar o cenário radicalmente, facilitaram a instrumentalização de um projeto que remodelaria a saúde pública brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). A 8ª CNS foi substancial para reformulação do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que as propostas construídas na Conferência possuíam um diferencial, a inclusão da perspectiva do “usuário” e não só a dos profissionais, dos prestadores de serviços de saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor (ESCOREL, 2012; PAIM, 2007)

O momento de redemocratização valorizava a opinião pública, visto que a conquista da democracia ensejou que a população, através de mobilizações e organizações, lutasse pela defesa de seus direitos. Dessa forma, é sob a égide de uma “Nova República” que no ano de 1986 foi realizada a conferência supracitada, a qual se estruturava em três pilares básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde (PAIM, 2007).

Os resultados almejados pela 8ª CNS não tiveram efeitos imediatos, mas os desdobramentos das propostas foram observados na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88. É nesse ponto que se torna possível conjecturar a transcendência das propostas da reforma sanitária, sendo essas inseridas na própria reforma do Estado:

“... as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar Reforma Sanitária” (BRASIL, 1986)

Embora o Presidente Sarney, em exercício à época, tenha recomendado que a 8ª CNS deveria se configurar como uma “pré-constituente de saúde”, a conferência não concretizou nenhuma proposta de texto para a Constituição. Contudo, o relatório final dessa Conferência,

que consolidava todas as propostas do movimento sanitário e formalizava um projeto de reforma, foi o pilar para sedimentar, durante a Constituinte, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, princípio nuclear defendido pelo movimento (MENICUCCI, 2007).

É na esteira do processo democrático constituinte que finalmente o conceito estabelecido pela OMS em 1948 passa a ser tangível no cenário brasileiro. Se por um lado, a obstinada resistência por partes dos prestadores de serviços privados e da medicina autônoma, somados aos conflitos de interesses intragovernamentais envolvendo reformistas do Ministério da Saúde e reformistas da Previdência social foram capazes de impedir, em um primeiro momento, a definição de políticas como financiamento, regulamentação do setor privado, estratégia para a descentralização e unificação do sistema, entre outras, todas relevantes para o processo de execução da reforma. Por outro lado, não puderam barrar a aprovação do Sistema Único de Saúde e seus princípios, fato que refletiu na redefinição de saúde, passando a englobar condições de alimentação, habitação, educação, lazer e assim por diante, e não apenas a ausência de doença (FARIA, 1997 apud BAPTISTA, 2007, p. 50).

Com a entrada em vigor da nova Constituição Federal em 1988 (CF/1988), obtém-se êxito na luta pelo rompimento de paradigmas políticos excludentes e marginalizadores do passado na área da saúde, firmando-se um compromisso com a democracia. Proporcionar o acesso universal e igualitário à saúde como um direito de todos e dever do Estado permitiu a construção de um modelo de proteção social (BRASIL, 1988, Art. 196).

Após quase três décadas do novo *status*, não só constitucional, como também social adquirido pela saúde, as estratégias adotadas na conjuntura pós-constituinte têm sobrepujado diversos obstáculos nas vias legislativo-parlamentar e técnico-institucional, contudo têm apresentado uma eficácia bastante limitada no que se refere à “ampliação da consciência sanitária, realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde de amplos contingentes da população” (PAIM, 2007, p. 256; SILVA, 2014).

É válido ressaltar que devido às suas características a RSB prometia ser uma reforma geral, diga-se de passagem, que essa ainda se encontra longe de ser finalizada. Apesar de tudo, é inegável a contribuição da RSB para a difundir preceitos como da conscientização do direito à saúde e na reforma democrática do Estado, cujos resultados derivam principalmente das propostas de participação social e controle público sobre o Estado e governo, que foram implementadas por mérito das conquistas do movimento (PAIM, 2007).

Por fim, a RSB, enquanto processo que visa a novos horizontes para a saúde pública brasileira, se dividiu em diversos estágios. No decorrer desse processo, ainda vigente e atual, verifica-se que inúmeros conflitos antigos, sobretudo os setoriais e institucionais, foram em

partes solucionados, proporcionando grande avanço no campo das políticas públicas de saúde brasileira. No entanto, o estágio atual da Saúde no Brasil ainda padece dos problemas pretéritos, em especial o subfinanciamento, além dos conflitos que surgem a partir das negociações envolvendo as políticas de saúde.

2.1.2 Os Hospitais Universitários na estrutura do Sistema Único de Saúde

O breve resgate da historicidade da saúde no Brasil até o momento em que se sagrou como um direito fundamental na Constituição de Federal de 1988, sintetizando os obstáculos e conquistas, não transparece propriamente uma ruptura com o passado. Tampouco tenciona-se aquiescer com a falácia, arraigada na cultura brasileira, de que a realidade no Brasil está fadada a permanecer inalterada, visto que, desde o seu descobrimento, a desigualdade e a exclusão social ainda predominam em nossa sociedade (WAILLA, 2017).

Conforme destaca Wailla (2017), a conveniência em realizar esse resgate histórico emana da necessidade de demonstrar que foi (é) possível experimentar expressivos avanços nas questões relacionadas à saúde pública, além de que muitas das dificuldades que ainda perduram no âmbito da saúde pública são decorrentes do passado nacional, principalmente quando se busca compreender a completa realização do SUS, cujos princípios norteadores, como a universalidade, equidade e integralidade, derivam muito em virtude da Reforma Sanitária.

Efetuada essas considerações iniciais, inicia-se uma breve incursão a fim de se obter uma compreensão da estruturação do SUS e o encaixe dos Hospitais Universitários Federais nessa nova organização da saúde nacional, aclarando que durante esta abordagem não se pretende esgotar o assunto em face da prolixidade do mesmo, bem como não se ajustar à finalidade deste estudo.

Conforme fora visto nos tópicos anteriores, como corolário da RSB, estabeleceu-se três grandes referencias: ampliação do conceito de saúde (este não está restrito apenas à ausência de doença, devendo ser aplicado outros fatores condicionantes, como alimentação, educação, emprego, etc.), transformação da saúde em um direito inerente à cidadania (um direito de todos e dever do Estado), e a criação de um sistema de saúde que fosse pautado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e com a participação da sociedade (MARQUES, 2015).

Importa frisar que a despeito de os três referenciais terem sua gênese com a publicação do texto constitucional de 1988, a eficácia plena, daquele que seria denominado como Sistema Único de Saúde, carecia de diversas implementações, precipuamente nos quesitos de regulação

que abordassem sua estruturação e operacionalização, de forma que essas se iniciaram nos anos de 1990 e persistem até hoje, decorrente da natureza orgânica do sistema, proporcionando que este permaneça em constante evolução (PAIM, 2007).

As primeiras regulações infraconstitucionais de impacto, consoante à normatização constitucional, foram as leis ordinárias federais: Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990. Tais leis são referendadas como *Lei Orgânica da Saúde* (LOS) e foram criadas para definir os alicerces do sistema, tal como apresentar as principais características do SUS (DOURADO, 2010).

Partindo-se desse contexto, a primeira noção a se construir gira em torno das diretrizes constitucionais que orientariam o SUS. Estas se encontram gravadas no artigo (Art.) 198, *caput* da CF/1988, de sorte que as ações e serviços de saúde, desenvolvidas na dimensão do SUS, estão organizadas de acordo com as seguintes diretrizes: I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III) participação da comunidade.

À *priori*, dentre o rol citado, destaca-se é a descentralização. Esse modelo institucional retrata o estreitamento com o federalismo brasileiro, replicado na saúde. A forma de organização do Estado brasileiro nasce de um equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político, ou seja, há unidades políticas autônomas que no todo consubstanciam um Estado Soberano. Assim sendo, desenhou-se um cenário de federalismo cooperativo, onde as unidades federadas promovem ações de colaboração mútua para a consecução dos objetivos sociais e econômicos do Estado, cumprindo este o seu papel primário de promover o bem-estar social. Como resultado dessa configuração, os municípios, que outrora desempenhavam um papel secundário nos processos decisórios do Estado, passam a compor, juntamente com os estados e a União, a estrutura federativa do Estado (DOURADO; ELIAS, 2011).

Em face de o SUS ter sido criado nesse contexto, sem embargos se implementaram propostas semelhantes. Conforme pode ser visto, a normatização constitucional promoveu a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, das ações e serviços públicos de saúde. A Lei nº 8.080/90 ratifica a descentralização ao definir o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas **federais, estaduais e municipais**, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Art. 4º, grifo nosso),

Historicamente, anterior à reforma constitucional de 1988, as ações e serviços de saúde eram concentradas no governo central, sendo grande parte dessa atuação restrita a algumas

ações preventivas e ao exercício do poder de polícia sanitária. Portanto, ao se descentralizar as ações e serviços de saúde da esfera federal para as demais unidades políticas autônomas, em especial para os municípios, garante-se políticas públicas de saúde mais democráticas. Essa repartição de competência entre os entes federados fixa o “federalismo sanitário brasileiro”⁴. Importa ressaltar que o papel de destaque dos municípios, nesse contexto, justifica-se na medida em que as ações de saúde acabam se efetivando no plano municipal, de forma que essa configuração permite e favorece que a população tenha sua demanda de assistência à saúde ajustada à sua real necessidade (MARQUES, 2015; FALLETI, 2010).

Outro aspecto relevante que realça o federalismo sanitário está na forma de funcionamento do sistema. A descentralização do poder político tem como viés consubstanciar o todo, ou seja, unidades políticas autônomas atuando em prol do Estado. Igualmente, a descentralização político-administrativa na saúde carrega a mesma semântica, assim, seria impossível idealizar o SUS, em sua forma de atuação e organização, realizando ações e serviços que não fossem em prol de um interesse público maior, que é a saúde pública. Por consequência, o art. 198, *caput*, da CF/1988, combinado com o art. 7º da Lei nº 8.080/90, irão respaldar essa característica ao afirmar que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede” que, pois, integram o SUS.

Dourado (2010) aponta uma particularidade da descentralização. Segundo o autor, a descentralização político-administrativa na saúde se divide em duas dimensões — a *municipalização* e a regionalização —, e que dois momentos distintos marcaram as suas implementações. O art. 7º, da Lei nº 8.080/90, enumera essas duas dimensões no seu inciso IX:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (BRASIL, 1990a)

Independentemente de sua previsão na *LOS*, ambas as “dimensões da descentralização política-administrativa não foram efetivadas concomitantemente na implantação do SUS”

⁴ “A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro” (DOURADO; ELIAS, 2011, p.206).

(DOURADO, 2010, p. 86). A década de 90 marca a ênfase na dimensão da *municipalização*. Naquele período, instrumentos normativos expedidos pelo MS, as Normas Operacionais Básicas (NOBs)⁵, intensificaram a transferência de competência e recursos em direção aos municípios, fortalecendo o papel desse ente na gestão das ações serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011).

Em decorrência da radicalização da relação direta entre governos federal e municipal, a relação entre estados e municípios restou prejudicada, uma vez que a dinâmica política estabelecida pela *municipalização* ao longo da década de 90 desenhava tal cenário. Nesse momento, constatou-se o risco de fragmentação do sistema, “na medida em que quanto mais os subsistemas municipais funcionassem de modo isolado, sem escala adequada e com baixa capacidade de coordenação dos governos estaduais, aumentavam as chances de perda de eficiência e, conseqüentemente, de piores resultados” (DOURADO, 2010, p. 97).

A percepção da fragilidade da estrutura municipal na persecução dos objetivos do SUS, permitiu que a regionalização fosse realocada no centro da agenda de descentralização do SUS. A questão da regionalização foi conduzida principalmente pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que a implementaram de forma a suplementar a primeira dimensão, expandindo os horizontes do planejamento assistencial para além dos limites territoriais do município no intuito de que tais medidas impactassem positivamente na resolutividade e acesso aos serviços de saúde, incluindo níveis regionais — módulos, regiões, micro e macrorregiões — entre estados e municípios (MARQUES, 2015; DOURADOS; DALLARI; ELIAS, 2012).

Finalizando a análise da descentralização no processo de evolução do SUS, é preciso compreender os efeitos da direção única, em cada esfera de governo, da descentralização político-administrativa (Art. 198, I da CF/1988). Embora essa diretriz tenha se desdobrado em um princípio geral de balizamento das ações e serviços públicos de saúde, art. 7º, IX da Lei nº 8.080/90, foi o art. 9º desta mesma lei que detalhou a sistematização desse direcionamento:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

⁵ Dourado (2010) chama a atenção para o fato de que não há dúvidas de que tais instrumentos normativos representaram um importante momento de consolidação do SUS na década de 90. Entretanto, esse momento ainda contou com reforços de conselhos e colegiados intergovernamentais como a Comissão Intergestores Tripartite, a Comissão Intergestores Bipartite e a instituição da Programação Pactuada e Integrada de Assistência à saúde.

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990a)

O artigo supra permite formalizar duas conclusões. A primeira está relacionada a comando, ou seja, depreende-se do texto normativo a irrefutável concepção de que cada esfera de poder contará com uma única instância de comando, sendo essas: o Ministério da Saúde, a nível federal; a Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, a nível estadual ou distrital; e a Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, na esfera municipal. A segunda conclusão reitera o “caráter federativo” da organização na saúde, pois, apesar de se inter-relacionarem, a descentralização político-administrativa confere independência a cada um dos entes federados, abrindo precedentes para que cada ente crie políticas e diretrizes próprias de saúde.

Aprofundando as noções de organização e estruturação do sistema, faz-se necessário esclarecer quais instituições e órgãos constituem o SUS. O art. 4º da Lei nº 8.080/90 fornece uma visão bastante abrangente dessa composição:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
 § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
 § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), **em caráter complementar**. (BRASIL, 1990a, grifo nosso)

Essencialmente, o *caput* e o §1º do referido artigo condicionam como integrantes do SUS todos os órgãos e instituições públicos que guardem conexão direta com a saúde, independentemente de sua esfera de atuação ou de pertencer à Administração Direta ou Indireta.

Quanto ao parágrafo segundo do artigo em análise, fica definido o caráter de complementaridade da iniciativa privada. Por consequência, as instituições de natureza privada, com ou sem fins lucrativos, somente poderão compor o SUS, caráter excepcional, quando atendidos alguns requisitos legais:

Art. 24. **Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial** à população de uma determinada área, **o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá** recorrer aos serviços ofertados pela **iniciativa privada**.
 Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada **mediante contrato ou convênio**, observadas, a respeito, as normas de direito público.
 Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, **as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência** para participar do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990a, grifo nosso)

Portanto, o Poder Público deve esgotar todas as vias e possibilidades de realização das ações e serviços de saúde no âmbito público. No entanto, comprovada a insuficiência de

condições necessárias para suprir a demanda da população, poderá recorrer às instituições privadas e do terceiro setor⁶. Lembrando, ainda, que a participação complementar deverá ser formalizada mediante contrato ou convênio, assim como deverá ser dada preferência às instituições do terceiro setor.

Outro tópico importante sobre as diretrizes do SUS é a importância da Participação da Comunidade. Uma das lutas travadas durante a redemocratização da Saúde no Brasil foi em torno da participação dos cidadãos na formulação e fiscalização das políticas de saúde. Tal disputa sagrou-se vitoriosa quando a Carta Magna de 1988 definiu a participação social como uma das diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 1988).

Não obstante o texto constitucional apresentar tal diretriz, foi através da Lei nº 8.142/90 que o Controle Social foi efetivamente regulamentado, de maneira que o SUS passou a contar, em cada esfera de governo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde, em regra, ocorrem a cada quatro anos, podendo extraordinariamente serem convocadas pelo Conselho de Saúde. Configura-se como um espaço de discussão das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Enquanto fórum de discussão, nessas são avaliadas e propostas mudanças ou novas políticas e programas de saúde para o País. Cada município realizará a conferência de saúde, elegendo os representantes que participarão da conferência estadual, conseqüentemente, nesta serão eleitos representantes que participarão da Conferência Nacional de Saúde. A relevância dessas conferências é tamanha que vale relembrar a 8ª CNS, responsável pela consolidação da RSB e a criação do SUS (SOUZA, 2014; BRASIL, 1990b).

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são de caráter permanente e deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Nesse âmbito serão elaboradas estratégias e exercido o controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O MS, posteriormente, expediu a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, aprovando diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Nesta Resolução ficou definido que a distribuição dos representantes nesses conselhos seria: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores

⁶ A doutrina costuma apontar a existência de três setores na Administração Pública: o primeiro setor abrange o Poder Público, o segundo setor é representado pela iniciativa privada e o terceiro setor engloba as instituições de natureza privada, mas sem fins lucrativos. Corriqueiramente, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) são expostas como exemplos deste último setor. (OLIVEIRA, 2017)

da área da saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (SOUZA, 2014; BRASIL, 1990b),

Por fim, é importante destacar a perenidade do processo de evolução do SUS. Logo, inúmeras políticas e ações têm sido implementadas na tentativa de aprimorar a operacionalização do sistema e os arranjos institucionais, buscando sempre maior integração e cooperação entre os entes a fim de melhorar as ações e serviços de saúde. Dessa forma, o Pacto pela Saúde 2006 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, foram tópicos normativos importantes na gestão da Saúde (MARQUES, 2015).

Através do Pacto pela Saúde 2006 foi reafirmada a relevância do princípio da regionalização na orientação da descentralização e das relações intergovernamentais e criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), que se somou a outros instrumentos existentes a fim de auxiliar a operacionalização da gestão e do planejamento nas regiões de saúde. Já o Decreto nº 7.508/2011, regulamentou lacunas da Lei nº 8.080/90, a fim de melhorar a gestão do SUS e a garantia do acesso à saúde (MARQUES, 2015; DOURADO; ELIAS, 2011).

Dessa forma, vemos que o SUS se fundamentou em três princípios gerais: (a) acesso universal aos serviços de saúde; (b) igualdade no acesso à assistência à saúde; e (c) integralidade e continuidade do atendimento em saúde, destacando-se, entre outras, as diretrizes estratégicas focadas na descentralização, na regionalização e hierarquização dos serviços, integração entre as ações e no crescimento da participação social (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Os novos contornos da saúde pública foram responsáveis por redesenhar o papel dos hospitais universitários no Brasil. Historicamente, antes dessa nova configuração, os HUs eram utilizados apenas como campo de treinamento técnico, focado nas equipes médicas, desvinculados completamente com o sistema de saúde, não contando com gestão profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico. Portanto, tais instituições, na concepção do MS e dos gestores do SUS, não eram estratégicas na rede de atendimento (TORO, 2005).

Todavia, com a entrada em vigor da CF/1988 e a normatização do SUS, gestou-se um movimento a fim de reciclar o papel dos HUs perante o sistema, passando estes a serem referência nos atendimentos mais complexos (TORO, 2005). Desta forma, diante da nova estruturação da saúde e da natureza jurídica dos HUs, estes passaram a integrar a rede de atendimento SUS, conforme destaca o art. 4º da Lei n. 8.080/90, segundo este artigo constituem o SUS “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e **instituições públicas federais**, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (grifo nosso).

Dentro dessa nova perspectiva atribuída aos HUs, o Ministério da Educação [MEC] (apud ENSP 2007, p. 1) passa a tratá-los como:

[...] unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. Os Hospitais Universitários são importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por consequência, nota-se que os avanços legais instituídos pela CF/1988 e a criação do SUS, foram responsáveis por atribuir aos HUs mais do que a mera função de serem centros de formação de recursos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde, inserindo nestes a efetiva prestação de serviços assistenciais, de forma que o aprimoramento perene do atendimento, através da formulação de protocolos técnicos para diversas patologias, pudesse ser uma realidade, a fim de garantir melhoria nos padrões de eficiência e eficácia, e que essas fossem colocados à disposição para a Rede do SUS (ENSP, 2007).

Inicialmente, a inserção dos HUs no SUS foi extremamente interessante, principalmente para a população, pois essas instituições concentravam grande parte do saber e do avanço tecnológico, de forma que os anos subsequentes à integração marcaram o avanço da melhoria na produtividade da saúde, na expansão e principalmente na qualificação do ensino, da assistência e da pesquisa (TORO, 2005).

Porém, não demorou para que as consequências dessa inserção emergissem, uma vez que essas instituições não estavam preparadas para o incremento exorbitante de pacientes, sobrecarregando-as, além do que a integração no SUS ameaçou de descaracterização do papel de “hospitais de ensino”. Destarte, a partir dos anos 2000, restou evidenciado as dificuldades em relação à academia, ao atendimento despersonalizado, à gestão interna e ao financiamento que os HUs historicamente enfrentavam, os quais se intensificaram com a nova configuração da saúde pública (TORO, 2005).

Muito embora os HUs apresentem em sua grande maioria uma situação conflitante, frente aos avanços e retrocessos, além de que enquanto organização ostentem uma grande heterogeneidade em relação à sua capacidade instalada, incorporação de tecnologia e abrangência no atendimento, é inegável diante do novo cenário da saúde pública brasileira que

todos já consolidaram um papel de destaque nas regiões e comunidades onde estão inseridos (ENSP, 2007).

Partindo-se das considerações nucleares realizadas, observa-se que o caminho a ser trilhado pelo SUS envolveria a busca incessante por soluções e instrumentos que de alguma maneira aprimorassem o planejamento, as aplicações de recursos e condução das ações e serviços de saúde, principalmente quando se trata dos hospitais universitários. Conforme será visto, essa busca se inicia ao longo da década de 90, mesmo período que marca a transição da Administração Pública Burocrática para a NGP, permanecendo até o presente (BRASIL, 2009a).

2.2 A Nova Gestão Pública e a Contratualização no cenário contemporâneo

Desde o final dos anos 1970, observa-se um movimento em prol da redefinição do papel do Estado, apoiada principalmente pela corrente ultraliberal que se estabeleceu à época. Face a onda reformista dos Estados iniciada nos países ocidentais, além de outros fatores, como o fenômeno da globalização, não tardou para que essa linha de pensamento adentrasse o plano nacional brasileiro.

Migrando de um período ditadura militar para um de redemocratização, formulou-se um novo regramento Constitucional que deu início a redefinição do papel do Estado brasileiro, principalmente no âmbito da Administração Pública. A nova conjuntura institucional estabelecida forneceu subsídios para que o modelo burocrático de administrar o Estado fosse substituído pelo modelo gerencial, conhecido como Nova Gestão Pública.

A NGP atacou dois males burocráticos: a ineficiência dos serviços públicos, que decorria do excesso de procedimentos e controles processuais, além da carência de responsabilização dos gestores frente ao sistema político e à sociedade. Para atingir os objetivos almejados, diversas ferramentas foram elaboradas e implementadas, dentre as quais destaca-se a contratualização (SANO; ABRUCIO, 2008).

Destacado anteriormente, a contratualização não tem origem ou aplicação restrita à área da Saúde, mas desde sua implementação no âmbito hospitalar em meados dos anos 90, configurou-se como um poderoso instrumento de planejamento e supervisão de resultados frente ao conjunto de possibilidades advindos dessa implementação (PACHECO, 2006).

A dinâmica da atividade hospitalar e as inovações acadêmico-científicas acabam promovendo a vicissitude dessa ferramenta e, conseqüentemente, nasce a imprescindibilidade de se atualizá-la ou aprimorá-la. Nessa perspectiva surgem os contratos internos de gestão como

uma opção que poderia aperfeiçoar os ganhos nos resultados das ações e serviços público, mormente daqueles realizados na área da saúde.

Portanto, este tópico abarcará a introdução da NGP na conjuntura brasileira e sua relação com a saúde pública no Brasil, além de construir uma noção de contratualização externa e contrato interno de gestão, focando nos traços característicos do contrato SUS, pois este será utilizado para traçar um paralelo na construção da proposta deste trabalho.

2.2.1 Reforma Administrativa no Brasil

A Nova Gestão Pública (NGP) é um tema de repercussão internacional e presente nos debates e estudos. Conforme destaca Dasso Júnior (2014), a NGP se apresenta como uma grande novidade, não só devido à sua gênese, mas porque sua configuração dá origem a um novo referencial teórico, assim como pela marcante influência gerada e que ainda gera nas Administrações Públicas de diversos países ocidentais, sobretudo na América Latina.

Em uma perspectiva histórica, ocorreram duas grandes reformas administrativas no Brasil. A primeira, conhecida como “Reforma Burocrática”, iniciou-se em meados dos anos de 1930, no governo de Getúlio Vargas. Inspirada nos preceitos de Max Weber, foi uma reforma que se opunha à administração patrimonialista instaurada no Estado brasileiro, propondo como solução torná-la uma administração profissional (BRESSER-PEREIRA, 2017).

Segundo Faganello (2017), a reforma burocrática no Brasil foi responsável por diversas inovações no que tange à gestão pública. O grande destaque desse período é para a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), em 1938, visando a impulsionar a adoção da padronização, da normatização, assim como implantação da racionalização burocrática e mecanismos de controle de pessoal, material e finanças no setor público. A autora ainda ressalta que nesse período se observa a aplicação do princípio da legalidade à Administração e as primeiras demonstrações de observância do princípio da impessoalidade através dos primeiros processos licitatórios e concursos públicos, ainda que não possuíssem caráter obrigatório.

A reforma burocrática foi responsável por atribuir uma nova concepção de relacionamento entre Estado e Mercado, propiciando a expansão do escopo da burocracia estatal. Esse movimento além de condicionar o governo a dirigir empresas públicas e a aumentar o aporte de recursos públicos destinadas a estas, também passou a responsabilizá-lo pelo planejamento, previsão e programação da economia, aumentando demasiadamente suas prerrogativas e sua missão tecnocrática (EL-WARRAK, 2008).

Draibe e Henrique (1988) destacam que os Estados capitalistas que adotaram tal modelo experimentaram, no período pós-guerra, um crescimento econômico sem precedentes, bem como houve a expansão de programas e sistemas de bem-estar social. Os autores destacam que a maioria dos analistas visualizam uma parceria bem-sucedida entre a política social e a política econômica praticada à época, tendo havido um “círculo virtuoso” entre a política econômica keynesiana e o *Welfare State*.

Entretanto, a partir dos anos 70, os Estados acabaram inflando sobremaneira a sua estrutura, visto que passou a ser atribuição dos entes governamentais a execução de um conjunto exacerbado de tarefas, de modo que os serviços públicos cresceram em custos e complexidade (DRAIBE; HENRIQUE, 1988). Aliado a esse fato, Abrucio (1997) destaca, em linhas gerais, que outros quatro fatores socioeconômicos foram as condições materiais e intelectuais para decretar a necessidade de modernização da Administração Pública em virtude da ineficácia do modelo burocrático. O primeiro fator foram as crises do petróleo de 1973 e 1979, que desencadearam uma crise econômica mundial. O segundo fator foi a crise fiscal oriunda do período recessivo que se iniciou, resultando no enfraquecimento dos alicerces do modelo de Estado Social.

O terceiro foi a situação de “ingovernabilidade” gerada pelo Estado Social, pois, embora este seja a forma mais eficiente para diminuir a desigualdade e aumentar a segurança dos cidadãos e suas famílias, acabou sobrecarregando o Estado de atividades. Por fim, a própria globalização e os avanços tecnológicos, que transformaram as formas de produção e de organização das empresas, debilitaram o poder do Estado em ditar as políticas macroeconômicas (ABRUCIO, 1997; BRESSER-PEREIRA, 2017).

Desta forma, a crise generalizada, que se instaurou na década de 1970, começou a esfacelar o Estado em suas três dimensões: econômica, social e administrativa. Almejando por solucionar os *gaps* nas dimensões econômica e social, redução de gastos públicos na área social e privatizações foram ambas as saídas mais comuns à crise nestas dimensões, consequentemente redefinindo o papel do Estado frente à economia. Em relação à dimensão administrativa, os governos introduziram, em larga escala, padrões gerenciais na Administração Pública. Esse movimento se iniciou e com mais vigor na Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia. Abre-se um parêntese para destacar os governos de cunho neoliberal — Thatcher e Reagan —, que implementaram de modo mais acentuado e sistemático o modelo gerencial nos programas de reforma do setor público (ABRUCIO, 1997).

A implementação do modelo gerencial (*managerialism ou public management*) na área da Administração Pública constituiu um novo paradigma mundial. Não demorando para que as perspectivas conservadoras fossem suplantadas e a reforma gerencial avançasse para países de ordem republicana e democrática. Brasil e Chile, entre os países em desenvolvimentos, foram os precursores a dar início à reforma de seu Estado nessa direção (BRESSER-PEREIRA, 2017).

No Brasil, a segunda grande reforma administrativa começou a se desenhar a partir da transição constitucional de 1988, uma vez que esta foi parte fundamental da reforma gerencial do Estado de 1995, mudando as instituições normativas fundamentais. Mesmo que inúmeras mudanças tenham caráter infraconstitucional, por exemplo, a criação das “agências executivas” e “as organizações sociais”, alterações na forma de remuneração dos cargos de confiança, na forma recrutar, selecionar e remunerar as carreiras de estados, assim como instituir o regime de emprego público, ao lado do regime estatutário, destaca-se que estas só foram possíveis devido às novas condições inseridas no bojo constitucional de 1988 (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Nos moldes originariamente propostos pelo governo, a reforma constitucional de 1985 foi um processo lento e difícil, durando cerca de três anos até ser efetivamente concluída. Quando se ventilou, em meados dos anos 1990, uma reforma do aparato estatal, diante das forças patrimonialistas e corporativistas que ainda persistiam, houve ceticismo de que essa pudesse ter êxito. As reações iniciais foram de hostilidade por parte dos burocratas, que viram seus privilégios ameaçados, de descrença por aqueles que não vislumbravam forças suficientes na reforma para vencer os interesses corporativos e patrimonialistas, bem como de perplexidade por parte daqueles que se depararam com uma proposta totalmente inovadora, a qual não tinha sido amplamente avaliada e debatida (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Mesmo não contando com um ambiente favorável, começou em 1995, no governo Fernando Henrique, aquela que ficou conhecida como a Reforma da Nova Gestão Pública do Estado. Sob os cuidados do ex-ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, foi elaborado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, que passou a definir objetivos e estabelecer diretrizes para a reforma da Administração Pública brasileira (BRASIL, 1995).

De acordo com a PDRAE, a NGP representava uma clara “resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado, e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior” (BRASIL, 1995, p.15-16). Deste modo a reforma pretendeu ser uma resposta positiva à demanda dos cidadãos, combinando

flexibilização de gestão e o aumento da responsabilidade, a fim de tornar os esforços do Estado não apenas efetivo, mas também eficiente.

A reforma foi responsável pelo progresso do Estado em vários aspectos. Para Abrucio (2007), o primeiro a ser destacado é a continuação e o aperfeiçoamento da *civil service reform*, que promoveu uma reorganização administrativa do governo federal, melhorando substancialmente as informações e fortalecendo as carreiras de Estado. O autor ainda cita que outro progresso está no âmbito legal a partir da aprovação das Emendas Constitucionais n. 19 e 20, pois elas estabeleceram tetos de gastos com o funcionalismo, quebra da rigidez do Regime Jurídico Único, além de introduzir o princípio da eficiência⁷ que é a base da Administração Pública moderna.

A NGP não contava com um modelo ou paradigma organizacional que pudesse ser implementado indistintamente em qualquer nação. Por isso, após realizar um diagnóstico situacional, a fim de adaptar as experiências da NGP nos países anglo-saxônicos, o modelo brasileiro tinha as seguintes características:

1) torna os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, ao invés de obrigados a seguir regulamentos rígidos; (2) premia os servidores por bons resultados e os pune pelos maus; (3) realiza serviços que envolvem poder de Estado por meio de agências executivas e reguladoras; e — o que é mais importante — (4) mantém gratuitos os grandes serviços de consumo coletivo, mas transfere sua oferta para organizações sociais, ou seja, para provedores públicos não estatais que recebem recursos do Estado e são controlados por meio de contrato de gestão. (BRESSER-PEREIRA, 2017, p.153)

Essas características tornam possível inferir que um dos resultados esperados com a implementação da NGP era de alterar as bases ou condições de oferta dos grandes serviços sociais. Dessa maneira, o PDRAE defendia que era necessário, para se atingir tais fins, haver uma setorização do aparelho do Estado, distinguindo este em quatro:

NÚCLEO ESTRATÉGICO. Corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas [...]

ATIVIDADES EXCLUSIVAS. É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar [...]

SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS. Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas [...]

PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO.

⁷ A Constituição Federal, no Art. 37, caput, estipula que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência**” (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado [...]. (BRASIL, 1995).

Inicialmente, essa setorização impulsionou a privatização em diversos setores em que ela fosse “a primeira opção para a distribuição de bens em que predominasse a concorrência no mercado e em que a liberdade de gestão fosse a regra face as regras e condições burocráticas” (ALVES, 2011, p.121). Todavia, a cúpula que orquestrava todo esse movimento se manteve cautelosa ao tratar daqueles setores “onde a privatização não fosse possível, ou desejável por suscitar a reação da população como na saúde e educação” (ALVES, 2011, p.121), propondo aplicar nestes casos os contratos de gestão (CALDAS, 2013).

É importante frisar que a contratos de gestão diferem da contratação clássica no sentido de que aqueles são voltados ao estabelecimento de metas de desempenho com base em um planejamento prévio do governo, trazendo de forma bastante objetiva o nível de serviço esperado da entidade contratada. Portanto, os contratos de gestão, também conhecido como contrato por resultado, serviram ao núcleo estratégico do governo como uma resposta onde este por si só não estava apto a responder à complexidade da sociedade e de suprir a demanda dos serviços públicos, estabelecendo-se parcerias no intuito de atingir melhores resultados para a população (PERDICARIS, 2012).

Um dos principais avanços obtidos com a introdução da NGP nas reformas do Estado brasileiro foi de que ideias subjacentes, como a do contrato de gestão, espalharam-se por todo o país, impactando a atuação dos gestores públicos e inúmeras inovações governamentais. Nessa perspectiva, desde a implementação dos contratos nesta área, observa-se uma mudança de paradigmas em diversos níveis de governo, sobretudo na saúde pública brasileira. Logo, esse novo tipo de relação contratual criou alternativas para que o governo pudesse regular um serviço público (saúde) com a finalidade de garantir efetividade, eficiência e qualidade (ABRUCIO, 2007; NEVES, 2017; PERDICARIS, 2012).

Baseando-se na contextualização teórica exposta, ver-se-á adiante que o eixo da contratualização aplicada aos HUs, a partir do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, deriva da inserção da NGP no Estado brasileiro. Este modelo de administração impulsionou o aparato estatal a utilizar-se, dentre outras ferramentas, da contratualização por resultados para enfatizar o ganho de eficiência, transparência das ações governamentais, aplicação de instrumentos de *accountability*, assim como a garantir a participação popular no controle dos atos governamentais.

2.2.2 Origens e conceitos de contratos e contrato interno de gestão

Desde os tempos mais remotos, o ser humano tem empenhado contínuos esforços em estabelecer relações, nas mais diversas esferas, com seus semelhantes. A vida em sociedade estimulou o homem a imputar valor a todos os elementos ou conduta humana que de alguma forma possam cooperar com sua vida particular ou no convívio com os demais membros da sociedade.

Segundo Venosa (2013), a valoração das necessidades humanas é que determina ou estimula a prática de determinados atos, como trabalhar, comprar, alugar, doar, emprestar etc. Seguindo esta linha, pode-se inferir que as relações possuem variadas naturezas, entretanto, este estudo se delimita as relações, que baseadas em valoração de natureza pessoal, deram gênese às denominadas relações jurídicas.

Conforme destaca Venosa (2013, p. 2), a relação jurídica é “o liame que nos une ao nosso semelhante, ou a uma pessoa jurídica ou ao Estado e que pode tomar múltiplas facetas”. Assim, as relações jurídicas impulsionam o indivíduo a se comprometer a fazer ou dar algo a outrem, recebendo, via de regra, algo em troca, surgindo a necessidade de viabilizar, ainda que de forma coercitiva, meios para o cumprimento dessa relação preestabelecida. Desta forma, pode-se extrair que elas são ensejadoras de “obrigações”, uma vez que formaliza o surgimento de direitos e deveres entre as partes ativa e passiva da relação.

Nesse contexto, as relações jurídicas são desdobramentos dos mais diversos fatos jurídicos que substanciam a sua criação. A partir dessa premissa, pode-se apontar que as obrigações possuem diversas fontes de origem. O Direito, ao longo de sua evolução, construiu um rol de fontes obrigacionais. No entanto, compete destacar, dentre outras, a figura do contrato como fonte das relações jurídicas, visto que este guarda em seu bojo um sentido de ajuste, convenção ou pacto, criando direitos e obrigações com base no acordo de vontades (MIRANDA, 2008).

Nas palavras de Diniz (2008, p. 30), “contrato é o acordo de duas ou mais vontades, na conformidade da ordem jurídica, destinado a estabelecer uma regulamentação de interesses entre as partes, com o escopo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas de natureza patrimonial”. Já nas palavras do ilustre doutrinador Gomes (2007, p. 10), “contrato é, assim, o negócio jurídico bilateral, ou plurilateral, que sujeita as partes à observância de conduta idônea à satisfação dos interesses que regularam”.

Por fim, é interessante ressaltar que os contratos têm sido constante objeto de estudo do Direito. Devido às suas inúmeras peculiaridades, os doutrinadores passaram a classificá-los em

função dos mais diversos elementos e, também, segmentá-los em espécies. Entretanto, o estudo em tela se delimitará a analisar uma modalidade específica de contratos, os contratos de gestão ou de resultado, também conhecidos no âmbito hospitalar como contratualização, sendo em um segundo momento afinada a análise para os contratos internos de gestão, objeto da proposta desta dissertação.

Antes de adentrar a análise dos contratos de gestão, cabe tratar de uma peculiaridade desses arranjos contratuais, que é sua natureza jurídica. Na doutrina jurídica brasileira não é pacífico a definição da natureza jurídica dessas espécies de contratos. Conforme será visto mais a frente, questiona-se a natureza jurídica contratual desse instrumento enquanto operacionalizados no campo da Administração Pública, direta e indireta.

Conforme destaca a ilustre doutrinadora Di Pietro (2018, p. 402):

[...] quando o contrato referido na Emenda Constitucional nº 19 for celebrado com órgão da Administração Direta, dificilmente estarão presentes as características próprias de um contrato, pois este pressupõe um acordo de vontades entre pessoas dotadas de capacidade, ou seja, titulares de direitos e obrigações. Como os órgãos da Administração Direta não são dotados de personalidade jurídica, mas atuam em nome da pessoa jurídica em que estão integrados, os dois signatários do ajuste estarão representando exatamente a mesma pessoa jurídica. E não se pode admitir que essa mesma pessoa tenha interesses contrapostos defendidos por órgãos diversos. Por isso mesmo, esses contratos correspondem, na realidade, quando muito, a termos de compromisso assumidos por dirigentes de órgãos, para lograrem maior autonomia e se obrigarem a cumprir metas [...] Mesmo em se tratando de contrato de gestão entre entidade da Administração Indireta e o Poder Público, a natureza efetivamente contratual do ajuste pode ser contestada, tendo em vista que a existência de interesses opostos e contraditórios constitui uma das características presentes nos contratos em geral e ausente no contrato de gestão, pois é inconcebível que os interesses visados pela Administração Direta e Indireta sejam diversos. É incontestável que a sua natureza se aproxima muito mais dos convênios do que dos contratos propriamente ditos.

O texto acima reflete a divergência doutrinária que não atribui natureza jurídica contratual aos contratos de gestão, mesmo a CF/1998 outorgando a essa espécie tal denominação. Não obstante seja concreto a divergência quanto à sua natureza, segundo Oliveira (2018, p.353) é uniforme o entendimento que os contratos de gestão são um ato administrativo complexo ou acordo administrativo (Art. 37, §8º, da CF/1988). O autor ainda destaca que “a contratualização da gestão e do controle da Administração é uma tendência da denominada ‘Administração Pública de Resultados’, que tem sido buscada por meio de instrumentos análogos no Direito comparado”.

Portanto, enquanto acordo administrativo complexo, os contratos de gestão acabam refletindo algumas características de um contrato, as quais são necessárias para a formalização desse instrumento. Inclusive, a legislação que trata sobre a contratualização delinea esse

instrumento como um contrato. Logo, diante da disposição normativa, o estudo em tela trata o instrumento sob essa ótica ainda que a figura do contrato de gestão possua limitações quando comparada às demais espécies de contratos.

Feitas essas considerações, embora a instituição dos contratos de gestão preceda a CF/1998, essa figura contratual ganhou destaque a partir da Emenda Constitucional nº 19, de 45 de junho de 1998. Esta emenda incluiu no bojo constitucional (Art. 37) o seguinte texto:

§ 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada *mediante contrato*, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a *fixação de metas de desempenho* para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I - o prazo de duração do contrato;

II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

A partir do texto acima se conclui que existem basicamente três tipos de contratos de gestão na legislação brasileira. O primeiro é aquele que a administração pública direta, para melhorar os resultados da administração indireta, propõe o aumento de sua autonomia gerencial. O segundo tipo é a figura do contrato de gestão firmado entre órgãos da administração pública direta. Este contrato visa a transformar, internamente, o aparelho administrativo, mediante a concessão de maior autonomia gerencial a órgãos e entidades com ênfase no controle dos resultados. O terceiro tipo de contrato de gestão é o celebrado entre o poder público e as Organizações Sociais (RIBEIRO, 2013).

Independentemente do tipo de contrato de gestão, estes pressupõem o cumprimento de compromissos assumidos pela parte contratada que geralmente envolvem melhoria em seus resultados, para que esta tenha um aumento de autonomia orçamentária e administrativa. Não se pode afirmar que o órgão ou entidade não tinha a obrigação de prestar o serviço com qualidade, mas o contrato de gestão por resultado institui mecanismos de medição da qualidade dos serviços prestados e a obrigação da parte contratada de prestar contas (ALCOFORADO, 2005).

Durante o processo de elaboração de um contrato de gestão por resultados há três fases indispensáveis: a “negociação” que se traduz na intenção de contratar os serviços por um órgão estatal; a “construção do instrumento” que engloba a formalização, o aperfeiçoando e afere os pontos acordados; e há o “gerenciamento”, sendo uma fase permanente, que compreende a supervisão da entidade, o monitoramento de desempenho e avaliação dos resultados (ALCOFORADO, 2005).

Por fim, Alcoforado (2005) destaca que em um contrato de gestão por resultado normalmente existem três tipos de metas a serem cumpridas. Organizacionais, que envolvem a gestão da organização, a eficiência econômica e financeira, a organização interna e as metas de captação de recursos próprios. Produção, relacionadas à atividade fim da organização, capacidade do órgão ou entidade de prestar os serviços a que se propôs de forma satisfatória. Sociais, cujo o objetivo é difundir o acesso democrático dos serviços públicos executados a parcelas mais carentes da sociedade.

Diante de tais características, não demorou para que a contratualização de resultado se tornasse uma das principais estratégias adotadas no Estado brasileiro após a implantação da NGP. De acordo com Jann e Reichard (2002), a despeito das inúmeras inovações implementadas pela NGP, a contratualização de resultado foi umas estratégias que impactou de modo mais rápido e intenso a Administração Pública, promovendo mudanças expressivas na qualidade dos serviços públicos.

Além dos propósitos supramencionados, uma das finalidades do contrato de gestão foi quebrar a ideia de hierarquização como modelo de coordenação e controle típicos no setor público. Assim, a contratualização de resultados permitiu ser estabelecida uma horizontalização administrativa, contrapondo-se ao modelo burocrático tradicional (EL-WARRAK, 2008).

Esses tipos de arranjos contratuais permitiram não apenas a reformulação dos processos de alocação de recursos visando à melhoria de desempenho dos serviços público, como também a reconstrução das relações entre os órgãos e sujeitos envolvidos na execução dos serviços público, principalmente na análise dos processos e tomada de decisão (VARGAS, 2006).

Em atenção a esse prisma, projetou-se a evolução dos contratos de gestão de sorte que se construísse relações que mitigassem as obrigações de sujeição existente entre os órgãos e sujeitos executores dos serviços públicos, sendo utilizado para isso um instrumento contratual que formalizasse essa quebra. Dessa forma, surgem os contratos internos de gestão que passaram a ser paulatinamente implementados na Administração Pública, promovendo o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças, potencializando os resultados, além de atenuar os interesses opostos — problemas de agência — existentes nessa relação jurídicas estabelecidas (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Compreendido nesse contexto, os Contratos Internos de Gestão podem ser conceituados como:

[...] dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades (no viés da corresponsabilização), em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se

refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p.616)

Os CIGs, tecnicamente, independem da existência de uma contratualização externa para que possam ser estabelecidos, de sorte que esse instrumento tem sido implementado em diversos órgãos da Administração Pública. Apesar disso, quando aplicados ao âmbito hospitalar do SUS, os CIGs têm servido de instrumento “complementar” aos contratos SUS, pois à medida que aqueles são aplicados em conjunto com estes é possível produzir não apenas o alinhamento mais refinado dos objetivos contratualizados externamente com a missão da própria instituição, mas também definir um ajustamento que melhor atenda ao interesse público, porquanto essas ferramentas promovem ganhos nos campos de coordenação e planejamento (BRASIL, 2009b).

Conforme apontado anteriormente, os CIGs podem atuar como pontos na solução dos problemas de agência. A fim de entender essa função é preciso realizar um parêntese e apresentar dois conceitos. O primeiro conceito é da “teoria dos feixes de contratos”, firmada por Ronald H. Coase (2016), que enxerga uma empresa, por exemplo um hospital, simplesmente como um conjunto de feixe de contratos estabelecidos no intuito de reduzir os custos de uma transação.

O segundo conceito é o explorado na “teoria da agência”, denotando que os problemas da agência são oriundos das mais diversas fontes, por exemplo, a divergência de motivação e objetivos na relação principal-agente, risco morais, cultura organizacional, dentre outros (FONTES FILHO, 2003). No entanto, a assimetria de informações é apontada como a principal raiz dos problemas, uma vez que pode resultar em uma situação que uma das partes envolvida na transação não tenha informações, em quantidade e relevância, para verificar se os termos do contrato são reciprocamente aceitáveis e implementáveis.

Nesse aspecto, os CIGs apresentam potencial para preencher as lacunas ou conflitos de interesse existentes nas relações estabelecidas entre o principal e o agente, visto que os ganhos não se restringem apenas ao campo de coordenação, produzindo, também, ganhos na articulação e interação de recursos e trabalho humano no intuito de se cumprir fins/metaboljetivos (BRASIL, 2009b)

Diante desse contexto, nota-se que os contratos de gestão por resultado se alinhavaram com os princípios da NGP, uma vez que tal modelo procura solucionar problemas nas dimensões econômica, social e administrativa descendentes do modelo de administração burocrática. Além disso, é uma ferramenta que tem viabilizado a Administração Pública

experimentalizar novos ganhos de gestão. Entretanto, ao mesmo tempo, mostrou-se uma ferramenta com espaços a ser complementado, aprimorado e/ou inovado, de modo que surgem os contratos internos de gestão como resultado da flexibilidade dessa ferramenta.

2.2.3 Contratualização nos Hospitais Universitários Federais

O cenário evolutivo não apenas da Administração Pública, como também da saúde pública no Brasil demonstrou as diversas deficiências e dificuldades que puderam e ainda precisam ser superadas. No curso desse processo, observou-se a definição de novos parâmetros que balizariam a organização e, sobretudo, a atuação da máquina pública, que, por conseguinte, afetariam diretamente a saúde pública nacional.

Desta forma, compreender previamente as implicações da relação entre a Nova Gestão Pública e a saúde pública no Brasil, para, enfim, abordar o tema contratualização, sagrou-se necessária. O processo de evolução da saúde pública no Brasil além de demasiadamente complexo, encontra-se inacabado.

À vista disso, neste tópico serão destacados os principais marcos e documentos normativos a respeito da contratualização externa, vez que esta será tomada como base para a implementação dos contratos internos de gestão, que poderão ser responsáveis pela inserção de novas práticas e reformulação das relações e negociação no âmbito da saúde, transformando, especialmente, a realidade dos Hospitais Universitários Federais (HUFs).

Não obstante o SUS tenha se concentrado em transformar a Saúde no Brasil, sobretudo nas formas de financiamento e organização do sistema de saúde, objetivando universalizar o acesso aos serviços e saúde, o tempo mostrara que as expectativas não se confirmariam. Decorridos alguns anos de sua criação, conquanto no plano jurídico o sistema apresentasse traços bem delineados, a realidade ressaltava as limitações do mesmo, principalmente em aspectos relacionados à coordenação, à prestação de contas, financiamento e, de uma maneira geral, de eficiência e qualidade dos serviços (PAIM et al., 2011; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

É diante desse contexto que se abre caminho para que a NGP estabeleça uma relação com a saúde pública no Brasil, pois seus princípios e diretrizes iam ao encontro das necessidades da Saúde naquele momento.

Historicamente, há diversas evidências que retratam a grande dificuldade do segmento hospitalar brasileiro em apresentar um desempenho adequado. Apesar de existentes, as políticas públicas de saúde hospitalar elaboradas no decorrer da década de 90 não possuíam a

congruência e a especificidade necessária para responder às efetivas demandas de saúde da população de forma integrada à rede de serviços, seja no plano local ou regional (BRASIL, 2012).

Delimitando a análise, os hospitais universitários federais e hospitais de ensino (HEs) têm sido um dos focos das políticas e pesquisas elaboradas sobre o segmento hospitalar, uma vez que se encontram em situação mais debilitada que os demais integrantes da rede por incorporarem, além das funções inerentes ao setor, atividades de ensino, pesquisa e extensão, e exercerem um papel de referencial de inovação tecnológica nas regiões onde atuam (SILVA; COSTA, 2003).

Dessa forma, em 2003, reconhecendo à relevância dos HUFs e HEs no âmbito do segmento de atenção hospitalar, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos hospitais universitários e de Ensino, visando a reorientar e/ou a reformular a política nacional para o setor, foi criada uma Comissão Interinstitucional⁸, composta por representantes do Ministério da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, do Orçamento e Gestão, de associações de instituições de ensino superior, de hospitais, de categorias profissionais, CNS, CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), dos docentes e dos alunos (BRASIL, 2012; LIMA, 2009).

Como um dos resultados dos trabalhos dessa comissão, surgiu a política de reestruturação dos hospitais de ensino que fora desmembrada para dois segmentos do setor: a Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, enquanto a Portaria nº 1.702/MS, de 17 de agosto de 2004, criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde (LIMA, 2009).

Em virtude de desmembrarem da mesma política, o programa estabelecido pela Portaria nº 1.702/MS/2004 é praticamente idêntico ao estabelecido pela Portaria Interministerial, salvo por uma única diferença. Enquanto o “Programa Interministerial” era destinado exclusivamente a todos os Hospitais de Ensino das Instituições Federais de Ensino Superior (BRASIL, 2004a), o Programa da Portaria nº 1.702/MS/2004 se destinava a todos os outros hospitais universitários que não eram federais, independentemente de serem de natureza pública — municipais ou estaduais — ou de natureza privada.

O Programa trazia em seu bojo duas relevantes inovações que norteariam as estratégias de sustentação e estruturação: a certificação e a contratualização. Conseqüentemente, apesar de

⁸ Ver Portaria Interministerial nº 552/MS/MPGO/MEC, 12 de maio de 2003.

a adesão ao programa de reestruturação ser voluntária, o texto normativo deixava claro que as etapas de certificação e contratualização seriam condições obrigatórias e condicionantes para que a instituição hospitalar ingressasse o programa (LIMA, 2009).

Neste ponto é importante abrir um parêntese e diferenciar os hospitais universitários⁹ dos Hospitais de Ensino. De acordo com Santos e Júnior (2016), até o final dos anos 2000 não havia uma distinção clara entre essas instituições, tanto MS quanto MEC as travam de forma similar, pois não pairavam dúvidas, segundo o art. 45 da Lei nº 8.080/90, de que ambas integram o SUS:

Os serviços de saúde dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao SUS mediante convenio, preservando a autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pela Instituição a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990a)

As diferenciações entre essas instituições ocorreram, de fato, com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.000/04-MS/MEC. Através desta portaria foi regulamentado e instituído o processo de *Certificação* dos Hospitais de Ensino. Assim, ficou estipulado que Hospitais de Ensino eram aqueles que passassem por esse processo.

Posteriormente, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.400/MEC/MS, de 02 de outubro de 2007, revogando a portaria citada acima. Compete observar que a certificação não era restrita apenas aos hospitais universitários, mas se estendia a qualquer instituição hospitalar inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que servisse de campo de prática na área da saúde. Até o ano de 2016, havia 46 HUs vinculados a 32 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), sendo que apenas 37 desses HUs foram certificados como HEs. O restante desses HUs, não certificados, assinaram um Termo de Ajuste, comprometendo-se implementar os requisitos necessário para finalmente obterem a certificação. Portanto, mediante esse Termo de Ajuste, além de alterações normativas posteriores, os HUFs que não possuem a certificação são habilitados a contratualizar com seus respectivos gestores de saúde (SANTOS; JÚNIOR, 2016).

A segunda inovação nas estratégias de sustentação e estruturação — a contratualização —, foi a grande contribuição da NGP no âmbito da Saúde. Apesar dos arranjos contratuais serem objeto de uso no âmbito subnacional da saúde desde o fim dos anos 90, foi com a

⁹ No Brasil, “os hospitais universitários (HU) têm sido definidos como unidades de saúde, capazes de prestar serviços de saúde altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população, garantindo o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos centros de referência estaduais ou regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais (FERREIRA; MENDONÇA, 2009)

implantação dessa política de reestruturação que o instrumento (contratualização) passou a ser aplicado em âmbito e nível federal. Para fins do Programa, entende-se como contratualização:

[...] o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. (BRASIL, 2004b)

À *priori*, a contratualização surge como alternativa à forma de remuneração vigente à época, propondo que a remuneração deixasse de ser fixada exclusivamente por procedimento ou internação e passasse a ser realizada por intermédio de um modelo misto de orçamento por metas e indicadores de desempenho e resultado, e produção para os procedimentos de alta complexidade (BRIZOLA; GIL, JUNIOR, 2011).

Contudo, analisar a contratualização no âmbito do SUS restringindo-a apenas a nova forma de financiamento seria um retrocesso, pois o SUS está em constante evolução, de forma que o mero “aumento de recursos não vai, de per si, elevar a eficácia e eficiência dos serviços. Maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços” (DUSSAULT, 1992, p. 9).

Em vista das práticas administrativas estarem em constante evolução, assim como frente à necessidade de se realizar o máximo possível com os recursos disponíveis (PEMENTA; ARAÚJO, 2007), projetou-se ir além e implementar a contratualização como um instrumento de planejamento, monitoramento, avaliação e regulação disponível à área hospitalar, possibilitando a otimização da gestão dos recursos, de modo a melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde (BRIZOLA; GIL; JUNIOR, 2011).

Conforme destaca Ferreira e Mendonça (2009), ao mesmo tempo que a contratualização renova o fôlego no que se refere à financiamento dessas instituições abarcadas pelo programa, ela se mostra repleta de obrigações. Embora, intrinsecamente, essa ferramenta demandasse um aprimoramento na gestão dos HUs, o que se registrou foi a ineficácia dessas instituições em implantá-la nas condições necessárias para produzir as mudanças almejadas. Deste modo, as transformações idealizadas não ocorreram e o modelo de gestão dos HUs continuou definido pela pouca flexibilidade, agilidade e autonomia (BARROS, 2014).

Perante a necessidade de uma maior profissionalização da gestão dos HUs e avançar em outros aspectos não aludidos nas ações anteriormente desenvolvidas, o Governo Federal adotou algumas medidas almejando uma inserção mais qualificada desses hospitais no âmbito do SUS. A primeira delas foi a promulgação do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, instituindo

o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que dispõe sobre o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas da educação e da saúde e disciplinava o regime de pactuação global (BRASIL, 2010).

Segundo Azevedo (2017), o REHUF surgiu em meio ao desafio de preconizar mudanças estruturais no modelo de gestão, na forma de financiamento partilhado, de forma progressiva, entre o MEC e o MS, assim como direcionar uma Pactuação Global de Desempenho por meio de instrumentos de contratualização, introduzindo metas de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão, comprometendo-se a produzir tais resultados em um curto espaço de tempo, nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Através da redação do art. 2º do Decreto nº 7.082/10, observa-se que os objetivos do REHUF era “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”. Ferreira et al. (2014 apud AZEVEDO, 2017, p. 63) relata que o REHUF aplicou um volume considerável de recursos financeiros nos HUs, mas embora seja um programa reformador, não implementou mudanças efetivas na estrutura, fomentando apenas soluções paliativas, visto que acabou se distanciando do cerne dos problemas vivenciados por essas instituições.

O Tribunal de Conta da União (TCU), em auditoria realizada em 2014, constatou que REHUF não estaria respeitando suas regras e diretrizes. O regime de orçamentação global dos HUFs representava um avanço ao considerar “o financiamento como sendo o montante total das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como das despesas de capital necessárias à sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e pensionistas” (Art. 4º, Decreto 7.082/10). Na divisão desses custos, o MS, em 2010, alocaria 85% do valor consignado no orçamento anual do MEC destinado para este programa e assim progressivamente, de sorte que atingisse 100% no ano de 2012, medidas que não foram respeitadas (AZEVEDO, 2017; BRASIL, 2010).

Outra realidade veio à tona nessa auditoria realizada pelo TCU. O Programa REHUF previa a reestruturação do quadro de recursos humanos, ou seja, substituição dos terceirizados. Semelhante à questão analisada no parágrafo anterior, a diretriz normativa não foi obedecida. Por se tratar de uma questão complexa e requerer ações firmes, as demissões imediatas, sem considerar seus efeitos, colocavam em risco as ações e serviços de saúde, uma vez que tais medidas poderiam acarretar mais fechamento de leitos e indisponibilidade dos serviços públicos de saúde. Logo, o prazo para que os HUFs adequassem seu quadro de pessoal, aos ditames legais, foi prorrogado para o final de dezembro de 2012 (AZEVEDO, 2017).

Em razão de tais acontecimentos, o momento requisitava que ações definitivas e rápidas fossem tomadas a fim de contornar a situação. Então, duas opções entram em cena: a proposta imediata foi ampliar o número de Adicional de Plantão Hospitalar (APH), opção que não se mostrou eficaz na solução do problema, pois a lei determinava um limite de carga horária adicional que o servidor poderia prestar (PESSOA, 2018).

Uma outra proposta mais elaborada foi apresentada, que consistia na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, autorizou o Poder Executivo a criar a EBSEH, definindo como finalidade desta a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnósticos e terapêutico à comunidade, além disso a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, a autonomia universitária, respeitados os termos do art. 207 da CF/88 (BRASIL, 2011).

Ventilar a implantação de modelos de gestão privatistas em um momento tão delicado, de recuperação dos HUFs, gerou diversos atritos de forma que entidades sindicais, ligadas à educação, e movimentos em defesa da saúde pública, de qualidade e gratuita, lutaram ferrenhamente para que fosse reconhecida a inconstitucionalidade dessa proposta. O governo federal alegava que essa seria a única alternativa para administrar os HUFs do Brasil, afirmando que somente se adotando um modelo de gestão privatista poderia ser contratado profissionais, via concurso público, sob um regime celetista e com remunerações compatíveis com a realidade do setor (PESSOA, 2018; AZEVEDO, 2017).

Conforme destaca Pessoa (2018), a contratualização com a EBSEH impactou a gestão dos HUFs e os processos de trabalho dessas instituições, fazendo com que a esperança de solucionar todos os problemas relacionados à gestão dos HUFs, essencialmente os relativos à insuficiência de recursos, fosse depositada na EBSEH.

O período que sucedeu a criação da EBSEH foi um tanto quanto turbulento. Em meio às incertezas, possibilidades variadas e pluralidade de arranjos e indicativos apontavam para que novas discussões fossem travadas. No intuito de se avançar na solução dos problemas, igualmente, novos modelos de gestão deveriam ser testados na almejando melhorar a tomada de decisão e assim, garantir o direito à saúde eficaz e de qualidade à população (MARQUES, 2015).

Novamente, o governo fez duas investidas simultâneas diante da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS. A primeira delas foi através da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro

de 2013, veio estabelecer, no âmbito do SUS, as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

De maneira geral, essa política objetiva estabelecer diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS, objetivando, então, fortalecer as práticas assistências e gerencias estratégicas, o uso racional de recursos, a incorporação de tecnologias em saúde e qualificação dos processos de trabalho de forma a oportunizar o cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência (BRASIL, 2013b).

Dentro da PNHOSP, três eixos estruturantes se destacam. Santos e Pinto (2017, p.102) apontam que esses eixos versam sobre:

A gestão hospitalar que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação. O financiamento tripartite e os instrumentos formais de contratualização que regularizam a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados por meio de critérios regionais, orçamentários, de monitoramento e cumprimento das metas, aprimoramento assistencial e efetivação do controle social e transparência. E a responsabilidade das esferas de gestão que especifica competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a metas e prioridades para atenção hospitalar, co-financiamento, contratualização e monitoramento ou avaliação.

Questões de competência, via de regra, acabam gerando controvérsias. Essa questão no âmbito da contratualização foi pontualmente solucionada pela PNHOSP, pois se estabeleceu de forma bem clara que compete ao ente contratante regular as ações, serviços e responsabilidades dos contratados quanto à assistência ensino-pesquisa, cumprimento dos compromissos, metas e serviços contratualizados e monitoramento, avaliação e auditoria (BRASIL, 2013b; SANTOS; PINTO, 2017)

Outro aspecto relevante que precisa ser analisado é a questão de “ordem de preferência” da contratualização. De modo similar à Lei nº 8.080/90, a PNHOSP, em sua seção do eixo da contratualização, normatizou que a despeito de a contratualização ser a formalização de relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos ou privados, o gestor local deverá considerar os seguintes critérios de priorização para a contratualização:

- I - **hospitais públicos**, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais;
- II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS;
- III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS;
- IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e
- V - hospitais privados com fins lucrativos. (BRASIL, 2013b, grifo nosso)

Um último ponto nuclear a ser analisado em relação a PNHOSP está no eixo de financiamento. Embora normatizações anteriores já tratassem sobre o financiamento tripartite no âmbito do SUS, a portaria veio reforçar esse princípio e estabelecer que todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas quantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa (BRASIL, 2013b).

Entre as normatizações mais recentes sobre a contratualização, a Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, é a que representa maior relevância. A referida portaria estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a PNHOSP.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 3.410/13, as demais normas que tratavam e estabeleciam diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS foram revogadas, com exceção da Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS/2004. Ressalte-se que a revogação se fez necessária para encaixar o programa na PNHOSP, criada em 2013, que previa melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade da assistência (NEVES, 2017)

A partir das orientações da Portaria GM/MS nº 3.410/13, a contratualização deve ser entendida como um processo, sendo que este se divide em fases. A primeira delas nos remete a quem irá participar do processo de contratualização. De acordo com o art. 2º do referido Decreto, poderão ocupar um dos polos da relação contratual, além dos gestores de saúde, também os hospitais integrantes do SUS, ou seja, a formalização da relação não é mais uma exclusividade entre os gestores de saúde e os HUFs, como era previsto nos programas anteriores (BRASIL, 2013c).

O segundo estágio desse processo envolve como ele será formalizado. Segundo o art. 45, da Lei nº 8.080/90, a relação era formalizada mediante convênio, realidade completamente diferente da observada na Portaria GM/MS nº 3.410/13. A primeira ressalva a ser feita é que o gestor local detém a competência para eleição da modalidade contratual que será utilizada para formalização da relação, podendo ser firmada pelos seguintes instrumentos: a) convênio; b) contrato administrativo; c) contrato de gestão; d) protocolo de cooperação entre Entes Públicos (PCEP); e) termo de parceria; e f) termo de compromisso ou contrato de gestão (BRASIL, 2013c).

Em segundo lugar, a Portaria GM/MS nº 3.410/13 inova ao estabelecer que o Instrumento Formal de Contratualização (IFC) será composto por duas partes indissociáveis: o Termo do Instrumento Formal de Contratualização (TIFC) e o Documento Descritivo (DD). É importante atentar que os instrumentos são indissociáveis.

A lei ainda traz, conforme o quadro abaixo, os elementos obrigatórios que ambos os documentos devem possuir, tratando-se, porém, de elementos mínimos, de modo que tais instrumentos poderão ser suplementados:

Termo do Instrumento Formal de Contratualização (Art. 23, I a VI)	Documento Descritivo (Art. 26, I a VI)
<ul style="list-style-type: none"> - As responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; - As responsabilidades ente federativo contratante; - Os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse. - As sanções e penalidades; - A constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização; - Documento descritivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de todas ações e serviços de saúde que serão prestados pelo hospital; - Definição das metas-físicas com seus quantitativos; - Definição das metas-qualitativas; - Descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários; - Definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; - Definição dos recursos financeiros e suas respectivas fontes.

Quadro 1 - Instrumento Formal de Contratualização

Fonte: elaborado pelo autor com base na Portaria GM/MS nº 3.410/13.

Além dos elementos obrigatórios, é essencial que se atente para o prazo de vigência desses instrumentos. Quanto ao DD está regulamentado como prazo de validade máxima o período de 24 (vinte e quatro) meses, devendo este ser renovado após a perda de sua validade, podendo ser alterado a qualquer tempo, desde que acordado entre as partes. A portaria não traz um prazo de validade específico para o TIFC, entretanto, por se aplicar subsidiariamente a Lei nº 8.666/93 a esta portaria, convencionou-se que o prazo de validade máximo desse instrumento é de 60 meses (BRASIL, 2013c).

Ainda sobre o Documento Descritivo, quanto à metodologia de análise para as metas, física e qualitativas, o ideal é procurar que essas sejam definidas com a mais absoluta clareza, pois elas possuem implicação direta no âmbito de atuação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, assim como para fins de repasse financeiro.

Quanto ao tipo de financiamento, a Portaria GM/MS nº 3.410/13 estabeleceu duas modalidades passíveis de serem adotadas: a orçamentação parcial e a orçamentação global. Segundo levantamento realizado pela EBSEH, em 2017, dos 39 hospitais que são conveniados à empresa, 33 hospitais adotaram a orçamentação parcial. Os números corroboram com recomendação da Portaria, uma vez que esta estipula que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial (Art. 16, Portaria nº 3.410/MS/13).

A orçamentação parcial é a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e outro pós-fixado, ou seja, tem uma parte fixa e outra variável. No que tange à parte fixa, ela é composta pelos recursos destinados ao custeio dos procedimentos de média complexidade

somado aos incentivos. Já a parte variável engloba os recursos destinados ao custeio dos procedimentos de alta complexidade, além dos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC). A principal diferenciação entre ambas as parcelas são os requisitos para o repasse. Enquanto a parcela pré-fixada está condicionada ao cumprimento de metas — quantitativas e qualitativas —, a parcela pós-fixada ainda mantém laços com o sistema antigo de repasse, ou seja, está condicionada à produção (BRASIL, 2013c).

Em contrapartida à orçamentação parcial, tem-se a orçamentação global. Através dessa modalidade de custeio, a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado. Portanto, nesta modalidade, ambos os procedimentos de média e alta complexidade estarão juntos, sendo o seu repasse condicionado ao cumprimento de metas de média e de alta complexidade, salvo os recursos do FAEC, que seguem condicionados à produção.

Apesar da Portaria GM/MS nº 3.410/13 não tratar especificamente dos requisitos que precisam ser considerados para construção das metas que serão aplicadas para mensurar o desempenho da instituição hospitalar, a leitura da mesma permite identificar alguns elementos que precisam ser considerados, sendo eles: a série histórica de produção, a capacidade instalada, o perfil assistencial do hospital, a demanda da Rede de Atenção à Saúde, a demanda do ensino e pesquisa, dentre outros.

Quanto ao monitoramento e avaliação, em regra, são procedimentos aplicados de forma integrada. Contudo, há que se destacar que se constituem em conceitos distintos. Nessa perspectiva, a avaliação é um processo finalístico, que consiste no julgamento e seleção, em determinado momento do processo, das questões prioritárias cujas respostas, a nível operacional, fazem com que as incertezas sejam progressivamente reduzidas. Portanto, ele aponta o quanto dos objetivos almejados em um dado momento foram efetivamente realizados (LOBO et al., 1995).

Por outro lado, o monitoramento não tem esse propósito finalístico, traduz-se em um processo contínuo com frequentes ciclos autônomos de avaliação crítica do processo de planejamento, objetivando constatar e medir o grau de alcance dos objetivos predefinidos, a adequação das vias utilizadas ao alcance dos objetivos, assim como para obter informações adicionais para a tomada de decisão (LOBO et al., 1995)

Realizada essa distinção, a Portaria GM/MS nº 3.410/13 estipula como uma das diretrizes do PNHOSP o monitoramento e a avaliação (Art. 6º, XIV), estabelecendo que caberia “aos hospitais desenvolver estratégias para o monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização” (Art. 19, §1º). Contudo, a Portaria nº 3.410/MS/13 amplia essa responsabilidade, estabelecendo que “caberá a todas as esferas de gestão do SUS o

monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão” (Art. 33, Portaria nº 3.410/MS/13).

Neste cenário poderiam pairar dúvidas de quem seria responsável por realizar esse monitoramento e avaliação. Desta forma, a legislação traz um espaço onde ambas as partes, gestores e hospitais, possam realizar tal tarefa, sendo esse espaço a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC). O art. 32, da Portaria GM/MS nº 3.410/13, traz a composição e atribuições da CAC:

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado.

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo:

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

II - avaliar a capacidade instalada; e

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

§ 2º A composição da Comissão de que trata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (BRASIL, 2013c)

É interessante observar que o dispositivo arrolado acima dispõe os principais requisitos que a CAC deverá avaliar e monitorar, assim como estabelece o critério para que a comissão seja formalmente constituída, que é a necessidade de publicação no Diário Oficial, ou publicação equivalente, do ente federativo contratante (BRASIL, 2013c).

As Portarias GM/MS nº 3.390 e 3.410, de 2013, foram formalizadas para reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS. Contudo, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2, de 03 de outubro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, ambas as portarias foram tacitamente revogadas uma vez que seus textos passaram a integrar o Anexo XXIV (PNHOSP) e Anexo 2 do Anexo XXIV (Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS).

Tecidas essas noções introdutórias a respeito da contratualização externa e da normatização que regulamenta esse instrumento, compete analisar o dispositivo legal ensejador deste trabalho. O *caput* do art. 20, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, estipula que “o plano diretor e os **contratos internos de gestão** do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, **poderão ser ferramentas adotadas** para o cumprimento dos compromissos e metas pactuadas com o gestor e para a sustentabilidade institucional” (grifo nosso).

Em consonância com o preceito legal acima, estabelecida a relação contratual entre o gestor e a unidade hospitalar, esta poderá implementar os contratos internos de gestão visando a potencializar os meios necessários para garantir o adimplemento dos compromissos e metas avençados com aquele, assim como poderão utilizar-se dessa ferramenta para promover a sustentabilidade institucional.

Ademais, resta expresso no texto em voga que a opção pela utilização dessa ferramenta pela unidade hospitalar é pautada no princípio da discricionariedade, cabendo a esta aplicar critérios, como de oportunidade, conveniência, razoabilidade, equidade e interesse público, quando da decisão de utilizá-la. Entretanto, optando a autoridade hospitalar, com poder discricionário, pela implementação dos CIGs, ficará o hospital condicionado a estabelecer métodos de monitoramento e avaliação para os mesmos, devendo esses métodos serem aplicados periodicamente.

Apesar da disponibilidade dos CIGs aos hospitais, Vargas (2006) elenca uma ressalva que corrobora com os resultados do levantamento bibliográfico realizado neste trabalho. Segundo o autor, no contexto brasileiro, os contratos de gestão — externos e interno — têm origem no PDRAE de 1995, bem como possuem objetivos de aumentar a eficiência dos serviços públicos. Entretanto, especificamente no caso dos CIGs, observa-se não apenas a carência legislativa, como também a escassez de produção acadêmico-científica que tratem especificamente ou com clareza desse instrumento.

As características dos CIGs diferem, em muito, das modalidades de contratação clássica, motivo que tem impulsionando a doutrina jurídica a tecer duras críticas pela falta de regulamentação destinada especificamente a estes. Contudo, o art. 37, §8º da CF/1988 fornece respaldo constitucional aos contratos de gestão em geral, de sorte que a implementação desse instrumento nas unidades hospitalares não tem sido barrada pelos tribunais (VARGAS, 2006).

Diante da revisão de literatura construída, observa-se que as circunstâncias de ajuste macroeconômico impostas pela NGP, mobilizaram governo e sociedade a exigirem da saúde pública, e mais especialmente dos HUs, que fossem adotadas políticas e ações de racionalização dos gastos e despesas, além de implementar meios para o aumento da produtividade e melhora na qualidade dos atendimentos (SILVA; COSTA, 2003).

À vista disso, nas duas últimas décadas, a contratualização instituída pela NGP impeliu a Administração Pública a priorizar resultados, tornando-se inexorável que esses efeitos rumassem em direção a seara hospitalar, pois a contratualização permitiu a institucionalização de uma cultura de resultados na gestão dessas entidades (PACHECO, 2006).

Mais recentemente, diante das possibilidades legislativas, analisando especificamente os HUFs, estes têm realizado estudos a fim de identificar as possibilidades e limites da contratualização de sorte que sejam criados meios de viabilizar a implantação dos CIGs, pois tratam-se de ferramentas que produzem não apenas ganhos institucionais, como também promove uma integração dos agentes realizadores dos serviços hospitalares no acompanhamento e decisão da entidade, conseqüentemente, gerando serviços mais qualificados para o seus usuários.

Ressalta-se que as noções em torno do contrato SUS se fizeram necessárias não apenas pela relação direta que os CIGs guardam com esta, como é no caso dos HUFs, mas também em face da carência de produções legislativas e acadêmicas que abarcassem o tema CIG, de sorte que essa servirá de base para a construção dos resultados deste trabalho.

Entretanto, apesar das noções sobre contratualização externa servirem como eixos norteadores, observa-se que elas são insuficientes. Desse modo, serão utilizados como referência a produção da autora Rego (2017), que trabalhou o modelo de contratualização interna desenvolvido para um centro hospitalar de Algarve de Portugal.

Por fim, cabe destacar que a EBSEH e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) de Portugal, no intuito de estabelecer uma metodologia de contratualização, elaboraram Termos de Referência que orientam o processo de implantação da ferramenta de contrato interno de gestão, de sorte que juntamente com o estudo supracitados serão manuseados como referência no decorrer do desenvolvimento dos resultados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Devido à estratégia da pesquisa adotada nesta dissertação, optou-se por focar na pesquisa aplicada descritiva, documental, de caráter qualitativo, pois, ao final desta, realizou-se a proposta, como forma prática de aprimoramento dos processos de contratualização, de um modelo de contrato interno de gestão, tendo como base as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS e os preceitos constitucionais.

De acordo com Fleury e Werlang (2017), os objetivos por trás de uma pesquisa são os mais diversos possíveis, podendo, por exemplo, intentar-se a partir de um fenômeno ou dada condição construir uma visão geral, estabelecer novas ideias ou explorar, sob um novo prisma, os fatos básicos que circundam uma determinada situação. Entretanto, independentemente dos objetivos iniciais, os resultados almejados orbitam em torno da produção de novos conhecimentos que possuam relevância acerca do tema pesquisado.

Desta forma, a pesquisa aplicada foi a que melhor se enquadrou como estratégia metodológica diante dos objetivos propostos por esta dissertação, posto que esse tipo de pesquisa se concentra “em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais” (FLEURY; WERLANG, 2017, p. 11).

Portanto, objetivando não apenas fortalecer a política de contratualização, como solucionar gargalos no processo dessa ferramenta, a pesquisa aplicada vem ao encontro dos procedimentos metodológicos necessário para se construir uma visão holística do assunto, viabilizando fornecer respostas aos anseios por parte dos “clientes, atores sociais ou instituições” (THIOLLENT, 2009, p.36). Ademais, os resultados obtidos através das pesquisas aplicadas são propícios a produzir conhecimento de aplicabilidade imediata (GIL, 2008).

Aglutinar conhecimentos já produzidos e filtrar os elementos e instrumentos necessários ao estudo de um problema relevante e atual é uma etapa copiosamente importante da pesquisa. Assim, justifica-se a pesquisa documental na medida em que essa permite conhecer se a temática já foi suficientemente investigada, quais instrumentos já foram adotados, os pressupostos teóricos assumidos, o que ainda falta ser investigado, as obscuridades e controvérsias que ainda persistem, sendo imprescindível a realização de novas pesquisas para a elucidação destas (CHIZZOTTI, 2000).

Segundo Richardson (2015), aplicar a análise documental exige a realização de uma série de operações a fim de se extrair elementos que permitam a percepção de conjunturas sociais e econômicas. Portanto, na fase de levantamento documental foram filtradas e avaliadas leis, decretos, contratos, documentos descritivos, relatórios, diretrizes, entre outros, que efetivamente se relacionem ou auxiliem a contratualização.

Não obstante a implementação dos arranjos contratuais estarem associados à criação de uma gestão de alto grau de eficiência e eficácia, na qual se trabalha com metas de ordem quantitativa e qualitativa, não reside como fito dessa pesquisa enfatizar a abordagem quantitativa. Portanto, a abordagem qualitativa balizará as análises que serão realizadas.

As pesquisas qualitativas possuem um universo de possibilidades de definição e critério de validade. Logo, devido ao objetivo de pesquisa qualitativa, que é descrever e compreender um fenômeno, e não o explicar ou fazer previsões, é essencial conhecer com clareza o contexto em que se está atuando no intuito de estabelecer com coerência a concepção de validade que será adotada e explicar os critérios que serão úteis (OLLAIK; ZILLER, 2012)

Considerando a natureza dos processos, das relações, entre outros, que envolvem uma instituição hospitalar, assim como as especificidades da contratualização, do ponto de vista metodológico, a perspectiva qualitativa permite uma melhor compreensão da profundidade e complexidade de fenômenos, de fatos e processos particulares desses grupos que se encontram delimitados em extensão e capazes de serem abarcados intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993).

No âmbito da saúde, a aplicação da pesquisa qualitativa, por sua validade não estar associada a concepções únicas, fixas ou universais, mas sim a um “constructo contingente, inescapavelmente fundamentado nos processos e intenções de metodologias e projetos particulares de cada pesquisa” (WINTER, 2001, p.1), acaba centrando a validade da pesquisa no âmbito interno, ou seja, acabam evidenciando mais as especificidades do elemento estudado.

A pesquisa aplicada tem a capacidade de lidar com uma imensa variedade de instrumentos e estratégias de recolha de dados, por exemplo, documentos, artefatos, entrevistas e observações, etc. Dessa forma, intentando complementar a coletada de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os principais atores envolvidos, direta ou indiretamente, na negociação, formulação e monitoramento do processo de contratualização.

As expectativas e percepções dos agentes de maior intervenção no processo de contratualização permitiram coletar informações sobre fatos ou acontecimentos que de alguma forma não foram presenciados ou puderam ser observados pelo pesquisador. Permitiram, ainda,

formalizar um meio de se atingir os objetivos propostos em virtude de acrescentar outra ótica sobre o fenômeno em análise (MANZINI, 2004).

3.2 Local do estudo

O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), situado no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, foi o local de estudo desta dissertação, sendo aplicado como determinantes para a escolha da instituição os seguintes critérios: acessibilidade, disponibilidade e localização.

3.3 Informantes-chave

No intuito de selecionar os atores que fariam parte da população deste estudo, foram utilizados critérios de conhecimento, experiências — durante e/ou posteriores ao processo de contratualização —, acessibilidade e visões diversificadas. Desta forma, concluiu-se que os gestores e/ou profissionais, que exercem algum papel relevante ou atuam no processo de contratualização entre o HU-UFGD e a Prefeitura Municipal de Dourados-MS, são os que potencialmente se enquadram nesse perfil, sendo esses os selecionados para serem entrevistados.

	Cargo/Função	Instituição	Código
1	Superintendente	HU/UFGD	SI1
2	Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	HU-UFGD	CSR1
3	Chefe do Serviço de Contratualização Hospitalar	Diretoria de Atenção à Saúde – EBSEH	CSC1

Quadro 2 - Relação de Entrevistados

Fonte: elaborado pelo autor.

Cumprе salientar que a lista de participantes das entrevistas fora bastante limitada em virtude da temática ser uma inovação para o HU-UFGD. Desta forma, com esta iniciativa se sondou o nível de maturidade que a instituição possui em relação a contratualização externa na contemporaneidade, assim como as expectativas em relação ao CIG. As percepções obtidas permitiram identificar algumas possibilidades e limites acerca do processo de implantação dessa ferramenta.

3.4 Coleta de dados

Durante a pesquisa documental, foram selecionadas e avaliadas leis, portarias, contratos/convênios, ofícios, relatórios, planos operativos, documentos descritivos e outros documentos que são pertinentes ao desígnio da pesquisa. A fim de proporcionar maior homogeneidade e confiabilidade na seleção das informações que foram obtidas através da pesquisa documental, priorizar-se-á os dados que foram formalizados após a introdução da contratualização na instituição pesquisa, ou seja, após o ano de 2010 até o ano de 2018.

Atuando como fonte de dados secundários, serão utilizados dados obtidos mediante consulta nos sistemas eletrônicos de informação disponíveis nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde — DATASUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e do Ministério da Educação — SIMEC/MEC.

Além dos dados compilados através desse levantamento inicial, foram elaborados questionários que serviram de roteiro para a realização de entrevistas semiestruturadas. Procedimentalmente, após a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes das entrevistas, fora colhida a assinatura de anuência dos mesmos. Regularizada esta etapa inicial, fora realizada as entrevistas, contendo questões com respostas de natureza aberta e fechada, aplicando-as aos atores e/ou profissionais previamente selecionados após o cruzamento dos critérios definidos.

Ressalta-se que em virtude da ciência do volume de compromissos que compõem as agendas dos atores filtrados para participarem das entrevistas, estas foram estruturadas para durarem cerca de trinta minutos. As entrevistas ocorreram entre novembro e dezembro de 2018, sendo essas gravadas para que pudessem ser transcritas, caso necessário, a fim de conservar a fidedignidade das informações fornecidas durante as entrevistas.

3.5 Organização e tratamento dos dados qualitativos

Esta fase almejou por compreender a contratualização externa e interna, mais especificamente os aspectos processuais dessas ferramentas. Pretendeu-se traçar um paralelo entre ambos os processos, buscando identificar as fases que compõem cada processo, ações características realizadas em cada uma dessas fases, as possibilidades e/ou limites, tal como as vantagens e desvantagens de cada uma dessas ferramentas. Para auxiliar essa compreensão, foi explorada, por intermédio de entrevistas, a percepção de alguns gestores e profissionais com experiência em contratualização. As categorias ou variáveis de análise levam em consideração

a base teórica explicitada nesta dissertação. O questionário (Anexo I) aplicado sintetiza a organização e categorias analisadas no questionário e as questões que nortearão a realização da entrevista semiestruturada com os sujeitos selecionados.

Uma vez que as entrevistas forem realizadas, essas passarão por um processo de análise e conferência, sendo realizada a transcrição parcial das mesmas. A extração das informações deu-se por intermédio da análise de conteúdo dos fragmentos transcritos. A literatura científica aponta que os tipos de textos podem ser divididos em dois: há textos que são produzidos no decorrer de um processo de pesquisa, como a transcrição de entrevista e protocolos de observação; há textos fabricados com finalidades diversas, por exemplo, jornais ou memorandos (PUGLISH; FRANCO, 2005).

Conforme destaca Machado (1991 apud AYALA, 2014) a análise de conteúdo é uma técnica utilizada com vistas a uma descrição objetiva e sistemática de comunicações em jornais, revistas, televisão e hoje é cada vez mais empregada para análise de material qualitativo obtido através de entrevistas.

Visando a identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema é possível ser aplicada a técnica análise de conteúdo para o tratamento de dados (VERGARA, 2005). Dessa forma, Bardin (2004) elenca alguns pressupostos a serem seguidos na utilização dessa metodologia: 1) organização da análise; 2) codificação; 3) categorização; e 4) inferência. Portanto, após a organização da análise demonstrada acima, será realizada a codificação do conteúdo das entrevistas, seguindo a categorização selecionadas e, assim, realizar as inferências sobre os dados, que serão compilados e apresentados em forma de tabelas e gráficos de modo a facilitar a compreensão dos mesmos.

A partir dos resultados obtidos com a aplicação da entrevista foi possível identificar características comuns entre a contratualização externa e interna, bem como os limites e perspectivas sobre a contratualização de forma objetiva, considerando a realidade da instituição pesquisada, contribuindo com o objetivo principal deste estudo.

4 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

4.1 Histórico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) e a contratualização com o gestor local

A história do HU-UFGD teve início no ano de 2003. Conhecido inicialmente como “Santa Casa de Dourados”, esta era financiada pela Sociedade Douradense de Beneficência. Entretanto, com apenas um ano de existência, sua denominação foi alterada para “Hospital Universitário de Dourados”, além de ter sua administração repassada para Fundação Municipal de Saúde da prefeitura de Dourados.

Após a transição de administração, o hospital permaneceu sob a gestão municipal por aproximadamente quatro anos. No ano de 2008, em face das tratativas realizadas com a Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, a Lei Municipal nº 3.118 aprovou que o espaço territorial e as edificações fossem doadas à UFGD para que esses fossem utilizados efetivamente como um “hospital-escola”, além de realizar atendimentos hospitalares via SUS.

A UFGD passou, efetivamente, a administrar o HU em 01 de janeiro de 2009. Uma vez integrado à estrutura da Universidade, o Hospital Universitário passou a estar vinculado, também, ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de sorte que a instituição agora conta com recursos provenientes das três esferas governamentais.

Dentro do contexto de superação e defrontação das dificuldades iniciais, o HU-UFGD foi se transformando em referência hospitalar, principalmente nas demandas espontâneas na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, na região da Grande Dourados¹⁰, recebendo a incumbência de atender 34 municípios da macrorregião. Foi a partir desse momento que o HU-UFGD adquiriu o *status* de uma das importantes instituições de atendimento à saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (HU-UFGD, 2018b).

Além da função de unidade de atendimento ao SUS, o HU-UFGD, como sua titulação sugere, agrega a finalidade de ensino. À vista disso, objetivando alçar objetivos mais altos, no decorrer do processo de seu desenvolvimento a instituição foi progressivamente aumentando o número de alunos de graduação nos cursos de saúde (Medicina e Enfermagem), nos cursos de

¹⁰ A distribuição de municípios da região de Dourados segundo as microrregiões e os módulos assistenciais de saúde são: Amambai, Anaurilândia, Angélica, Antônio João, Aral Moreira, Batayporã, Caarapó, Coronel Sapucaia, Deodápolis, Douradina, Dourados, Eldorado, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Iguatemi, Itaporã, Ivinhema, Japorã, Jateí, Juti, Laguna Carapã, Mundo Novo, Naviraí, Nova Alvorada do Sul, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Paranhos, Ponta Porã, Sete Quedas, Tacuru, Taquarussu e Vicentina (HU-UFGD, 2018b).

Humanas (Psicologia e Nutrição), estabeleceu convênios com outras instituições de Ensino — Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e Centro Universitário da Grande Dourados —, assim como com os cursos de Fisioterapia e Técnico de Enfermagem (HU-UFGD, 2018b).

Apesar de ainda estar vinculado à Universidade, atualmente, o HU-UFGD é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a qual fora criada para administrar os Hospitais Universitários Federais no Brasil. O ano de 2010 data o início do processo de adesão do HU-UFGD à EBSEH, sendo este concluído em efetivo no ano de 2013.

Após a assinatura do contrato com a EBSEH, o HU-UFGD realizou um dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa, cujo resultado apontou que a instituição contava com uma estrutura de 23 consultórios, sendo dois reservados a triagem e curativos, além de 177 leitos hospitalares, dos quais 35 leitos eram destinados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 15 leitos a Semi-intensiva. Porém, à época, já se previa uma ampliação de 40 leitos, sendo 20 de longa permanência na rede de urgência (cirúrgico, pediátrico e clínico) e 20 para as unidades de acidente vascular encefálico e leitos de retaguarda na rede de urgência, totalizando 217 leitos (BRASIL, 2013a). Nos dias atuais, o HU-UFGD conta com uma área total de 150.000m², sendo as áreas construídas regularizadas e a regularizar de aproximadamente 12.667m² a e 3.117m², respectivamente¹¹.

Devido ao contrato nº 03/2015 que promoveu a inclusão do HU-UFGD à rede de hospitais administrados pela EBSEH, o aspecto organizacional da instituição apresenta a seguinte configuração: 75 (setenta e cinco) cargos e funções, 1 (um) colegiado executivo, que abrange a superintendência, o conselho consultivo a auditoria, além de contar com as gerências administrativa, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa.

¹¹ Fonte: Divisão de Infraestrutura do HU-UFGD, 2019 (ANEXO IV).



Figura 1 - Organograma da Estrutura de Governança do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Fonte: adaptado de EBSEH (2018c)

Pormenorizando os aspectos organizacionais da Figura 1, a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) está ramificada em 4 divisões, 5 setores e 28 unidades subjacentes, sendo que esta gerência dispõe de 38 cargos e funções para serem designados a seus níveis hierárquicos. Já a Gerência de Ensino e Pesquisa se divide em 2 setores e 3 unidades, contando com 6 cargos e funções para serem atribuídos no seu âmbito hierárquico. A Gerência Administrativa apresenta 3 divisões, 7 setores e 12 unidades subjacentes, contando com 23 cargos para serem racionados entre seus níveis hierárquicos. Por fim, destaca-se que 8 cargos e funções estão distribuídos entre os graus hierárquicos da Gestão Central.

Não apenas a organização, como também sua natureza, permitem depreender que o HU-UFGD é uma instituição complexa, sendo necessária uma gestão de alto grau de eficiência e eficácia para maximização dos resultados provenientes de suas ações e serviços. Conseqüentemente, conforme se descreve abaixo, observa-se, desde 2010, gestões voltadas para institucionalização de uma cultura de resultados, implementando meios e ferramentas que permitissem incrementar o desempenho da instituição.

Em 2010, o HU-UFGD adotou oficialmente a contratualização. Essa integração do hospital à contratualização ocorreu por meio do instrumento contratual nº 001/2010 estabelecido com o gestor de saúde do município de Dourados-MS, cuja validade se estendeu até o término de 2013.

Através da contratualização supramencionada, restaram estabelecidos no *corpus* contratual as atividades que seriam realizadas pelo hospital, o montante de recursos que poderia

ser destinado para a operacionalização das mesmas, assim como as metas quanti-qualitativas e metodologias para mensuração destas, uma vez que elas são os mecanismos aplicáveis para quantificar os recursos financeiros a serem repassados para a unidade hospitalar.

Embora o HU-UFGD, segundo a CF/1988 e as normas infraconstitucionais, tenha sido concebido e/ou ratificado como um integrante do SUS, o resultado imediato desse processo de contratualização foi promover uma inserção mais qualificada da instituição na rede, pois delineou de modo mais preciso o perfil assistencial do HU-UFGD na rede SUS, de sorte que os serviços e ações de saúde realizados pelo hospital passaram a estar alinhados as necessidades de saúde da população, as políticas públicas de saúde, assim como aos princípios e diretrizes regentes do SUS (HU-UFGD, 2018b).

Durante sua vigência, a contratualização nº 001/2010 sofreu alterações, decorrentes dinâmica e complexidade das atividades hospitalares, sendo essas formalizadas em Termos Aditivos (TA), os quais foram elaborados à medida que se constatava discrepâncias entre o quantitativo e/ou o custo da produção realizado pelo HU-UFGD e o contratualizado.

As inovações legislativas — com destaque para as Portarias GM/MS nº 3.390 e 3.410, ambas de 2013, serviram de gatilho para iniciar o processo de revisão contratual. Durante essa primeira experiência com contratualização, o HU-UFGD empreendeu esforços para a implantação de ferramentas de gestão que colaborassem para construção de arranjos contratuais mais adequados à realidade do hospital. Dessa forma, em 9 de dezembro de 2014, foi assinado o Contrato Administrativo nº 604/2014.

Essa nova experiência propiciou algumas inovações efetuadas no arranjo contratual supra. Conforme consta no bojo do Contrato Administrativo nº 604/2014, uma inovação foi a substituição do Plano Operativo Anual (POA) pelo Documento Descritivo, sendo esta parte indissociável do Contrato. Quando comparado à contratualização anterior, outro destaque foi a reformulação da metodologia de mensuração das metas quanti-qualitativas relativas à Assistência à Saúde, à Gestão, ao Ensino/Pesquisa e à Avaliação. Por fim, nota-se na peça contratual firmada em 2014 que foi estabelecida uma programação orçamentária mais transparente e detalhada.

Originalmente, a Contratualização nº 604/2014 foi estabelecida com duração de 9 (nove) meses e, diferentemente da anterior, contou com apenas uma renovação ou revisão, prorrogando sua vigência por 6 (seis) meses. Nesse ponto é interessante trazer à tona que o Contrato SUS de 2014 não contou com mais números de aditivos devido a dívidas judicializadas da contratualização anterior, de maneira que o HU-UFGD operou, durante os 21 (vinte e um)

meses subsequentes ao término do único TA desse contrato, sem uma contratualização oficialmente formalizada (BRASIL, 2017).

A despeito da circunstância narrada acima, o Termo do Instrumento Formal de Contratualização de 2014 trazia em seu bojo dispositivos legais que garantiam, juridicamente, a continuidade do acordo firmado entre as partes, de modo que o hospital continuou a realizar os procedimentos previstos no contrato, recebendo integralmente os recursos até que fosse efetuada uma nova pactuação (BRASIL, 1993).

O desenvolvimento dos fatos ao longo do Contrato Administrativo nº 604/2014 evidenciaram a necessidade de uma nova pactuação. Assim, foi celebrado, em dezembro de 2017, um novo arranjo contratual entre o gestor municipal de saúde e o HU-UFGD, o Contrato Administrativo nº 365/2017. Atualmente, este contrato se encontra vigente, tendo se readequado em duas ocasiões mediante Termos Aditivos.

Há que se destacar o contraste existente entre a contratualização vigente quando colacionada com as anteriores. Esse íterim de contratualização permitiu ao HU-UFGD adquirir a *expertise* necessária para a construção de metodologias e mecanismos inovadores que impactariam tanto a construção do instrumento contratual, como o próprio desenvolvimento do processo de contratualização.

A primeira medida desenvolvida nessa atual experiência contratual, ainda em fase inicial, é a transição para um modelo de gestão por processos, que entende a operacionalização do Hospital semelhante à de um organismo vivo, onde há pessoas e atividades funcionando de modo interdependentes. Logo, o HU-UFGD tem gradualmente suplantado o modelo de gestão por setores, seções ou departamentos em prol da institucionalização de uma gestão horizontalizada, priorizando o envolvimento do maior número possível de colaboradores e unidades de produção (UP)¹².

As experiências contratuais possibilitaram, ainda, ao HU-UFGD estabelecer, no plano interno, boas práticas avaliativas do contrato a partir da implementação de variáveis e criação de indicadores de modo que na rede EBSERH, a nível nacional, a instituição tem exercido o papel de referência no tocante a práticas de monitoramento e avaliação do processo de contratualização. Conforme destacado em entrevista por SP1:

¹² Durante as entrevistas concedidas, o ator S11 observa que se tem trabalhado no HU-UFGD “a gestão compartilhada, todo mundo é uma coisa só, o hospital é uma coisa só”. Além disso, o ator CSR1 acrescenta que se vê “um movimento para trabalho a gestão por processos, isso ajuda as pessoas a quebrar um pouco essa ideia de setorização”.

“Na avaliação do contrato, nós já temos essa *expertise* aqui. Nós somos um dos melhores, hoje, prestadores que avaliam o contrato a nível nacional. Nós já estamos com boa prática de avaliar internamente”.

Tecidas essas considerações, importa trazer à baila que a missão do HU-UFGD é “promover a assistência multiprofissional à saúde, com qualidade e humanização, de forma indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão, 100% SUS, regulada, em rede e configurando referência em média e alta complexidade na região da Grande Dourados” (EBSERH, 2018a).

Enquanto visão, o HU-UFGD almeja por ser destaque como um hospital universitário sustentável, assim como reconhecido pela excelência em gestão, assistência, formação e inovação em saúde no âmbito do SUS, adotando como objetivo estratégico, entre outros, desenvolver a cultura organizacional com foco em metas e resultados. A fim de atingir esses objetivos, a instituição assumiu valores e princípios pautados na: I) valorização à vida; II) equidade; III) humanização; IV) ética e transparência; V) excelência; e VI) gestão participativa (EBSERH, 2018a).

A assunção de valores, princípios e missão tenazes como as descritas acima, permite a apreensão que para a fiel execução dos compromissos ostentados seria necessário contar com uma gestão e assistência à saúde altamente qualificada, muita reflexão, bem como proposição e implementação de ações que se tencionem a esses resultados.

O HU-UFGD transparece não medir esforços para honrar as responsabilidades assumidas, conforme está implícito nos processos de contratualização. Além de suas ações, a instituição ainda conta com o auxílio da EBSERH que, através de sua sede e conveniados, tem fomentado estudos no intuito de identificar ferramentas que poderiam auxiliar na concretização de preceitos desse viés, identificando-se os contratos internos de gestão como uma opção.

A EBSERH sede, após prospectar a ferramenta CIG, elaborou um Termo de Referência (TR) que foi repassado aos hospitais conveniados à rede no sentido de auxiliá-los a elaborarem seus planos de implantação dos CIGs. Muito embora esses hospitais conveniados tenham acesso a esse TR, as análises desse corroboram para a conclusão de que este documento apenas traça diretrizes gerais e fornece uma minuta de CIG, entretanto, não trabalha com a riqueza necessária de detalhes todas as particularidades que fazem parte do processo de implantação dessa ferramenta (EBSERH, 2017).

Na visão da cúpula de governança do HU-UFGD, em exercício, a implantação dos contratos internos de gestão representaria uma dupla evolução para a instituição. No âmbito dos processos externos de contratualização, os CIGs auxiliariam no cumprimento das metas

acordadas com o gestor local de saúde. De outro lado, por ser um dos seus núcleos estratégicos, o CIG auxiliará a institucionalizar a gestão compartilhada e, conseqüentemente, uma cultura voltada para metas e resultados.

Segundo levantamentos realizados em novembro de 2018, junto ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS) do HU-UFGD, ainda não havia sido implantado a ferramenta CIG. É diante desse cenário que se fomenta a proposição de um modelo de CIG a fim de ser implementado na instituição pesquisada, podendo, futuramente, ser adaptado para os demais componentes das redes EBSERH e SUS.

4.2 Proposta de Intervenção: Modelo de Contrato Interno de Gestão

A despeito de suas potencialidades, implementar uma ferramenta dessa envergadura e complexidade, como é o CIG, tão somente atingirá sua finalidade de gerar qualificação da gestão e da assistência nos diversos espaços de produção de saúde se contar com o envolvimento de pessoas apropriadamente capacitadas, além da necessidade de execução de uma série de procedimentos técnicos alinhados aos princípios e diretrizes dessa ferramenta.

Portanto, neste tópico serão expostas as sugestões de procedimentos necessários para que o modelo ora proposto não apenas possa ser colocado em prática na instituição, mas ao mesmo tempo comporte adaptações, bem como esteja engajado com a missão, valores, princípios e objetivos estratégicos adotados pelo HU-UFGD.

4.2.1 Capacitação específica e permanente dos funcionários

O contexto atual da administração pública demanda do servidor uma atuação cada vez mais adequada e eficiente, de modo que este acaba envolvido em diversas atividades ou funções às quais está inserido. Resta, pois, à administração pública promover meios para capacitá-los, porquanto novas competências, habilidades ou conhecimento somente serão adquiridos ou remodelados caso os servidores sejam submetidos ao processo de aprendizado.

Segundo o art. 2º, inciso I, do Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006, que estabelece a política e as diretrizes para o desenvolvimento de pessoal da administração pública federal, a capacitação é um processo permanente e deliberado de aprendizagem, de modo a contribuir para o desenvolvimento das competências institucionais através do desenvolvimento de competências individuais.

É diante desse contexto que se identifica como uma etapa primordial e que precede o início dos trabalhos de implantação do CIG, a criação e manutenção de um programa de capacitação adequado, abrangente e que cumpra com as necessidades dessa ferramenta.

Trazida essa realidade para o âmbito do HU-UFGD, as gestões mais recentes notabilizam a valoração atribuída ao desenvolvimento de políticas de capacitação e qualificação voltadas ao seu quadro de colaboradores, conforme resta demonstrado nos planos de ação de capacitação de funcionários, cuja finalidade é de qualificar, capacitar e aperfeiçoar seus funcionários para que as atividades e serviços realizados pela/na instituição entre em um ciclo virtuoso de aperfeiçoamento (ANEXO III).

Ademais, ressalta-se que a EBSEH tem, periodicamente, realizado palestras, oficinas e disponibilizado cursos para que os funcionários das unidades conveniadas estejam complementados seu conhecimento de modo a contribuir com os objetivos estratégicos das instituições onde se encontram alocados (EBSEH, 2018b).

Importa frisar, ainda, que a EBSEH elaborou um Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar (MGAH), baseado em produções acadêmicas, experiências exitosas e discussões com os hospitais conveniados à rede que possuíam algum dispositivo de gestão implantado. Esse modelo se encontra dividido em dois módulos. O primeiro módulo contém os seguintes dispositivos: 1) Unidades de Produção (UP); 2) Núcleo Interno de Regulação (NIR); 3) KANBAN; e 4) Painel de Indicadores. Já o segundo módulo apresenta a seguinte composição: 1) Humanização; 2) Contrato Interno de Gestão; e 3) Linhas de cuidado (EBSEH, 2018b).

No ano de 2017, os responsáveis pela coordenação do modelo supracitado selecionaram 6 (seis) hospitais que receberia um projeto piloto para a implantação do Módulo 1 e seus dispositivos, sendo o HU-UFGD um dos selecionados. Seguindo os padrões de seleção, em 2018, outros quinze HUFs foram selecionados para incorporar em suas gestões o Módulo 1 e seus dispositivos.

O Módulo 2, que trata especificamente dos CIGs, possuía um cronograma de implantação a ser efetivado ao longo do ano de 2018 naqueles hospitais que serviram de piloto para o Módulo 1, dando continuidade à implantação do modelo. Entretanto, até o momento em que esta dissertação se encontrava em elaboração, especificamente no HU-UFGD não havia sido implementada a ferramenta em análise¹³.

¹³ Em pesquisa realizada, em novembro de 2018, junto ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HU-UFGD, apurou-se que apesar do cronograma traçado, as iniciativas referentes ao processo de implantação do CIG orbitaram apenas o campo teórico, sendo o plano prático reagendado para o ano de 2019.

De acordo com informações obtidas através de entrevista realizada com o ator CSC1, levantou-se que a EBSEH traçou um cronograma, a ser efetivado em 2019, para realização de uma série de oficinas abarcando, dentre outros assuntos, a implementação dos Contratos Internos de Gestão. Por se encontrar incluso nesse cronograma, o HU-UFGD realizou as primeiras oficinas no mês de janeiro de 2019, podendo ocorrer novas oficinas à medida que a EBSEH perceba a necessidade das mesmas ou por solicitação do hospital.

Apesar dos aspectos positivos das iniciativas descritas acima, que permite a instituição hospitalar realizar um primeiro contato com os CIG, somado à realidade do HU-UFGD, identifica-se uma lacuna nesta fase inicial do processo de implantação que poderia ser suprida de forma a otimizá-la, que seria a construção de cursos de capacitação destinados a tratar especificamente sobre os CIGs.

É um axioma na Administração Pública a alta rotatividade dos ocupantes de cargos e funções chefia, de servidores efetivos e/ou de empregados públicos, assim como de contratados terceirizados. Diariamente, inúmeras pessoas ingressam nas carreiras públicas, são desligados ou solicitam o desligamento da Administração Pública. Desta forma, este é um fato que foge ao controle governamental.

Seja em razão de contratação e/ou de realocação, na maior parte dos casos, é natural que o novo integrante ou sucessor do cargo ou função não possua o conhecimento técnico necessário para dar continuidade as atividades ou projetos que se encontravam em desenvolvimento. Logo, este fato poderia colocar em risco a sinergia da equipe ou a continuidade do processo, uma vez que o HU-UFGD não está imune a rotatividade de seus colaboradores, a substituição ou a perda abrupta de algum dos envolvidos no processo de contratualização interna, durante a implantação ou execução do CIG.

Ademais, faz-se necessário destacar que no âmbito público ainda é uma realidade a presença da gestão setorializada, de modo que nem todos os membros do quadro de funcionários da entidade tem acesso ou lhes é oportunizado o acesso a determinados processos ou atividades desenvolvidas nela. Assim, passível de se enquadrar nesse contexto, pode ser que o HU-UFGD possua colaboradores demasiadamente capacitados e/ou com disposição para se engajar no processo de instauração do CIG, mas que por fatores diversos não estão envolvidos neste processo.

Se por um lado há essa restrição, por outro a mesma se justifica, pois, ainda que a instituição conte com funcionários dispostos ou com *know-how* para o desempenho de determinadas funções, a integração de terceiros estranhos ao processo sem uma preparação prévia poderia implicar riscos semelhantes aos do desligamento ou realocação.

Diante desse cenário, os desligamentos, substituições ou integrações já são fatores que justificariam a criação e manutenção de um curso de capacitação para atuar nos processos de contratualização interna. Entretanto, abre-se um parêntese para destacar que a experiência do HU-UFGD com contratos de gestão interno ainda é incipiente, tornando-se, pois, uma variável adicional que dá suporte à proposta.

Não bastando o relatado, salienta-se, ainda, a constante evolução dos processos, atividades, serviços, ferramentas, entre outros. Desta forma, embora a equipe do HU-UFGD possa adquirir familiaridade com os CIGs, haverá um momento em que será necessário ocorrer a reciclagem do conhecimento acerca dessa ferramenta a fim de alinhar suas práticas com as tendências mais modernas.

Por fim, em pesquisa realizada junto ao SERAS/HU-UFGD, ao sítio eletrônico da rede EBSEH e através de buscas ativas realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa não foi encontrado nenhum curso que trate especificamente de contratos internos de gestão.

Por conseguinte, elaborou-se uma proposta de curso de capacitação (Apêndice I) sugerindo o público alvo, objetivos e conteúdo programático, pois essa medida além de salvaguardar o HU-UFGD dos riscos inerentes à falta ou insuficiência de conhecimento sobre os CIGs, um curso elaborado pelo HU-UFGD nesse sentido poderia servir de modelos para os demais integrantes das redes EBSEH e SUS.

4.2.2 Definir um plano de trabalho e mapear o processo de implantação do CIG

A dinâmica da humanidade nos dias atuais reflete o quanto é relevante contar com um planejamento bem delineado para que a sociedade pós-moderna funcione na mais perfeita harmonia. Essa dinâmica acaba refletida no interior das organizações, de sorte que tem se tornado cada vez mais usual as organizações traçarem planos de trabalho, também denominados de plano de ação ou plano de atividades, no intuito de construir uma metodologia para definir metas e objetivos, além de apurar quais atividades precisam ser executadas e os responsáveis pelo desenvolvimento, coordenação e supervisão destas, a fim de maximizar os resultados da instituição (TCU, 2013).

A Lei nº 8.666/1993 estabelece no art. 116, *caput* e §1º que:

Art. 116. Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, **aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres** celebrados por órgãos e entidades da Administração.

§ 1º **A celebração de convênio, acordo ou ajuste** pelos órgãos ou entidades da Administração Pública **depende de prévia aprovação de competente plano de**

trabalho proposto pela organização interessada, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I - **identificação do objeto** a ser executado;

II - **metas** a serem atingidas;

III - **etapas ou fases** de execução;

IV - plano de aplicação dos **recursos financeiros**;

V - **cronograma** de desembolso;

VI - **previsão de início e fim da execução do objeto**, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas;

VII - se o ajuste compreender obra ou serviço de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador. (grifo nosso)

Nessa perspectiva, uma vez que o HU-UFGD passe a contar com funcionários devidamente capacitados a operar e coordenar o processo de implantação do CIG, o próximo passo sugerido é que a equipe gestora do hospital elabore um plano de trabalho, não só para que os preceitos legais supras sejam obedecidos, mas também para fornecer subsídios no sentido de reduzir custos e falhas que impeçam a instituição de atingir os objetivos esperados com o CIG.

Através dos diversos planos de ação dispostos no sítio eletrônico da instituição (HU-UFGD, 2017), as administrações mais recentes do HU-UFGD têm demonstrado conformidade com as tendências mais modernas de gestão. Portanto, resta caracterizado o entendimento do hospital sobre importância desta etapa, uma vez que a prática de elaboração de planos de ação se tornou uma realidade institucionalizada.

Outra razão corrobora com proposta de elaboração do plano de trabalho para a implantação do CIG. Em que pese essa prática já se mostre usual no âmbito do HU-UFGD, este faz parte não apenas da rede EBSERH, como da rede SUS, de modo que as técnicas de gestão exitosas desenvolvidas no contexto desta instituição têm o potencial de serem expandidas para os demais integrantes dessas redes.

Desse modo, à vista da heterogeneidade dos integrantes dessas redes, ao elaborar um plano de trabalho para implantação do CIG, o HU-UFGD poderá auxiliar as demais instituições que intentem implantar essa ferramenta de gestão, porém não possuam familiaridade com a etapa de elaboração de planos de trabalho.

Retornando à realidade do HU-UFGD, a análise dos planos de ação elaborados e dispostos no sítio eletrônico do hospital aponta que a “planilha 5W2H” tem sido uma das ferramentas empregadas na elaboração dos planos de trabalho do hospital. Essa ferramenta estabelece sete diretrizes que deverão ser utilizadas no processo de elaboração do plano de trabalho: 1) o que será feito? (*What*); 2) por que será feito? (*Why*); 3) como será feito? (*How*);

4) por quem será feito? (*Who*); 5) quando será feito? (*When*); 6) onde será feito? (*Where*); e 7) quanto custará? (*How much*) (HU-UFGD, 2018a).

Face à familiaridade que o HU-UFGD possui com a planilha 5W2H, além do fato desta ferramenta permitir mapear atividades a serem desenvolvidas, definir o período de realização destas, entre outras, optou-se por replicar parte de seus preceitos para apuração das fases, proposição das diretrizes orientadoras na elaboração do plano de ação e construção de cronograma do processo de implantação do CIG, que ficam de sugestão para a instituição pesquisada.

Especificamente no caso em tela, o contrato interno de gestão deriva da contratualização externa estabelecida entre o HU-UFGD e o gestor local de saúde (BRASIL, 2013b), nessa conformidade identifica-se dois momentos distintos nesse processo, conforme se observa na figura 2.

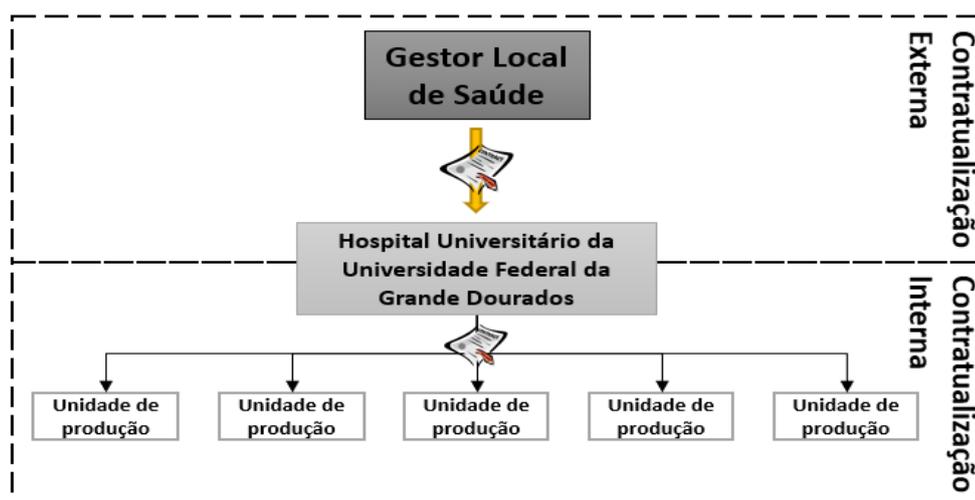


Figura 2 - Processo de contratualização interna e externa

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Anexo XXIV (PNHOSP) e Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 03 de outubro de 2017.

É válido destacar que a distinção de momentos está relacionada ao evento de início dos processos e à formalização dos instrumentos contratuais. Desta forma, uma vez iniciado o processo externo de contratualização, este servirá de gatilho para o *start* do processo de CIG, importando realçar que inúmeros eventos intermediários desses processos poderão ocorrer concomitantemente, conforme demonstrado na figura 3.

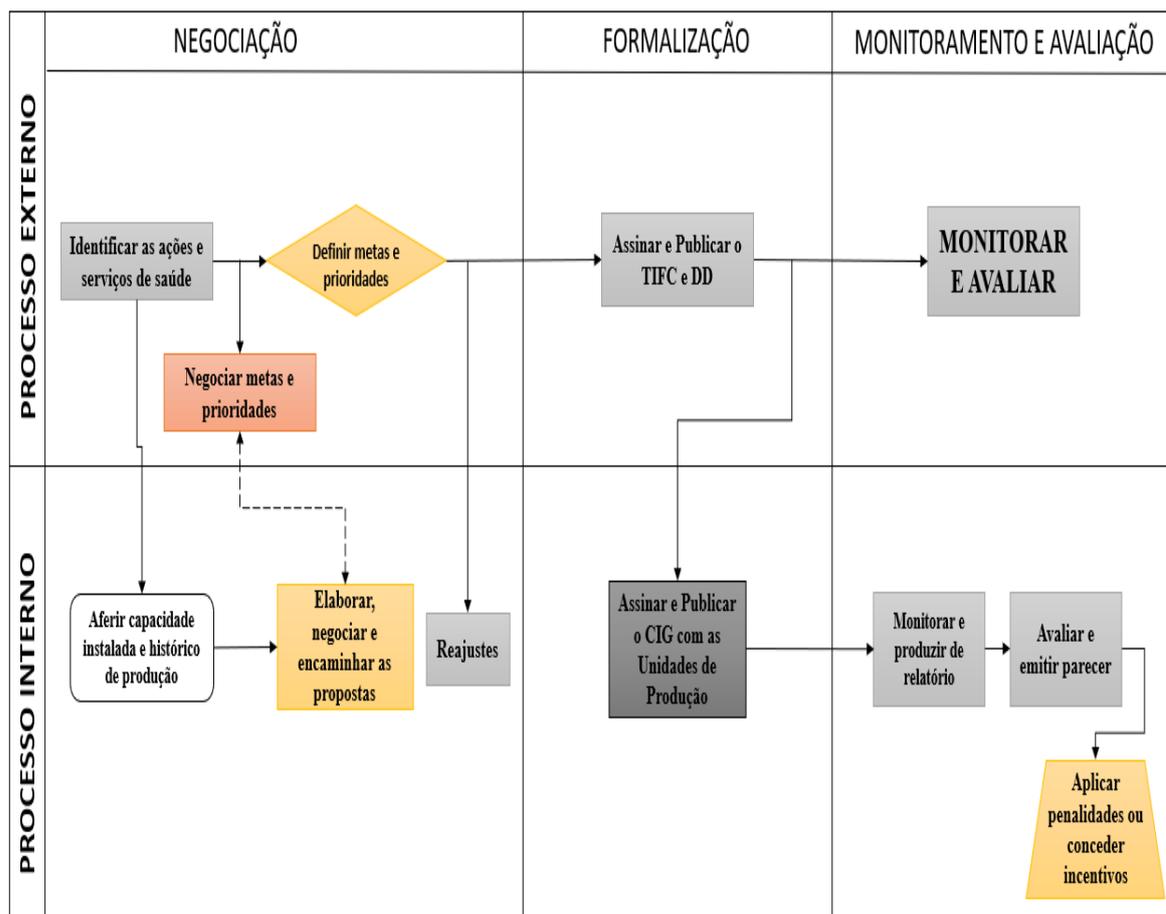


Figura 3 - Mapeamento das fases do processo de contratualização externo e interno

Fonte: Elaborado pelo autor com base com base no Anexo XXIV (PNHOSP) e Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 03 de outubro de 2017.

Apuradas as fases que compõem o processo de implantação do CIG, torna-se necessário caminhar para a efetiva construção do plano de ação, que representa o compromisso de resultados (onde se quer chegar), processos (meios e ações a prosseguir para alcançar os resultados) e recursos (os recursos disponíveis alocados para o efeito) (ACSS, 2017).

Enquanto instrumento essencial para o processo de CIG, é necessário tecer esclarecimentos acerca de “onde será desenvolvida” e “quem serão os responsáveis pela coordenação” da construção do plano de ação. Logo, recomenda-se, por questões lógicas, que esta tarefa seja desenvolvida no âmbito das Unidades de Produção, competindo ao coordenador e sua equipe de referência construir, discutir e validar o plano de ação.

Devido à finalidade de estratificação do plano de ação, ou seja, de desdobramento de atividades complexas em tarefas acessíveis e pontuais, de modo a se criar objetivos realizáveis, sugere-se, para a construção de um plano de ação que se mostre específico, adequando e efetivo, o mesmo carece de identificar / definir:

Elementos
1. Objetivo geral que se almeja por alcançar com a implantação da ferramenta CIG 2. Lista de ações e tarefas que serão executadas para atingir os objetivos 3. <i>Timing</i> estimado para o início e conclusão para cada atividade 4. Responsáveis pela execução de cada tarefa 5. Eventuais riscos e planos de contingência

Quadro 3 - Composição do plano de ação

Fonte: Elaborado pelo autor com base na Lei nº 8.666/1993

Considerando a possibilidade de o HU-UFGD já ter o processo de implantação mapeado e as UPs possuírem planos de trabalho instituídos, deverá ser elaborado um cronograma a fim de orientar os procedimentos a serem executados ao longo do processo de implantação da ferramenta CIG. Nesse sentido, propõe-se a adoção do seguinte cronograma:

ETAPAS	Ano n-1						Ano n												Ano n+1			
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Identificação das ações e serviços de saúde realizadas pelo HU-UFGD																						
1. Aferição da capacidade instalada e do histórico de produção																						
Encaminhamento das metas e prioridades negociadas no contrato SUS às Unidades e Gerências																						
2. Elaboração e encaminhamento das propostas das Unidades de Produção à Gestão Central para negociação																						
Definição das metas e serviços para o Contrato SUS																						
3. Reajuste e definição das matrizes de desempenho para o CIG																						
Assinatura e Publicação da Contratualização Externa																						
4. Assinatura e Publicação do CIG																						
5. Monitoramento e produção de relatório de desempenho das Unidades de Produção																						
6. Avaliação e emissão do parecer referente ao desempenho																						
7. Aplicação de penalidades ou concessão de incentivos																						

Figura 4 - Cronograma para implantação da ferramenta CIG no HU-UFGD

Fonte: Rego (2017). Adaptado pelo autor com base nas Portarias GM/MS nº 2, de 03 de outubro de 2017

Enquanto proposta, o cronograma acima comporta adaptações em relação às fases e aos *timings* definidos a fim de se adequarem à realidade de cada entidade hospitalar. Entretanto,

sugere-se que os elementos dispostos no cronograma sofram alterações no sentido de complementá-los ou ampliá-los, pois eventuais supressões poderão colocar em risco o desenvolvimento do processo ou o seu produto final.

4.2.3 Levantamento da capacidade instalada e série histórica de produção

Iniciada as tratativas para a construção do instrumento de contratualização entre gestor municipal de saúde e o HU-UFGD, torna-se necessário que a demanda efetiva em saúde da população apresentada pelo contratante como objeto de contratualização esteja em consonância não apenas com o perfil assistencial desta unidade hospitalar, mas também com a oferta de serviços disponibilizada pela mesma.

Partindo-se dessa premissa, observa-se a necessidade de o HU-UFGD possuir uma rica gama de informações técnicas que retrate sua capacidade instalada nos âmbitos de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos, visto que tais informações impactarão diretamente as matrizes de desempenho pactuadas na contratualização externa.

Reis (2018) destaca que através do cálculo da capacidade instalada restará evidenciado a capacidade máxima de produção de uma empresa na geração de um produto ou fornecimento de um serviço. O autor ainda destaca que o indicador construído com essa medida pode ser facilmente obtido através da razão entre a entrega real de produtos ou serviços e o potencial global de geração de produtos ou serviços da organização, oferecendo ao final um percentual indicativo da proporção da produção econômica potencial em relação à efetivamente realizada.

Abre-se um parêntese para destacar, conforme pode ser depreendido do entendimento acima, a importância de se apurar a série histórica de produção do hospital, porquanto ele pode subsidiar a definição do quantitativo de entrega real de produtos ou serviços, auxiliando na aferição da capacidade instalada, bem como tem o potencial de evidenciar tendências, sazonalidades e variações aleatórias que impactam essa saída.

Nesse contexto, os teores dos contratos SUS nº 604/2014 e 365/2017, firmados pelo o HU-UFGD com ente federativo contratante, retratam a ciência da importância desta etapa, de modo que as metas quantitativas estabelecidas nesses instrumentos foram definidas, dentre outros parâmetros, segundo a capacidade instalada e a série histórica.

Nesse sentido, a proposta ora apresentada aquiesce com a aplicação da aferição da capacidade instalada e série histórica, pois as mesmas viabilizam não apenas os gestores do HU-UFGD conhecerem a capacidade máxima de produção da organização para formalização de acordos mais tangíveis, mas também desenham um cenário real demonstrando se o hospital

está operando em sua plena capacidade ou abaixo desta, referenciam a alocação de investimentos na instituição e, ainda, atuam como indicador de comparação entre o HU-UFGD e os demais integrantes das redes EBSERH e SUS.

Dentro da perspectiva exposta, sugere-se a replicação de ambas as medidas face à relação existente entre o contrato SUS e o CIG, uma vez que este derivaria daquele, bem como pelos benefícios obtidos com tais medidas, de sorte que os resultados apurados a partir de sua aplicação balizariam a negociação e pactuação das metas a serem alcançadas pelas Unidades de Produção.

Os meios e formas para aferição da capacidade instalada e série histórica são inúmeros, nessa conformidade recomenda-se que cada Unidade de Produção, durante o processo de implantação do CIG, defina sua(s) medida(s) de capacidade em função de sua natureza ou foco de atuação, assim como apure sua série histórica de produção a partir de dados colhidos em intervalos regulares de tempo no período determinado. Por se caracterizar como uma tarefa complexa, o quadro abaixo ilustra exemplos de definição das medidas de capacidade:

Unidade de Produção	Natureza ou Foco de Atuação	Medida de Capacidade
Centro Cirúrgico	Assistencial (Finalística)	- Número de salas cirúrgicas; - Número de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes, etc.); - Número de equipamentos cirúrgicos ...
Unidade de Nutrição Clínica	Assistencial (Apoio)	- Número de refeições/dia; - Número de profissionais (nutricionistas, cozinheiros, assistentes, etc.); - Número de equipamentos (refrigerador, estufas, etc.); ...
Unidade de compras	Administrativo	- Número de processos licitatórios; - Número de equipamentos - Número de profissionais (pregoeiros, assistentes e outros); ...

Quadro 4 - Definição das unidades de Medida

Fonte: elaboração própria

Ademais, durante a efetivação desta etapa do processo, independentemente das características intrínsecas de cada UP que celebrará o CIG com a gestão central, é importante que cada qual possua um nível satisfatório de conhecimento acerca dos recursos necessários à produção, pois os resultados do hospital são diametralmente afetados pela programação da produção de suas UPs.

É fato que nem todas as atividades ou serviços podem ser traduzidos em números, dificultando a apuração plena da capacidade instalada de cada UP. Nesses casos, índices obtidos

por intermédio de metas qualitativas seria a alternativa imediata para balizar o desenvolvimento desta etapa do processo.

Compete destacar que apesar de essa ser uma fase do processo que se realizará no âmbito das UPs do HU-UFGD, não implica considerar que se trata de uma tarefa a ser desenvolvida exclusivamente por elas, visto que o CIG pressupõe uma gestão participativa. Assim, sugere-se que as demais instâncias da estrutura de planejamento do hospital, como a Unidade de Planejamento, Núcleo Interno de Regulação, entre outros, direcionem esforços para auxiliar as UPs no levantamento da capacidade instalada e série histórica de produção dessas unidades.

Por fim, ressalta-se que a sugestão acima não se apoia apenas em virtude cogestão, mas também nos fatos apurados junto à Unidade de Planejamento, os quais apontam que, atualmente, nem todos os serviços do HU-UFGD estão articulados em Unidades de Produção, bem como as que se encontram constituídas são de origem recente. Portanto, diante desse cenário, reitera-se a necessidade de interação entre essas instâncias.

4.2.4 Unidades de Produção: elaboração, encaminhamento e negociação das propostas de produção à Gestão Central

À *priori*, é preciso entender que apesar de o CIG ser firmado entre a gestão central e as unidades de produção, além de a elaboração e o encaminhamento de propostas se configurarem como uma etapa obrigatória no processo de implantação dessa ferramenta, salienta-se que, atualmente, o encetamento desta fase processual se condicionaria à existência de uma contratualização externa ou início dos procedimentos de negociação de metas e compromissos do contrato SUS.

Novamente, a lógica retratada acima nasce frente a derivação do CIG a partir do contrato SUS, a qual estabelece a interdependência entre esses instrumentos. Portanto, uma vez que o gestor municipal de saúde já tenha estabelecido ou encaminhe as estimativas das demandas das ações e serviços de saúde que almeja por contratar, competirá aos gestores do HU-UFGD transladá-las às UPs para que essas elaborem suas propostas.

Quando cientes das matrizes de metas e compromissos elencadas pelo gestor municipal, referenciado por estas, as UPs darão início a construção de suas propostas de plano de desempenho. Esta etapa tem como objetivos formalizar os levantamentos realizados nas etapas anteriores, bem como as ideias dos colaboradores da equipe que motivarem o conteúdo das mesmas, cabendo ao coordenador da UP conduzir os procedimentos que se realizarão durante esta fase.

Nesse contexto, a primeira medida aconselhada à UP é realização de uma análise pormenorizada das metas e compromissos que se almejam por firmar ou já estejam ajustadas no Contrato SUS. A implementação dessa análise viabilizará a identificação daquelas ações e serviços de saúde que estão sob sua a competência de execução, bem como dos indicadores que servirão de unidade de medida e que serão utilizadas para monitorar e avaliar a qualidade das atividades.

O termo de referência elaborado pela EBSEH ainda aponta duas outras finalidades para essa análise, que são as possibilidades de identificação de ações e serviços de saúde executados pela UP que ainda não são englobados pelo contrato SUS, assim como se há naquele rol proposto pelo contratante alguma atividade que seriam de competência daquela UP, contudo não é mais ofertada pelo hospital. Assente-se com as finalidades explicitadas, pois essas identificações implicariam a reformulação do contrato SUS, que conseqüentemente impactariam o repasse de recursos financeiros.

Tecidas essas considerações, contando com um cenário ideal, que seria o de implantar o CIG no momento de pactuação ou repactuação do contrato com o gestor de saúde, recomenda-se que o HU-UFMG estabeleça um modelo para construção das propostas. A tabela 1 abaixo ilustra essa medida.

Tabela 1 - Modelo para construção das propostas de produção das UPs

Identificação da Unidade de Produção				
Metas Quantitativas				
Descrição	Média da série histórica de produção	Índice da capacidade instalada	Meta mensal de produção	Meta anual de produção
	Ano <i>n-1</i>	Ano <i>n-1</i>	Ano <i>n</i>	Ano <i>n</i>
...
...
...
Metas Qualitativas				
Descrição	Método de aferição	Meta mensal	Meta anual	Pontuação
		Ano <i>n</i>	Ano <i>n</i>	
...
...
...

Fonte: elaboração própria

Nota:

n indica o período de vigência do CIG

Os indicadores de produção, que comporão a proposta da UP, são as unidades de medidas que sinalizarão o cumprimento ou não dos compromissos firmados. Logo, depende-

se a necessidade de se traçar fórmulas para expressão dos valores das metas. Nessa perspectiva, recomenda-se que a gestão central do HU-UFGD padronize fórmulas e repasse-as às suas UPs.

A padronização de fórmulas se justifica, entre outros benefícios, por imprimir aspectos facilitadores no momento da construção e negociação, eliminar a construção de propostas apoiadas em critérios exclusivamente subjetivos, além de auxiliar no atingimento das metas estabelecidas no plano diretor estratégico do hospital.

Para fins de definição das metas quantitativas, aconselha-se desenvolver fórmulas que se traduzam em números absolutos. A título de exemplo desta medida ilustra-se a equação abaixo:

$$MP \geq [(CMP - SHP) \times 0,5] + SHP$$

Quadro 5 - Modelo de equação para elaboração de metas quantitativas

Fonte: elaboração própria.

Legenda:

CMP = capacidade máxima de produção, obtida pela razão de $\left(\frac{SHP}{iCP}\right)$

SHP = série histórica de Produção

MP = meta de produção

iCP = Índice da capacidade de Produção

A tradução dessa equação sinaliza que a gestão central esperará que as unidades de produção formulem propostas que incrementem a produção em ao menos 50% da diferença entre sua capacidade plena de produção e sua série histórica de produção, somado à esta. Manifestamente, enquanto exemplo, a equação acima possui a limitação de ser aplicável apenas àquelas UPs que estão funcionando abaixo de sua plena capacidade, pois as que já apresentem saída real de produção no valor de 100% somente poderia espelhar este valor, com fins de manutenção deste.

Apesar dos aspectos facilitadores na definição das metas que se apoiam em indicadores quantitativos, uma vez que se reduzem a números, os mesmos não se reproduzem quando se deparam com tarefas cuja natureza é qualitativa. Entretanto, embora as metas dessa natureza sejam não-numéricas, sua aferição estará alicerçada em indicadores numéricos, percentuais ou situacionais (BITTAR. 2001).

À vista disso, as metas qualitativas serão mensuradas por indicadores do tipo: taxa, percentual, fato, entre outros (BITTAR, 2001). Semelhantemente, tem-se na tabela abaixo um exemplo de meta qualitativa:

Tabela 2 - Modelo de aferição de participação em grupo de estudos

Identificação da Unidade de Produção					
Tipo de Atividade	Carga Horária Pactuada	Carga Horária Cumprida	Índice de Frequência	Pontuação	Meta
Variável	A	B	C	D	E
Fórmula	A	B	B/A	Se $C \geq 90$ = satisfatório; $70 \leq C < 90$ = desejável; $C < 70$ = insuficiente	$\left[\frac{\sum B}{\sum A} \geq 80\% \right]$ + $D \geq$ desejável
Unidade de Medida	de Horas	Horas	%	Classificação	
Capacitação	50	40	80%	Desejável	
Qualificação da prescrição	30	9	30%	Insuficiente	
Auditoria Clínica	40	36	90%	Satisfatório	
Total	120	85			

Fonte: adaptada de Administração Central do Sistema de Saúde (2017)

De acordo com a tabela acima, os colaboradores de determina UP pactuarão participar de grupos ou cursos de aperfeiçoamento de seus conhecimentos em determinadas áreas, sendo que em cada uma das modalidades esses deverão apresentar desempenho ao menos “desejável”, mas que ainda a razão final entre o somatório cumprido e pactuado desse desempenho represente ao menos 80% da pontuação possível de ser obtida.

Finalizada a etapa de estimativa das metas a serem contratualizadas internamente, as UPs, formalmente, encaminharão suas propostas à gestão central para que se iniciem as rodadas de discussão. Em um primeiro momento, recomenda-se uma reunião envolvendo a equipe da GAS e o coordenador da UP com intuito de analisar as propostas, cabendo àquela julgar se as propostas da UP estão em conformidade e níveis de maximização da capacidade de produção desta.

A autora Rego (2017) destaca que o resultado da negociação serve como fundamentação para a elaboração de um plano de ação. Assim como é necessário traçar um plano de ação em relação ao processo como um todo, uma vez que as UPs tenham suas propostas aprovadas, a elaboração do plano de ação pode muni-las de salvaguardas para minimizar ou eliminar riscos que inviabilizem o adimplemento de suas obrigações perante o contrato.

Outro grande benefício desta etapa do processo, citado pela autora supracitada, reside no fato de que ela cria uma base para negociação externa do Contrato SUS. Este trabalho ratifica essa viabilidade pois enquanto instrumento “acessório” em relação ao Contrato SUS, o

CIG tem o potencial de se não reger, no mínimo influenciar as negociações entre o Hospital e o Gestor Local. Com as informações extraídas durante este procedimento do CIG, o HU-UFGD eliminaria a assimetria de informações que existe entre as partes, de modo a fornecer fundamentos sólidos que justifiquem a necessidade de o gestor local alterar sua demanda a fim de promover o equilíbrio da equação econômico-financeira do contrato entre esses.

Por fim, cabe respaldar a importância de uma medida disposta na legislação e reproduzida no modelo EBSEH. A legislação que trata sobre o contrato SUS e a proposta do modelo EBSEH segmentam as metas em eixos. Desta forma, as metas quantitativas estão segmentadas em componentes pré-fixado e pós-fixado, contando ainda com a subdivisão de média e alta complexidade — ambulatorial e hospitalar. No que tange as metas qualitativas, a divisão se dá em metas do eixo de assistência, de gestão, de ensino e pesquisa e de avaliação.

Diante do exposto, considera-se uma divisão bastante didática e que auxilia não apenas as UPs, mas o próprio hospital enquanto organização a enxergar suas deficiências, se houverem, de modo mais específico, facilitando a implementação de medidas preventivas e corretivas de maneira mais eficiente. Portanto, recomenda-se neste modelo, que sejam adotadas medidas análogas as citadas.

4.2.5 Reajustes e definição das matrizes de desempenho para CIG

A definição das matrizes de desempenho que comporão o CIG somente ocorrerá após a finalização do procedimento de consensualização entre o HU-UFGD e o gestor local sobre as metas e compromissos que serão formalizados na contratualização externa, caso o Contrato SUS já não esteja vigente. Isso se deve porque a demanda do contratante que antes era estimada, agora já se encontra definida, implicando reajustes no CIG, caso seja necessário.

A necessidade de reajustes do CIG poderia induzir a ideia de que a negociação anterior à definição das matrizes de desempenho da contratualização seja desnecessária. Entretanto, tal fato não retira a conveniência e validade da etapa anterior, pois além de se configurar como uma etapa indubitavelmente de gestão participativa, será ela que subsidiará de fundamentos as contrapropostas ofertadas pelo HU-UFGD em relação à demanda do contratante.

Nesse ponto é interessante sugerir uma alternativa em relação à proposta de CIG da EBSEH. Em seu termo de referência, a EBSEH esclarece que caso, no decorrer de vigência do CIG, um novo TFIC seja estabelecido entre o HU-UFGD e o gestor SUS, deverão também ser firmados novos CIG com as UPs.

Além disso, a interpretação da proposta da entidade citada sugere que o processo de revisão do CIG só seria necessário quando houvesse alterações na contratualização externa e desde essas guardassem correlação com o ajustado no CIG. Essa interpretação encontra base na minuta de contrato proposta por essa entidade, que não apresenta cláusulas de reajuste durante a vigência do CIG.

Neste caso, sugere-se trabalhar com o processo de CIG sob um novo prisma. Em primeiro lugar, a legislação brasileira, que rege os contratos da Administração Pública (Lei nº 8.666/93), estabelece que esta deverá expressar em seus contratos cláusulas de reajustes, visando obedecer ao “princípio do equilíbrio econômico-financeiro do contrato”. Observe que nesse sentido, o contrato SUS firmado entre o HU-UFGD e o gestor de saúde do município de Dourados/MS segue essa regra, inserindo cláusulas de “reajustes” quando porventura esses se mostrarem necessários, sendo formalizados mediante Termo Aditivo, em comum acordo entre as partes (contratos administrativos nº 604/2014 e nº 365/2017).

Apesar do princípio citado possuir um direcionamento divergente do que está sendo debatido, a ideia de aplicação é semelhante, ou seja, quando porventura, durante a execução do CIG, concretizarem-se hipóteses que comprometam a exequibilidade das metas e compromissos firmados, desde que em comum acordo entre as partes, esses poderão ser reajustados.

Diante desse cenário, a possibilidade de reajuste dos CIGs não se restringiria apenas a essa fase do seu processo de implantação ou de repactuação, expandindo-se, também, para a fase de execução desses. Logo, o *corpus* contratual do CIG firmado entre a UP e a equipe de gestão do hospital elencaria uma cláusula de reajuste, podendo essa se desdobrar no intuito de delimitar as hipóteses de aplicação dessa cláusula.

Outro argumento que representa claramente a necessidade de se estabelecer cláusulas de reajustes, reside na imprevisibilidade que tangia a Administração Pública. Assim como dissertado na etapa de capacitação dos envolvidos no processo, o HU-UFGD não está imune a situações que fogem ao seu controle, como perdas de funcionários, cortes no orçamento, entre outros, que poderiam afetar diretamente o desempenho de determinada UP.

Por fim, destaca-se que previsto as hipóteses de reajuste, ocorrendo uma nova pactuação entre o HU-UFGD e o gestor de saúde local não implicaria necessariamente a formalização de novos CIGs, vez que poderiam ser acordados a inserção de novos compromissos no contrato interno vigente.

4.2.6 Assinatura e Publicação do CIG

Vencida a etapa de consensualização das matrizes de desempenho que regerão o acordo entre a equipe de gestão e as UPs, o CIG carece de dois requisitos vinculados e imprescindíveis que são a assinatura e a publicação do instrumento, pois em atenção à sua natureza jurídica serão esses procedimentos que determinarão sua vigência e eficácia.

Logo, definidas as atividades que ocorrerão sob a responsabilidade de cada UPs, compete à equipe gestora do hospital estabelecer o período de vigência do CIG. Neste ponto é importante efetuar uma reflexão, não realizada de modo aprofundado até o presente, sobre quem é a figura que representa a equipe gestora responsável pelo CIG. Em resposta a esse questionamento, corrobora-se com o proposto pela EBSEH que identifica, no contexto do HU-UFGD, a Gerência de Atenção à Saúde desempenhando essa função.

Após o HU-UFGD firmar contrato com a EBSEH, foi estabelecido uma nova estrutura organizacional na qual a GAS é a responsável por gerenciar os setores e unidades que prestam os serviços finalísticos ou fornecem apoio a esses. Portanto, ela ocupará o polo ativo contratual. Coerentemente, é possível subentender-se que a GAS atuará nas etapas anteriores e posteriores a esta, fazendo as vezes de equipe gestora.

Feitas essas considerações, segundo a lógica de “derivação”, a orientação prática é que o CIG tenha vigência idêntica ao do DD, no entanto, encontrando-se o documento vencido, sugere-se que o CIG seja estabelecido com duração de 12 (doze) meses e, ainda, caso, no decorrer da vigência do CIG outro contrato SUS seja estabelecido entre o HU-UFGD e o gestor de saúde local, deverá ser firmado novos CIGs com as UPs, orientações ratificadas no TR da EBSEH.

Não obstante a plausibilidade da orientação supra, faz-se um adendo no sentido de analisar um novo prisma para a definição do período de vigência. Em que pese o CIG derive do contrato SUS, não é objetivo de aquele ser um mero “fragmento” deste. Logo, julga-se vantajoso a gestão central, em consenso com as UPs, cogitar padronizar CIGs com vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual período, em face dos fatos e fundamentos expressos a seguir.

Enquanto primeira experiência, o argumento inicial para essa proposição se baliza perante a necessidade haver um período de adaptação da equipe aos funcionamento e propósitos da nova ferramenta. Outrossim, a padronização da vigência de 12 (doze) meses se mostra vantajosa, pois se entende que essa medida dotaria o instrumento de maior confiabilidade e previsibilidade, ensejando estabilidade às ações e serviços realizados pelas UPs.

A necessidade de dotar o CIG de certa “segurança contratual” nasce das experiências pretéritas que o HU-UFGD possui com o contrato SUS. A contratualização externa firmada no ano de 2010 contou com TAs periódicos, a cada 6 (seis) meses. Já o Contrato Administrativo nº 604/2017 teve vigência inferior a 12 (doze) meses, contando com uma repactuação por 6 (seis) meses, de modo que o hospital operou os 21 (vinte e um) meses subsequentes a essa repactuação sem cobertura contratual. Por fim, o contrato SUS vigente foi assinado por 2 (dois) anos e já sofreu duas alterações.

Essa incursão sobre os processos de contratualização no HU-UFGD revela a inconstância nos períodos de vigência tanto do Contrato SUS quanto de seus respectivos DD, representando riscos para o CIG, já que a pactuação ou repactuação desse instrumento não se trata de um processo simples, demandando um volume considerável de recursos humano, tecnológico e financeiro, bem como um lapso temporal considerável para a sua adequada elaboração.

Diante desse contexto e devido à relevância desse instrumento, formalizar CIGs com períodos de vigência muito curto acabará suprimindo o valor das novas práticas, sendo que para se obter resultados escaláveis é importante adotar uma estratégia com entregas baseadas em ações adequadamente planejadas. Em contrapartida, CIGs com vigência demasiadamente longa acaba se mostrando inviável em razão da dinâmica das atividades hospitalares. Portanto, a vigência do contrato se mostra um elemento relevante para a consecução dos resultados esperados

Dessa forma, a proposta deste trabalho entende ser válido estabelecer CIGs com vigência de 12 meses, ao menos a título de experimento, a fim de constatar se esse prazo fenececerá os subsídios necessários para que as estratégias dessa ferramenta sejam satisfatoriamente implementadas, gerando resultados perduráveis.

Nesse ponto poderiam surgir dúvidas sobre possíveis limitações dessa medida, ou seja, como seriam tratadas as hipóteses de nova pactuação externa, alteração das matrizes de desempenho ou extinção do contrato SUS. Nesses casos, considera-se que a proposta de padronização dos prazos de vigência não restará prejudicada.

A priori, os dois primeiros questionamentos talvez sejam os pontos mais sensíveis da proposta. Entretanto, entende-se que essas incertezas não inviabilizam adotar tal medida visto que os CIGs serão elaborados considerando a capacidade plena de produção das UPs ou ao menos próximo dessa realidade. Desta forma, não há como o HU-UFGD firmar novas pactuações ou assentir com reajustes que excedam sua capacidade instalada de produção.

Em vista disso, eventuais reajustes das metas ou nova pactuação poderão determinar novos compromissos desafiadores, mas que jamais ultrapassarão os níveis de exequibilidade. Portanto, esse impasse poderá ser sanado adotando a medida explanada no tópico anterior, ou seja, cláusulas de reajustes.

Por outro lado, caso ocorra a extinção do contrato SUS, ocasionando um período sem cobertura contratual, não há dúvidas de que a vigência do CIG não será afetada. Pois, independentemente de haver um contrato externo formalizado, o HU-UFGD continuará a fazer parte do SUS e a executar serviços públicos de saúde. Logo, salienta-se, conforme expressado anteriormente, que o CIG é um contrato administrativo estabelecido no âmbito público, aplicando-se a ele o princípio da continuidade, não podendo os serviços prestados pelo HU-UFGD serem interrompidos, devendo ter sua continuidade assegurada, portanto o CIG não sofrerá alterações em decorrência dessa ocorrência.

Finalizando as considerações em relação ao período de vigência, há que se considerar que o CIG é reputado como um fenômeno evolutivo da contratualização externa. Portanto, sugere-se considerar que esse instrumento, em um futuro próximo, inverta a lógica da relação que mantém com o Contrato SUS, de modo que este passe a ser orientado por aquele. Assim, a padronização de um período de vigência facilitaria tanto as negociações internas como as externas.

Embora os contratos realizados entre particulares não careçam de publicação para que o instrumento tenha eficácia, no que se refere ao CIG, a publicação do instrumento é um requisito, que juntamente com a assinatura, confere plena eficácia dos atos ou contratos administrativos. Segundo o art. 37, *caput* da CF/1988, cabe à Administração Pública no exercício de seus poderes e desempenho de suas atividades obedecer aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Não obstante interpretação do dispositivo constitucional decrete a necessidade de publicação do CIG, este requisito foi reiterado no inciso II, do art. 8º, do Anexo 2 do Anexo XXIV, da portaria de consolidação nº 2, que trata sobre as diretrizes da contratualização de hospitais no âmbito do SUS, que é de responsabilidade dos hospitais “informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementado dispositivos para o seu fiel cumprimento”.

Conforme destaca a autora Rego (2017), a minuta de contrato assinada é a evidencia formal dos níveis de atividades contratualizadas e dos objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas definidas para o “ano *n*”. Nesse sentido, a autora sustenta que a assinatura do CIG

seja um ato público e divulgado pela comunidade hospitalar a fim de aumentar o nível de compromisso firmado.

Dessa forma, almejando por aumentar o engajamento das equipes, conferir completa transparência ao processo, assim como em obediência aos preceitos normativos, recomenda-se que uma versão digital do CIG seja publicada no canal eletrônico da instituição, que a GAS encaminhe cópia digital para o correio eletrônico institucional de cada membro da equipe de colabores das UPs e, ainda, afixe em um mural cópia física da minuta do contrato interno firmado com as UPs, visto que a assimetria de informações entre os membros da equipe poderia comprometer os resultados esperados.

Por fim, apesar de ser uma prerrogativa da GAS dar publicidade ao instrumento formal de contrato, sugere-se que não seja considerada uma competência exclusiva desse ator, de modo que os coordenadores das UPs também ingressem na responsabilidade de divulgação do instrumento contratual firmado com a gestão central.

4.2.7 Fiscalização, monitoramento e produção de relatórios de desempenho das Unidades de Produção

Uma vez firmado o CIG entre as partes envolvidas seja durante o seu processo de implantação ou repactuação, torna-se necessário que a execução do múnus assumido seja acompanhada e fiscalizada, já que essa medida é:

[..] parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo resultados esperados (BRASIL, 2005, p. 20)

Sem embargos desta fase se concretizar após o CIG já estar vigendo, análogo às fases anteriores, o contrato SUS servirá de referência para definição dos meios e formas de monitoramento e fiscalização do CIG. Todavia, entende-se que as diretrizes estabelecidas na contratualização externa não se tratam de *numerus clausus*¹⁴, podendo ser estabelecido medidas complementares.

Assim, como se pactuou conjuntamente os compromissos, objetivos e matrizes de desempenho do CIG, será necessário, ainda na fase de planejamento, que os atores envolvidos

¹⁴ *Numerus clausus* (lat.) – enumeração cumulativa, fechada, exaustiva (RIO GRANDE DO SUL, 2012, p. 125)

nesse processo celebrem quais diligências de monitorização e fiscalização serão implementadas na execução do CIG, a que ator serão destinadas essas funções e suas responsabilidades.

A Lei nº 8.666/93 se aplica subsidiariamente ao contrato SUS e, conseqüentemente, terá reflexos no CIG. A referida lei regulamenta, nos Arts. 66 e 67, que o contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as legislações aplicáveis, sendo sua execução acompanhada e fiscalizada por um representante da Administração, com fins específicos para isso.

Ademais, o parágrafo primeiro do art. 20, do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2, de 3 de outubro de 2017, traz em sua redação que compete aos hospitais desenvolver estratégias a fim de monitorar o cumprimento dos compromissos e metas firmados, do mesmo modo que a qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instancias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.

Diante da contextualização relada, a análise prévia do último contrato administrativo estabelecidos entre o HU-UFGD e o gestor de saúde, bem como do termo de referência para o CIG elaborado pela EBSEH não se identificou a figura do fiscal de contrato, abrindo espaço para a proposição dessa medida adicional.

Dessa forma, a primeira medida que se notabilizará após a assinatura do CIG será a designação de representantes para fiscalizar cada CIG. Adverte-se que essa designação carece da adoção de procedimento de transparência semelhante ao do momento da assinatura do CIG, ou seja, a equipe gestora do HU-UFGD deverá publicar, nos meios oficiais de comunicação da dessa instituição, os designados para o exercício dessa função.

Nesse sentido, sugere-se que a designação seja de uma equipe de referência para fiscalizar o adimplemento dos compromissos ajustados, sendo esta composta pelo chefe e um número determinado de colaboradores da UP. Contemple que a proposta explicitada diverge do disposto na Lei nº 8.666/93, optando-se por uma equipe de fiscais em vista de o CIG se tratar de uma ferramenta de cogestão estratégica, opondo-se às práticas ineficientes de centralização de decisões e controle.

Com base em Brasil (2005), preconiza-se que competirá à equipe fiscalizadora agir de modo proativo e preventivo, efetuando as diligências necessárias para garantir o fiel cumprimento do avençado com a equipe gestora do hospital. Dentre as atribuições da comissão fiscalizadora, a produção de relatórios é uma das principais.

Conforme destaca o Ministério da Saúde (2012), para uma adequada fiscalização do contrato, é preciso providenciar meios de controle, de modo que os registros semanais, que posteriormente fundamentarão um relatório mensal, é a medida mais corriqueira adotada na

Administração. Portanto, seguindo o narrado, é alvitado que se adote diligências análogas. Logo, a equipe de fiscalização da UP, semanalmente, produzirá relatórios, que ao final do mês serão consolidados em um único documento e discutidos com toda a equipe da UP (Apêndice II), sendo, posteriormente, apresentado à equipe de monitoramento.

Mesmo contando com essa fiscalização, o contrato ainda precisa ser monitorado, porquanto esta etapa é entendida como parte do processo avaliativo do contrato (BRASIL, 2005). Ficará a cargo da GAS exercer a função de monitoramento uma vez que ocupada o polo ativo contratual.

Portanto, com base nos pressupostos de Brasil (2005), a GAS deverá manter-se acessível às equipes das UPs, recolher sistemática e periodicamente informações sobre a evolução do CIG, além de discutir e subsidiar, juntamente com a governança do HU-UFGD, os recursos e condições necessárias para corrigir eventuais erros na execução do CIG. Além dessas responsabilidades, prescrevem-se outras competências como manter sob sua responsabilidade cópias do processo, do CIG — e seus respectivos termos aditivos —, e dos relatórios encaminhados pelas UPs, identificar e emitir relatórios de conformidade ou não com os termos do celebrados e efetuar correções, se necessárias para o fiel cumprimento do contrato.

As competências descritas acima são consideradas como mínimas dessa gerência em relação ao CIG, cabendo serem complementadas diante da necessidade de se acrescer ou suprimir alguma atribuição para que o exercício dessa função se adeque aos objetivos do CIG. Contudo, é preciso abrir-se um parêntese para refletir sobre a periodicidade do monitoramento

Em que pese o acompanhamento deva ser sistemático e periódico, devido ao volume de informações das UPs a serem analisadas, é compreensível que a análise da GAS, em um primeiro momento, divirja do desejável que seria uma análise mensal. E depois, a análise no contrato SUS atual foi firmada para ocorre quadrimestralmente. Então, enquanto proposta, entende-se que a periodicidade de elaboração dos relatórios dessa análise espelhe a do contrato SUS, isto é, que sejam quadrimestrais. Porém, aconselha-se que a GAS siga aprimorando seus processos a ponto de produzir relatórios mensais de monitoramento.

4.2.8 Avaliação e emissão de parecer de desempenho

Conforme destaca a ACSS (2017), a avaliação é a fase crucial que encerra o ciclo de contratualização e momento de prestação de contas e de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes. O documento referenciado ainda coloca que a etapa de avaliação oportuniza

diagnosticar, por intermédio de ferramentas e critérios próprios, o potencial de desenvolvimento das Unidades de Produção, assim como de seus colaboradores.

Apesar de parte da avaliação ocorrer durante toda a vigência do CIG, por meio da fiscalização e monitoramento, é neste momento que será emitido um parecer consolidando o desempenho tanto individual quanto da equipe em relação à suas atividades, às matrizes de desempenho pactuadas e aos resultados obtidos durante a vigência do CIG. E depois, serão os *outcomes* dessa avaliação que definirão a concessão de incentivos ou a aplicação de penalidades.

Na configuração normativa atual, mesmo que o CIG deva reproduzir os indicadores e metodologias que balizam a etapa de avaliação do contrato SUS, não significa dizer que o CIG está limitado apenas a essas medidas de avaliação. Portanto, ainda que seja condicional, orienta-se que essas medidas complementares sejam implementadas sempre que possíveis, pois são formas de aprimorar o desempenho da instituição.

Caso exercida a medida aventada acima, prescreve-se que esses critérios complementares de avaliação não sejam de definidos unilateralmente pela GAS, uma vez que a expectativa é CIG não apenas aprimore os resultados do hospital, mas também colabore com a institucionalização de uma gestão horizontalizada. Logo, propõe-se que sejam realizadas rodadas de negociações entre as UPs e essa gerência a fim de se estabelecer quais seriam esses critérios complementares.

Vencida a etapa de negociação e seguindo a esteira do processo para o devido encerramento da etapa de avaliação, será necessário que a GAS emita pareceres, preferencialmente individuais, sobre o desempenho das unidades de produção. A estrutura desse parecer emitido pela GAS deverá conter um relatório que demonstrando o nível de cumprimento das metas pactuadas, as fundamentações contratuais que ensejem a aplicação de penalidades ou concessão de incentivos e, por fim, a conclusão acerca desta avaliação.

Ainda neste ponto é preciso realizar um adendo à metodologia de avaliação do CIG. O modelo disposto no TR da EBSEH não especifica a forma e valores para mensuração do desempenho. Neste aspecto, resta recomendado que a GAS avalie as metas individualmente, porém que números globais referenciem sua conclusão.

Pormenorizando esta proposta, para fins de identificação de gargalos na realização de ações e serviços de saúde a GAS avaliará de maneira singular de cada compromisso assumido pela UP, porquanto essa diligência auxiliará na elaboração de planos de contingência. Por outro lado, quando almejar por concluir pela a aplicação de penalidades ou concessão de incentivos, mostra-se interessante que a GAS avalie as metas globalmente, ou seja, a razão entre somatório

de desempenho das metas e número de metas deverá estar em conformidade com o percentual mínimo pactuado na fase de negociação do CIG. Portanto, a tabela 3 abaixo exprime parcialmente um modelo que poderá compor o parecer de avaliação da UP.

Tabela 3 - Modelo de relatório de nível de desempenho da Unidade de Produção

Identificação da Unidade de Produção				
Meta Quantitativa				
Descrição da Atividade	Volume Pactuado	Volume Realizado	Desvio	Conclusão
Variável	A	B	C%	D
Fórmula			$\left(\frac{B}{A}\right) \times 100$	$\left(\frac{\Sigma B}{N^{\circ} \text{ de metas}}\right) \geq 80\%$
Média Complexidade Ambulatorial				
Média Complexidade Hospitalar				
Meta Qualitativa				
Descrição da Atividade	Índice Pactuado	Índice Realizado	Desvio	Conclusão
Variável	A	B	C%	E
Fórmula			$\left(\frac{A - B}{A}\right) \times 100$	$\left(\frac{\Sigma B}{N^{\circ} \text{ de metas}}\right) \geq 80\%$
Eixo - Gestão				
Eixo – Ensino e Pesquisa				

Fonte: adaptada de Rego (2017)

Enfim, um sistema de avaliação baseado no desempenho global mantém certa imparcialidade, uma vez que as UPs podem ter desempenho inferior ao ajustado em determinada meta, porém seu desempenho global seja superior ao esperado e vice-versa. Portanto, tentando ser o mais justo possível com os colaboradores, sugere-se que seja adotada a metodologia citada nos relatórios de avaliação.

4.2.9 Aplicação de penalidades ou concessão de incentivos

Ao longo do desenvolvimento restou explicitado que a implementação do CIG no âmbito hospitalar visa ao aprimoramento do desempenho assistencial e da gestão, além de se configurar como uma ferramenta apta a coadjuvar a cogestão. Todavia, também fora

demonstrado que um rol de condições necessárias precisa ser preenchido a fim de que esses resultados sejam tangíveis, sendo as penalidades e os incentivos integrantes desse rol.

De acordo com a ACSS (2019), para produzir seus efeitos, o CIG tem inerente o requisito de incrementar os níveis de exigência e de responsabilização dos atores envolvidos nessa relação. Portanto, caso sejam estabelecidos CIGs com as Unidades de Produção do HU-UFGD que não derivem essas obrigações, esses instrumentos contratuais representariam apenas um mero fracionamento dos compromissos ajustados na contratualização externa.

A contrapartida dessas obrigações adicionais compele que os CIGs tragam em seu bojo um sistema de penalidades e incentivos com o escopo de garantir o comprometimento dos colaboradores não apenas com os níveis de compromissos assentes, mas com os objetivos organizacionais (PEMENTA; ARAUJO, 2007). Partindo desse argumento, é preciso analisar algumas limitações dos CIGs frente a instrumentos contratuais de outras espécies.

A fundamentação de que uma relação contratual institui direitos e obrigações para os sujeitos nela envolvidos, sendo necessário se constituir mecanismos que garantam, ainda que de modo coercitivo, a execução do ajustado, constitui-se, pois, a primeira limitação para o sistema de penalidades e incentivos do CIG. Por se tratar de um contrato administrativo *sui generis*¹⁵, não concretizando uma contraposição de interesses — já que os signatários desses compromissos representam uma mesma pessoa jurídica (DI PIETRO, 2018) —, acaba inibindo o poder sancionador desse instrumento, visto que o hospital punir a si mesmo fere a lógica contratual.

Ademais, a Carta Magna brasileira estipula que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (Art. 5, II). É diante do princípio constitucional da legalidade que o CIG enfrenta a limitação mais expressiva em seu poder sancionador, pois, na contemporaneidade, a ausência de arcabouço normativo e/ou infralegal que trate especificamente desse instrumento afeta diretamente esses arranjos contratuais.

Não obstante as restrições punitivas, os incentivos por intermédio do CIG também são acometidos de limitações. Conforme destacam Pementa e Araujo (2007, p. 8), “reconhecer e recompensar os colaboradores diretos sempre foi um ponto crítico nas relações entre patrões e empregados na história do capitalismo”. Continuam os autores apontando que enquanto empregador atípico, o Estado sofre restrições ainda mais rigorosas para a institucionalização de um sistema de reconhecimento e recompensa devido a vinculações normativas que engessam a atuação da Administração.

¹⁵ *Sui generis* (lat.) – de seu próprio gênero, que não apresenta analogia com nenhuma outra pessoa ou coisa; peculiar, especial (RIO GRANDE DO SUL, 2012, p. 135)

Pementa e Araujo (2007) estudando as teorias de motivações que levam os colaboradores a se manterem comprometidos com as causas organizacionais concluíram que a remuneração é o elemento que faz a diferença nos resultados de uma empresa, uma vez que ela canaliza os esforços dos indivíduos. Diante dessas colocações, portanto, a recompensa pecuniária se configurará com o elemento mais importante em um sistema de incentivos.

Ocorre que o sistema remuneratório da Administração Pública é bastante rígido, esculpindo uma barreira na implementação de tal medida via CIG. Os parágrafos 1º e 4º, do art. 39, da CF/1988, estabelecem requisitos para a fixação dos padrões de vencimentos e dos demais componentes do sistema remuneratório dos integrantes da Administração Pública, vedando a concessão de incentivos ou descontos pecuniários que não se encontrem previstos em lei. Portanto, o ajustamento de uma compensação financeira via CIG, tanto para acrescer quanto diminuir, restará desprezado em vista da carência legislativa que acomete este instrumento.

A realidade relatada poderia minar o propósito de se formalizar contratos internos de gestão, precarizando a efetividade e eficiência desse dispositivo. Todavia, tais questionamento não devem prosperar, pois, preliminarmente, cumpre enfatizar que não é atribuição do CIG regular a relação de trabalho entre o HU-UFGD e seus colaboradores, já que se trata de uma ferramenta de gestão que visa a incrementar esta área e os resultados institucionais.

Por outro lado, ainda que o CIG encontre barreiras na imposição de penalidades e/ou concessão de incentivos, não implica determinar que o dispositivo não comporte formas de instrumentalizar um plano com essas medidas. ou seja, desde que alguns aspectos fundamentais (quadro 6) sejam obedecidos, o CIG poderá contemplar um plano de recompensas ou penalidades.

Plano de penalidades e/ou incentivos
1 – Relacionar diretamente recompensas ou punições ao nível de esforço do colaborador
2 – Os padrões devem ser atingíveis e a organização proporcionar as ferramentas necessárias, os equipamentos e o treinamento
3 – Os padrões utilizados para definição do plano devem ser vistos como justos pelos empregados
4 – A organização e os dirigentes devem se empenhar em fornecer o suporte mais amplo possível ao plano.

Quadro 6 - Aspectos fundamentais do plano de penalidades e/ou incentivos

Fonte: adaptado de Pementa e Araujo (2007)

Antes de pormenorizar essa *condição necessária* do CIG, salienta-se que as medidas do plano que será proposto não possuem efeitos ímpares, ou seja, ou de “premiação” ou de “sanção”, apesar de se apresentar como benefícios. Logo, apesar de sua nomenclatura, será a condição verdadeira ou falsa da proposição — “ter direito a” —. que implicará se as medidas

estarão valorizando ou penalizando uma UP. A cognição mais apurada dessa lógica restará explicitada no desdobrar deste tópico.

Conforme destaca Rego (2017, p. 76), visando a “valorizar a diferenciação, o empenho, o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos” e se reputando infactível planos de incentivos que impliquem compensações financeiras, em face de vedações constitucional e infraconstitucional, a GAS deverá acordar com a instância máxima do HU-UFGD acerca de um sistema alternativo que motive os colaboradores das UPs a não somente aderirem, como também a se engajarem profundamente com os objetivos e compromissos do CIG.

Diante desse cenário, o quadro abaixo apresenta um sistema alternativo com potencial motivador que poderá ser implementado através do CIG:

Descrição das medidas de incentivos
1 – Reconhecimento do mérito de determinada Unidade de Produção, publicamente e inter pares
2 – Priorização na alocação de recursos destinados a reformas, aquisição de equipamentos e materiais permanentes que implique modernização e qualificação do ambiente e dos serviços da Unidade de Produção
3 – Priorização na participação e acesso a cursos de capacitação e pós-graduação
4 – Priorização na alocação de recursos destinados a projetos que visem a promover a pesquisa e inovação tanto da saúde como institucional

Quadro 7 - Plano de incentivos do CIG

Fonte: adaptado de Rego (2017)

O perfil complexo dos colaboradores modernos retrata que seus anseios não se resumem apenas a incentivos pecuniários incidentes em sua remuneração. Desta forma, tem-se que as medidas propostas além de alavancarem os conceitos de justiça e equidade, promovem melhorias no ambiente e nas relações de trabalho, refletindo efetiva satisfação e realização tanto profissional quanto pessoal.

Acredita-se que enquanto estratégia pragmática para reconhecimento daqueles responsáveis pelo aprimoramento dos resultados da instituição, as gestões mais atuais, que se caracterizam como democráticas, devam trabalhar com um plano que se traduzam em possíveis benefícios, visto que o propósito é motivar seus colaboradores.

Portanto, fica a cargo das UPs a responsabilidade em definir a conotação premiativa ou punitiva do plano sugerido, uma vez que seu desempenho determinará essa valoração. Conforme bem destacado por Rego (2017), as medidas acima premiam e reconhecem os esforços daquelas UPs que tiveram um desempenho notável, ao mesmo tempo em que pune e reprime o mau desempenho.

Uma ressalva deve ser realizada em relação ao sistema proposto. Observe que em um plano de meritocracia há o risco de se estabelecer um ambiente de exacerbada competitividade

entre os interpares. Destarte, procura-se diluir esses riscos propondo benefícios de efeitos coletivos ao invés de individuais. Contudo, é importante, também, sobressair que cumpre às lideranças do processo estabelecerem uma comunicação sem ruídos com as UPs e os colaboradores, a fim de conscientizá-los sobre sua importância na engrenagem, deixando bem claro que a priorização para um ambiente de relacionamento horizontalizado ao invés de competitivo.

Por fim, tem-se que o sistema proposto inspira os colaboradores a pesquisarem e inovarem no âmbito da saúde ao reconhece o bom desempenho, assim como estimula as UPs com desempenho inferior ao ajustado a abandonar sua zona de conforto, pois demonstra a elas o nível de compromisso que se era conjecturado. Diante desse cenário, reitera-se a relevância de se observar os aspectos fundamentais durante a elaboração do plano de incentivos, uma vez que o sucesso do plano deriva desses aspectos.

4.2.10 Elaboração da minuta e pactuação do Contrato Interno de Gestão

A incursão realizada até este momento demonstra que o fato de os contratos internos de gestão não possuírem normatização própria e específica não isentam os atores envolvidos nessa relação de cumprirem uma série de requisitos essenciais, de maneira que a linha tênue que assegura a validade desse instrumento apenas será mantida se os mesmos forem estritamente observados.

Em respeito a esses requisitos, cumpre aos atores que coordenarão o processo de pactuação e/ou repactuação do CIG que realize a instrução do processo, ou seja, visando a cumprir determinadas formalidades, deverá ser elaborada uma minuta do termo de acordo. Para entender essa exigência é preciso evocar um conceito convencionado na Lei nº 8.666/93:

Para os fins desta Lei, considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada. (Art. 2º, parágrafo único)

Conforme destaca Sarai (2005), entre os juristas nacionais, a interpretação sistemática do dispositivo acima demonstrar que o direito positivo reputa todos os contratos firmados pela Administração Pública como administrativos. Partindo desse prisma, além das diretrizes fundamentais para a Administração pública — esculpidas no art. 37 da CF/1988 —, aplica-se,

supletivamente, ao CIG os princípios basilares dispostos na Lei nº 8.666/93, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições do direito privado (Art. 54, *caput*, Lei nº 8.666/93).

Diante desse contexto, um primeiro aspecto a ser destacado na elaboração da minuta de contrato do CIG é o contido no novo Código Civil. Esta normativa estipula que o negócio jurídico requer “agente capaz, objeto lícito, possível, determinado ou determinável e forma prescrita ou não defesa em lei” (Art. 104). Igualmente, o art. 107 determina que “a validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir”. Em regra, os contratos firmados por particulares podem ser escritos ou verbais, dispensando demasiadas formalidades para que esse instrumento possua validade.

Em razão de princípios constitucionais, como o da legalidade e publicidade, a lógica contratual para a Administração Pública diverge do particular, devendo os contratos públicos serem formais e escritos (Art. 60, parágrafo único da Lei nº 8.666/93). Portanto, ainda que o CIG seja uma forma de contratualização administrativa “*sui generis*” da Administração, esses requisitos precisam ser observados não apenas para torná-lo válido, mas inclusive para salvaguardar o fiel cumprimento do que será pactuado entre as partes e, assim, o instrumento cumpra com seu escopo.

Realizado um apanhado e as devidas adaptações das normas supracitadas, o quadro abaixo elenca alguns elementos que se julgam essenciais constarem na minuta do CIG:

Descrição dos elementos essenciais
1 – A qualificação das partes
2 – As considerações iniciais
3 – O ato oficial que autorizou a lavratura do CIG
4 – Objeto e seus elementos característicos;
5 – Os direitos e deveres de cada uma das partes
6 – Os prazos, formas e critérios de realização do monitoramento, da fiscalização e da avaliação do desempenho, bem como emissão dos relatórios e pareceres inerentes a essas medidas
7 – As condições, os critérios e a periodicidade do reajustamento contratual
8 – O plano de incentivos
9 – Os prazos de início e termino da vigência do contrato

Quadro 8 - Elementos e cláusulas essenciais para a elaboração do CIG

Fonte: elaborado pelo autor com base no Art. 55 da Lei nº 8.666/93

Com base no quadro acima, os responsáveis pela formalização deverão, no preâmbulo do CIG, qualificar as partes envolvidas, podendo ser atribuído termos específicos para designarem cada uma das partes (contratante/contratado). Ainda no preâmbulo, compete ser detalhado de modo preciso e resumido as razões e interesses que impeliram a contratualização interna, assim como o ato autorizativo viabilizador da lavratura do CIG.

A cláusula que trata do objeto deverá conter, com a maior riqueza possível de detalhes, as ações e os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares que serão realizadas pela UP. Em regra, os contratos são geradores de direitos e deveres. Dessa forma, é desses efeitos que nasce a indispensabilidade do detalhamento minucioso do objeto do contrato, evitando gerar futuros conflitos acerca de direitos e deveres que não foram previamente pactuados.

Seguindo nessa esteira, adentra-se o segmento do *corpus* contratual que elencará os direitos e deveres, as metas e compromissos ajustados, assim como os prazos, formas e critérios que balizarão o monitoramento, a fiscalização e a avaliação de desempenho das UPs. Os dois últimos pontos poderão ser trabalhados na mesma seção, colocando-se em anexo a metodologia aplicável para apuração dos resultados. Já os direitos e deveres deverão vir em seção própria e, preferencialmente, subdivididos (contratante/contratada).

Assim como as anteriores, as cláusulas que versem sobre esses assuntos devem ser redigidas em português claro e simples, visando a facilitar o entendimento dos colaboradores a quem essas se destinam. A proposta aventada não dá brechas para que se formulem cláusulas vagas ou incompletas.

Em relação ao monitoramento, fiscalização e avaliação de desempenho, entende-se que a minuta contratual deva definir o prazo para a criação das comissões de acompanhamento e a instituição dos fiscais, assim como o modo que se dará a publicidade desses atos, porém recomenda que sejam elaborados regimentos internos apartados, que decretarão as diretrizes gerais e específicas que balizarão o adequado funcionamento e atuação dessas comissões e fiscais.

A EBSEH disponibilizou a todos os integrantes da rede um documento que fornece orientações gerais acerca da criação e elaboração de regimento interno para comissões de acompanhamento e fiscalização. Logo, entende-se que não há necessidade de o CIG replicar esses temas, corrobora-se com a proposta da EBSEH que a medida explanada qualificará melhor o processo de monitoramento, avaliação e fiscalização do CIG (EBSEH, 2017)

Embora não tratado anteriormente, é importante que o CIG seja estruturado em seções, atribuindo-se a esses títulos que determinem o assunto abordado, além de numerar todas as cláusulas constantes no termo formal. Ainda que se trate de medidas simples, são medidas como essas e as demais trabalhadas que auxiliam a eliminar as lacunas interpretativas.

O modelo proposto apresentará uma seção onde serão dispostas situações de inadimplemento ou de adimplemento em desconformidade com o ajustado, ou seja, ensejadoras de reajustamento do CIG. Essas cláusulas descreverão de forma concisa e completa as respostas

ou ações que deverão ser adotadas e quando e por quanto tempo essas medidas serão implementadas frente as situações citadas.

O plano de incentivos poderá vir anexo à minuta do CIG. Entretanto, não há dúvidas de que a regulamentação acerca desse deverá estar clausulada no documento principal. Nesta seção estarão presentes os requisitos mínimos acordados entre as partes para que as UPs façam jus ou não aos benefícios ao término do contrato.

A elaboração da minuta contratual ainda carece de uma cláusula que estabeleça o período de vigência da mesma, a assinatura das partes, assim como a data e local em que o instrumento está sendo formalizado. Os contratos, usualmente, são assinados pelas partes e ao menos duas testemunhas. No caso do CIG, assente-se com o entendimento da EBSEH que esse instrumento deverá ser assinado pela GAS e o coordenador da Unidade de Produção, contando como testemunhas, preferencialmente, colaboradores que atuam na UP que está celebrando o CIG, valendo lembrar que o número de testemunhas poderá ser superior ao citado.

É preciso ressaltar que devido às suas características o CIG não conterá as denominadas cláusulas exorbitantes. O princípio da “supremacia do interesse público sobre o privado” concede à Administração Pública prerrogativas, como a aplicação de sanções, extinguir, anular ou rescindir unilateralmente o contrato, que o colocam em posição superior ao polo oposto.

Primeiramente, o CIG não apresenta em seu bojo uma oposição de interesses. E por outro lado, visando a democratizar, ainda mais, a gestão do HU-UFGD, através da horizontalização na tomada de decisões, bem como aprimorar seus resultados, não é harmonioso compactuar com a institucionalização de instrumento que retomaria as velhas práticas administrativas. Desta forma, a inclusão de cláusulas nesse sentido não apresenta congruência com o escopo dessa ferramenta.

Por fim, elenca-se uma proposta que julgamos ser a primordial para diversificar este modelo dos demais referenciados, que é o compartilhamento da responsabilidade civil contratual. Conforme explicitado ao longo do desenvolvimento, na seara do Direito, as análises envolvendo os CIG são sobrecarregadas de controvérsias, principalmente quando debatida a sua natureza jurídica. Por outro lado, esse instrumento contratual indubitavelmente traduz um acordo de vontade entre as partes envolvidas, sendo que cada qual tentará realizar alguma pretensão própria.

Independentemente de o CIG ser um contrato administrativo, aplica-se a esse instrumento os preceitos instituídos nos textos constitucional e do novo Código Civil. Logo, não havendo vedações legais e defeitos no negócio jurídico, o princípio do *pacta sunt*

*servanda*¹⁶ deverá ser observado por essa espécie *sui generis* contratual. A implicação imediata deste princípio é que o contrato “faz lei entre as partes”, devendo as partes contratantes envidarem o máximo de esforços a fim de que os compromissos firmados sejam cumpridos a qualquer custo, salvo hipóteses de caso fortuito ou de força maior.

Atualmente, a força obrigatória contratual foi parcialmente mitigada, pois ao se interpretar um contrato, o julgador deverá efetuar uma análise que vai desde a fase “pré” até a “pós” processual, verificando se os envolvidos no processo procederam em conformidade com lealdade, a ética, a colaboração mútua, em consonância com os bons costumes e fundados na confiança recíproca (GERALDO, 2016). Esse cenário descreve a obrigação de aplicar os princípios da função social do contrato e da boa-fé objetiva¹⁷ nos momentos de negociação, formalização e execução dos compromissos pactuados.

A conjunção dos princípios supramencionados norteia a proposta de um compartilhamento de responsabilização. Analisando o contexto do HU-UFGD, o CIG oficializará a manifestação volitiva de vontade das partes contratantes, ou melhor, o acordado entre a gestão central e as unidades de produção. Dessa forma, ainda que esse instrumento sofra com a exiguidade legislativa, a obediência aos princípios enumerados acima suprirá as lacunas que inviabilizariam essa proposta.

Implementar uma ferramenta de gestão que visa à horizontalização das relações implica necessariamente não apenas a democratização nas tomadas de decisões, como também o compartilhamento da responsabilização, caso contrário o sentido de implantação dessa ferramenta restaria prejudicado, uma vez que todo contrato precisa externar certa validade e, sobretudo, demasiada relevância.

Conforme apresentado no desenvolvimento deste trabalho, a legislação atual trata o CIG como um instrumento acessório à contratualização externa. Portanto, partindo dessa concepção, estabelecer um CIG desprovido de mecanismos que validem a concessão de direitos ou o condicionamento a obrigações acarretará que esse instrumento serviria apenas para fragmentar o “contrato principal”.

Portanto, enquanto proposta, entende-se que uma seção ou cláusula do contrato exógeno deverá versar especificamente sobre os Contratos Internos de Gestão. Nesta restará estipulado que o contrato poderá ser executado no todo ou em parte (através da contratualização interna) pelo o HU-UFGD. Dessa forma, optando-se pela execução através dos CIG, entende-se que

¹⁶ Princípio da “força obrigatória dos contratos”.

¹⁷ Arts. 421 e 422, do Código Civil de 2002.

será pertinente que o gestor municipal de saúde seja chamado a integrar o polo contratante do CIG ou ao menos como anuente dessa contratação interna.

A adoção de uma medida nesses moldes garantirá maior segurança jurídica para a contratualização exógena, uma vez que os colaboradores responderiam solidariamente pela consecução desta. Ademais, esse mecanismo mitigaria que o CIG dependesse de critérios subjetivos, como o engajamento e participação proativa, para assegurar o cumprimento de suas finalidades.

Enfim, nesse contexto, é certo que representação da máquina público é dada através da soma de todos os seus colaboradores. Assim, estabelecer um CIG que preze pelo compartilhamento da responsabilização, contribuirá para que o dever institucional, social e moral de atender fielmente o interesse público não se restrinja apenas à figura do ente hospitalar estudado, passando-se a exigir que os agentes públicos integrantes do HU-UFGD estejam, mais do que nunca, comprometidos na persecução de sua missão institucional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A década de 1990, no Brasil, marca a introdução da Nova Gestão Pública como forma de modernizar o aparato estatal, principalmente as relações internas e externas estabelecidas pela Administração Pública. Dentre as várias iniciativas implementadas à época, destaca-se a utilização de arranjos contratuais visando a conceder maior autonomia administrativa e gerencial às entidades públicas mediante o estabelecimento de metas de desempenho e instrumentos de controle (*accountability*).

No contexto da saúde pública, os níveis subnacionais foram os primeiros a introduzirem a contratualização como uma ferramenta de melhoria não apenas de flexibilização, planejamento e controle, como também de qualidade das ações e serviços de saúde. Seguindo essa tendência, o governo federal foi impelido a fomentar a utilização da contratualização a nível nacional, sendo o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no âmbito do SUS o marco inicial dessa tendência na esfera federal.

A natureza dinâmica dos serviços públicos, responsáveis pelas constantes transformações que acometem a Administração Pública, demanda que se estabeleça um movimento contínuo e estável de aperfeiçoamento dos métodos e das ferramentas de gestão. Dessa forma, é diante da grande importância desse movimento que se tem construído novas perspectivas para a contratualização.

Em vista de o HU-UFGD contratualizar com o gestor municipal de saúde desde o ano de 2010, o presente estudo buscou identificar espaços na contratualização a fim de apontar qual medida estratégica poderia ser implementada visando a promover, concomitantemente, o aperfeiçoamento dos processos de contratualização e dos resultados externados por essa instituição.

A partir da constituição da situação problema foi possível vislumbrar nos Contratos Internos de Gestão os requisitos necessários para suplantar os desafios impostos pela dinâmica do horizonte hospitalar, cumprindo esta ferramenta com os fins a que se destina o estudo em tela, uma vez que ela tem o potencial de promover a utilização mais racional dos recursos financeiros e humanos, além de corroborar com a reformulação na tomada de decisão e das relações entre os atores envolvidos ou responsáveis pela realização das ações e serviços de saúde ofertada pela instituição analisada.

Embora os hospitais conveniados à rede EBSEH, como o HU-UFGD, tenham acesso a um termo de referência que trace diretrizes gerais acerca do CIG, este trabalho procurou fornecer não só uma percepção alternativa, assim como atribuir uma valorização singularizada

a essa ferramenta. Ademais, limitações como a falta de legislação específica e abrangente sobre o tema em questão, entre outras, impuseram a necessidade de se detalhar minuciosamente o processo de implantação e/ou repactuação dessa ferramenta, uma vez que se trata de uma prática totalmente inovadora no âmbito da instituição pesquisada.

À *priori*, o desenvolvimento desta dissertação permitiu identificar que o engajamento e a participação ativa de todos atores envolvidos no processo de contratualização do CIG são fatores primordiais para o sucesso e alcance dos resultados almejados com a adoção dessa ferramenta de gestão. Todavia, tratam-se de critérios bastante sensíveis, de sorte que respaldar a implementação de uma ferramenta complexa como o CIG unicamente em critérios de natureza subjetiva representaria um alto risco para a instituição.

Assim, o principal objetivo deste trabalho foi propor um modelo de CIG que trabalhasse com requisitos, como a capacitação profissional, mapeamento do processo, cronograma, padronização na elaboração de propostas, cláusulas de reajuste, nomeação de fiscal do contrato e divisão da responsabilidade civil contratual, que apesar de complementares acredita-se dotarem a implantação e/ou repactuação dessa ferramenta de maior legitimidade e segurança jurídica, bem como guarnecer os atores envolvidos nesse processo de maior capacidade técnica.

Um aspecto interessante do modelo proposto é que este fortalece tanto a gestão central do HU-UFGD quanto a gestão do contratante externo, uma vez que essas instâncias passam a contar com maiores e melhores mecanismos de controle, monitoramento e avaliação sobre o planejamento e cumprimento das ações e serviços de saúde pactuados na contratualização exógena.

Outro aspecto a ressaltar está relacionado às práticas modernas de gestão que se fundamentam a horizontalização das relações e tomada de decisão. O modelo gerencial surge para substituir os paradigmas da Administração Burocrática, ou seja, ao mesmo tempo em que descentraliza e restringe os níveis hierárquicos, a Administração contemporânea procura robustecer a interação entre os diversos atores no âmbito público. Dessa forma, o modelo proposto reforça os valores e princípios assumidos pelo HU-UFGD, visto que o mesmo é construído de modo a reunir a experiência e o conhecimento de todos os indivíduos envolvidos, estimulando o aprimoramento de competências e entregando valores mais expressivos para a sociedade

Ademais, o grande diferencial da proposta reside no compartilhamento de responsabilidade. Conforme relatado no decorrer da dissertação, em virtude de sua natureza jurídica os Contratos Internos de Gestão possuem limitações que poderiam minar as justificativas de sua implantação. Logo, construir um CIG de modo que não somente as tomadas

de decisões que reflitam na contratualização exógena sejam compartilhadas, mas que os colabores respondam solidariamente pelas responsabilidades pactuados com o gestor municipal de saúde, representando um passo fundamental para inovar no quesito de cogestão aplicada à seara pública.

Por fim, o que foi estudado e exposto ao longo do trabalho resultou no modelo proposto que procura trabalhar as entrelinhas do processo de contratualização interno, não restando dúvidas de que este estudo tem potencial de contribuir com a melhoria dos processos de contratualização e de desempenho das organizações hospitalares que adotarem essa ferramenta de gestão. Entretanto, é certo que enquanto primeira experiência o modelo pode apresentar gaps, além de quando se trata de modelos e ferramentas de gestão não há um único caminho a ser trilhado.

Portanto, requer-se que futuros estudos comparado sejam realizados levando em consideração as diversas experiências que serão obtidas a partir dos processos de contratualização internos realizados no âmbito do HU-UFGD ou, então, comparando os resultados dos diversos hospitais integrantes da rede EBSEH, quando o projeto desenvolvimento por essa entidade for concluído e essa ferramenta estiver devidamente implantada e funcionando. Dessa forma, uma análise sistemática desses estudos poderá apontar aprimoramentos nessa ferramenta de modo manter o ciclo evolutivo da Administração Pública.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. **O impacto gerencial na Administração Pública**: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Cadernos ENAP, n. 10, Brasília, 1997.

_____. **Trajetória recente da gestão pública brasileira**: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 67- 86, 2007.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS (Portugal). **Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2017**. Disponível em: <<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao-CSP-2017-VF.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

_____. **Termo de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019**. Disponível em: < <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/Termos-Referencia-Contratualizacao-2019.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

ALCOFORADO, F. C. G. Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santiago, Chile, 2005.

ALVES, A. S. D. **Responsabilidade e Governação na moderna gestão hospitalar**. 447f. Tese de doutorado. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Portugal, 2011.

AZEVEDO, J. M. R. **A contratualização no âmbito da gestão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**: análise do período de 2001 a 2013. 268f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

BAPTISTA, T. W. F. **História das políticas de saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, Gustavo Correa; Pontes, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 3, Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, R. T. **Empresa brasileira de serviços hospitalares**: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. 157f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório Final). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: ago. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos**

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

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

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: MARE, 1995

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS,** de 27 de maio de 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.702/GM,** de 17 de agosto de 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3. ed – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. **Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF,** dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH); e dá outras providências.** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Dimensionamento dos serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa do Hospital Universitário de Dourados.** Brasília: DAS, 2013.

_____. Tribunal de Contas da União. **Convênios e outros repasses /** Tribunal de Contas da União. – 4.ed. – Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo, 2013b

_____. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013b.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da

Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: out. 2018.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013c**.

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: out. 2018.

_____. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 289/2017 – TCU – Plenário**. Disponível em:

<<https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=12128703&codPapelTramitavel=56685661>>. Acesso em: nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Contratualização**. Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/contratualizacao>>. Acesso em: ago. 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma gerencial do Estado de 1995**. Revista do Serviço Público. Rio de Janeiro, v. 50, p. 7-26, out./dez. 2000.

_____. **Reforma gerencial e legitimação do estado social**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, fev. 2017.

BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R.; JUNIOR, L. C. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**. Revista de Administração em Saúde, v. 13, n. 50, p. 7–22, 2011.

CALDAS, A. M. C. **Potencialidades e Limites da Inserção do Processo de Contratualização como Instrumento de Planejamento e Gestão das Organizações de Saúde**. 99f. Dissertação (Mestrado em Gestão), Instituto Superior de Gestão, Lisboa, 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CORREIA, A. D. M. S. et al. (Org.). **Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. 190 p. v.2, unidade 1, módulo 3, p.24-100, módulo 4, p. 104-190. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2).

DASSO JUNIOR, A. É. **Nova Gestão Pública (NGP): a teoria de administração pública do Estado Ultraliberal**. XXIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito no Brasil (CONPEDI), Florianópolis, SC, v. 30, 2014.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 31ª ed. São Paulo: Forense, 2018.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro**. Vol. 3. São Paulo: Saraiva, 2008.

DOURADO, D. A. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 182f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010.

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

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

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. **Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 3, n. 6, p. 53-78, 1988.

EL-WARRAK, L.O. **A contratualização no âmbito da gestão pública da saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro**. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar: Termos de Referência das Ferramentas de Gestão**. Brasília: DAS, 2017.

_____. **Missão, visão e valores**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/missao-visao-e-valores>>. Acesso em: dez. 2018a.

_____. **Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/2761356/BOOK+MGAH/f778a578-9c4e-4674-a787-f19b4a97b9a8?version=1.0>>. Acesso em: dez. 2018b.

_____. **Organograma: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16692/383485/ORGANOGRAMA_03-12-2018.pdf/639abf78-e3a9-421e-be94-7e9b645df4b7>. Acesso em: dez. 2018c.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). **Destaques ENSP, dia 12/11/2007**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/noticia/index.php?id=6995&saibamais=21143&texto=medio>>. Acesso em: nov. 2018.

SCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

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

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R.; MATOS, T. **A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.9, p. 41-47, Lisboa, 2010.

FAGANELLO, C. P. **Balço do Gerencialismo**: Análise da influência do modelo de administração pública gerencial no período de 1995 a 2017 no Brasil. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Porto Alegre, RS, 2017.

FALLETI, T. G. **Infiltrando o Estado**: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. ANGELUCI, A. C. B. (trad.). *Estud. Social*, Araraquara, v.15. n.28, p.345-368, 2010.

FARENZENA, N. Controle institucional em políticas federais de educação básica no Brasil. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação-Periódico científico editado pela ANPAE*, v. 26, n. 2, 2010.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. **O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**: uma inovação gerencial recente. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, 2009.

FERRO, M. R.; CARVALHO, A. C. **Administração contratual, nova contratualidade administrativo e contratos de parcerias**: breves considerações acerca de alguns conceitos que integram uma nova terminologia trazida pela doutrina administrativa contemporânea. *REDESG*, v.4, n.1, p.149-169, Santa Maria, RS, 2015.

FIGUEIREDO NETO, M. V. et al. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em ago. 2018.

FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. **Pesquisa aplicada**: conceitos e abordagens. Anuário de Pesquisa. FGV Pesquisas, 2017.

GERALDO, D. **O Pacta Sunt Servanda nos contratos hodiernos**. Disponível em: <<https://dioneigeraldo.jusbrasil.com.br/artigos/315608453/o-pacta-sunt-servanda-nos-contratos-hodiernos?ref=serp>>. Acesso em: fev. 2019.

GOMES, O. **Contratos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: uma avaliação do Sistema Único de Saúde. In: *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde*, 2013.

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

HENRIQUES, J. **Gestão por resultados e contratualização de serviços**: a experiência de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/gestao-por-resultados-e-contratualizacao-de-servicos-a-experiencia-de-minas-gerais/59742/>>. Acesso em: set. 2018.

HOOD, Christopher. **Public management for all seasons?**. In: *Public Administration*, London, v.69, n. 1, p. 3-19, 1991.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Fundação Universidade Federal da Grande Dourados. **Comissões, Comitês, Núcleos e Equipes**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/ccne/comissoes>>. Acesso em: dez. 2018.

_____. **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU / UFGD / EBSEH**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16692/589819/PDE-HU_vers%C3%A3o_corrigida2.pdf/29d16909-600f-4000-abe2-9fc01dcbc34e>. Acesso em: jul. 2018b.

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

LIMA, S. M. L. **Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais**: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. 316f. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

LOBO, M. C. et al. **Normas urbanísticas – princípios e conceitos fundamentais**. Vol. I. 2ª edição. Lisbon, Direcção Geral do Ordenamento do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano e Universidade Técnica de Lisboa, 1995.

MANZINI, E. J. **Entrevista semiestruturada**: análise de objetivos e de roteiros. Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, v. 2, p. 10, 2004.

MARQUES, I. P. **O processo de contratualização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no contexto do Sistema Único de Saúde**. 136f. Dissertação (mestrado acadêmico), Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

MATOS, T. T. et al. **Contratualização interna vs. contratualização externa**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 9, 161-180, 2010.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo**: Oposição ou Complementaridade?. Cad. Saúde Públ., vol. 9, n. 3., p. 237-248. Rio de Janeiro, 1993.

NEVES, C. A. **Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS**: uma avaliação dos eixos de assistência, gestão e financiamento. 159f. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Lavras, 2017.

OLIVEIRA, R. C. R. Curso de Direito Administrativo. 6ª Ed. São Paulo: Método. 2018.

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. **Concepções de validade em pesquisas qualitativas**. Educação e Pesquisa, v. 38, n. 1, p.229-241. São Paulo, 2012.

PACHECO, R. S. **Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público.** In: *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. 11. *Anales*. Ciudad de Guatemala, nov. 2006.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 300p. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** *Lancet (London, England)*, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011.

PEMENTA, A.; ARAÚJO, R. C. A. **Reconhecimento e recompensas no TCU.** 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Gestão de Pessoas) – FIA – Fundação Instituto de Administração, Brasília, 2007.

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

PESSOA, C. M. **Cultura Organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um Hospital Universitário com a EBSEH.** 78f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública. Natal, RN, 2018.

REGO, P. M. N. **Modelo de contratualização interna para o centro hospitalar do Algarve, EPE.** 101f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) – Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** RICHARDSON et al. (colab.). 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Manual de linguagem jurídico-judiciária** / Departamento de Taquigrafia e Estenotipia. – 6. ed. – Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas, 2012. 198 p.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo.** *Rev. Adm. Empresa*. São Paulo, v. 48, n. 3, p 64-80, mar. 2008.

SANTOS, A. C.; JÚNIOR, L. B. O. **Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva.** *HU Revista*, Juiz de Fora, v.42, n.1, p.43-51, jan./jun. 2016.

SANTOS, B. S. S.; PINTO, I. C. M. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: com(di)vergências entre nomas, Conferências e estratégias do Executivo Federa.** *Rev. Saúde Debate*, v. 41, n. especial 3, p. 99-113, Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. **Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, supl.1, p. 615-26, 2009.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SILVA, A. X. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade**: resistência ou consenso. Rev. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SILVA, E. P. S.; COSTA, P. S. **Análise de custos sob a visão da gestão estratégica**: estudo de caso aplicado a hospitais universitários. X Congresso Brasileiro de Custos. Guarapari, ES, 2003.

SOUSA, M. F. **A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema único de Saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 11-16, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia de pesquisa-ação**. São Paulo: Saraiva, 2009.

TORO, I. F. C. **O papel dos Hospitais Universitários no SUS**: avanços e retrocessos. Serviço Social e Saúde, vol. 4, n. 1, p. 55-60. 2005

TORRES, M. D. F. **Agências, Contratos e OSCIPS**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

VARGAS, A. **Anotações sobre o contrato de gestão**. Revista Debates GV Saúde, v. 1, p.32-36, 2006.

VENOSA, S. S. **Direito civil**: parte geral. Coleção direito civil; v. 1, 13. Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

WAILLA, L. A. **A saúde no Brasil e o sistema único de saúde (SUS)**: uma história de conquistas e desafios. 133f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Direito. Rio Grande, 2017

WINTER, G. *A comparative discussion of the notion of 'validity' in qualitative and quantitative research*. *The qualitative report*, v. 4, n. 3, p. 1-14, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 2ª ed. São Paulo: Bookman, 2001.

ZERMIANI, T. C. **Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde**: a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-PR. 155f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Curitiba, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I – EMENTA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM CONTRATO INTERNO DE GESTÃO

	
Modalidade	Autoinstrucional (EAD)
Carga Horária	50 horas
Pré-requisitos:	
Não há.	
Público-Alvo:	
Servidores Públicos em Geral.	
Objetivo:	
Espera-se que após a conclusão deste curso, os cursistas compreendam o processo de contratualização externa e interna, além de aptos a participarem na implantação e/ou repactuação e execução dos Contratos Internos de Gestão, bem como familiarizados com as legislações atinentes a essa ferramenta.	
Conteúdo programático:	
<ul style="list-style-type: none"> • Reforma na Administração Pública; • Hospitais Universitários no contexto do SUS; • Contratos: origens, princípios e conceitos; • Contratualização no âmbito da Saúde: origens, princípios e conceitos. • Contratos Internos de Gestão <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceito ○ Legislação Aplicável ○ Indicadores de qualidade e quantidade em saúde ○ Fiscalização, Monitoramento e Avaliação ○ Comissão de Acompanhamento ○ Elaboração de minuta contratual 	
Avaliação:	
Cada módulo do curso será avaliado através da realização de 5 questionário, valendo 15 pontos, sendo aplicada uma Avaliação abarcando todo o conteúdo programático, valendo 25 pontos.	

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS

Organização	Categorias / Variáveis	Questões
Contratualização externa – HU-UFGD e Gestor Municipal de Saúde	Perfil Profissional	<ul style="list-style-type: none"> Qual o grau de instrução e formação? Há quanto tempo exerce o cargo?
	Informações Gerais	<ul style="list-style-type: none"> É feito um planejamento das atividades anteriormente à celebração da contratualização externa? () Não () Sim Por quê? Como você definiria este programa?
	Negociação	<ul style="list-style-type: none"> É monitorado o vencimento e/ou a necessidade de repactuação da contratualização? () Não () Sim Os deveres e direitos estabelecidos são negociados, negociados parcialmente ou impostos? Explique. As metas e indicadores estipulados na contratualização são negociadas internamente? () Não () Sim
	Formalização	<ul style="list-style-type: none"> Como é o processo de elaboração do Instrumento Formal de Contratualização? Houve alteração ou renovação do Documento Descritivo? () Não () Sim Por quê?
	Monitorização e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Há um processo de discussão ou divulgação do Documento Descritivo com as unidades que irão realizar as ações ou serviços estabelecidos na contratualização? () Não () Sim Por quê? São elaborados relatórios periódicos de avaliação das metas e compromissos estabelecidos na contratualização? () Não () Sim Qual periodicidade? É realizado regularmente avaliação e satisfação dos usuários? () Não () Sim O Hospital já deixou de cumprir com alguma meta ou compromisso estabelecidos na Contratualização? () Não () Sim
	Dificuldades, Aspectos Facilitadores e Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> Quais as principais dificuldades identificadas no processo de contratualização? Quais os principais aspectos facilitadores identificados no processo de contratualização? Quais os principais benefícios advindos com a celebração contratualização?
Contratualização interna – HU-UFGD	Dificuldades, Aspectos Facilitadores e Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> Quais as principais dificuldades identificadas para a implementação da contratualização interna na instituição? Quais os principais aspectos facilitadores identificados para a implementação da contratualização interna na instituição? Quais os principais benefícios advindos com a implementação da contratualização interna na instituição??

ANEXO II – MINUTA CONTRATO INTERNO DE GESTÃO



Anexo I - Minuta Contrato Interno de Gestão

CONTRATO INTERNO DE GESTÃO

Nº ____/2018

Contrato que entre si celebram a **Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do Hospital XXXXXX** da Universidade Federal XXXXX e a **Unidade de Produção (UP) XXXXXX** visando a reafirmação dos compromissos previstos no **Contrato SUS Nº XXXXX/Ano** e **Documento Descritivo** para o cumprimento das metas contratualizadas.

A Gerência de Atenção à Saúde do HUF XXXXXXXXX, vinculado a **Universidade Federal XXXXXXXX** e gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), neste ato representada pelo (a) Gerente de Atenção à Saúde, Nome, profissão, RG nº XXXXX, inscrito no CPF nº XXXXXXXX, e a Unidade de Produção (UP) XXXXXX, neste ato representada pelo(a) Coordenador(a) **Nome coordenador da UP, profissão, RG nº XXXXX, inscrito no CPF nº XXXXXXXX**, firmam o presente Contrato Interno de Gestão com o objetivo responsabilizar equipes e profissionais para o alcance as metas, indicadores e compromisso pactuados no **Contrato SUS Nº XXXXX/Ano** e **Documento Descritivo**, firmados entre o HUF XXXXXX e gestor do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Do Objeto

Descrever as ações e serviços, ambulatoriais e hospitalares desenvolvidos pela UP

2. Das Responsabilidades

São responsabilidades da Gerência de Atenção à Saúde (GAS):

- I. Prover condições operacionais para o desenvolvimento das ações da Unidade de Produção, mediante recursos disponíveis; e
- II. Monitorar e avaliar as ações e serviços realizados pela UP definidas no âmbito deste contrato.

São responsabilidades da Unidade de Produção nos eixos: *(alguns exemplos)*

- I. *Assistência:*



- i. Evitar esforços para o alcance das metas quali-quantitativas definidas no item 3 do presente CIG;*
- ii. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos;*
- iii. Cumprir os fluxos regulatórios de referência e contrarreferência.*

II. Gestão:

- i. Registrar devidamente a totalidade da produção assistencial realizada;*
- ii. Encaminhar, mensalmente, à Gerência de Atenção à Saúde relatório contendo a descrição do cumprimento das metas, indicadores e compromissos pactuados, contemplando as dificuldades encontradas para o alcance dos objetivos propostos;*
- iii. Participar da Reunião do Colegiado Ampliado das Unidades de Produção para compartilhar informações e as necessidades identificadas para o cumprimento das metas contratualizadas;*
- iv. Informar aos seus componentes os compromissos, metas e indicadores contratualizados entre o HUF e a gestão do SUS, afetos à UP, além daqueles firmados neste instrumento; e*
- v. Disponibilizar brinquedoteca e oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar.*

III. Ensino/pesquisa;

IV. Avaliação.

3. Das Metas Contratualizadas

As metas expressas neste CIG têm como referência o Contrato SUS, sendo o espelho das metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados, e possuindo relação direta com a Unidade de Produção XXXXXXXX.

I. METAS QUANTITATIVAS

a. Componente Pré-Fixado

i. Média Complexidade Ambulatorial

Média Complexidade Ambulatorial (SIA)	Meta Mensal Pactuada
	Nº



Quantidade total da Média Complexidade Ambulatorial (SIA):	
--	--

ii. Média Complexidade Hospitalar

Média Complexidade Hospitalar (SIH)	Meta Mensal Pactuada
	Nº
Quantidade total da Média Complexidade Hospitalar (SIH):	

b. Componente Pós-Fixado

i. Alta Complexidade Ambulatorial

Alta Complexidade Ambulatorial (SIA)	Meta Mensal Pactuada
	Nº
Quantidade total da Alta Complexidade Ambulatorial (SIA):	

ii. Alta Complexidade Hospitalar

Alta Complexidade Hospitalar (SIH)	Meta Mensal Pactuada
	Nº
Quantidade total da Alta Complexidade Hospitalar (SIH):	

iii. FAEC Ambulatorial

FAEC Ambulatorial (SIA)	Meta Mensal Pactuada
	Nº


**MODELO DE GESTÃO
DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

Quantidade total do FAEC Ambulatorial (SIA):	
--	--

iv. FAEC Hospitalar

FAEC Hospitalar (SIH)	Meta Mensal Pactuada
	Nº
Quantidade total do FAEC Hospitalar (SIH):	

II. METAS QUALITATIVAS
a. Assistência

INDICADORES	Meta Mensal Pactuada

b. Gestão

INDICADORES	Meta Mensal Pactuada

c. Ensino Pesquisa

INDICADORES	Meta Mensal Pactuada

d. Avaliação

INDICADORES	Meta Mensal Pactuada



4. Da Vigência do Contrato Interno de Gestão

O presente contrato terá vigência de XXXX meses a contar de sua assinatura.

ou

O presente contrato terá vigorará até o término da vigência do Documento Descritivo, parte integrante e indissociável do Contrato SUS Nº XXXXX/Ano.

XXXX, ___ de XXXX de 2018.

NOME
 Gerente de Atenção à Saúde/ HUF

NOME
 Coordenador da Unidade de Produção XXXXX/GAS/HUF

TESTEMUNHAS:

1. _____
 Nome:
 CPF:
 Representante dos Médicos

2. _____
 Nome:
 CPF:
 Representante dos Enfermeiros

ANEXO III – PLANEJAMENTOS REFERENTES À CAPACITAÇÃO E À EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HU-UFGD

Nº 127, terça-feira, 16 de janeiro de 2018

UFGD
Universidade Federal
da Grande Dourados

hu
HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
DA UFGD

EBSERH
HOSPÍCIO UNIVERSITÁRIO FEDERAL

RESOLVE:

Art. 1º **Prorrogar**, por 45 (quarenta e cinco) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão de Processo Administrativo Sancionador, designado pela Portaria nº 247, de 24 de novembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 121, de 27 de novembro de 2017, referente ao Processo nº 23529.005923/2017-51, ante as razões apresentadas no Memorando 01/2018, de 05 de janeiro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

APROVAR

PORTARIA N. 011, DE 12 DE JANEIRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria nº. 37, de 04 de janeiro de 2018, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº. 351, de 08 de janeiro de 2018,

RESOLVE:

- I. **APROVAR** o Plano de Ação de 2018 da Comissão de Educação Permanente - CedP, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor a partir de sua assinatura.

Ricardo do Carmo Filho

Nº 127, terça-feira, 16 de janeiro de 2018


 UFGD
Universidade Federal
da Grande Dourados


 HU
HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
DOURADOS


 EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
PLANO DE AÇÃO 2018-CEdp

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Onde será feito?	Quem fará?	Quando será feito?	Prioridade
1	Identificação das necessidades de Educação Permanente	Identificar as necessidades dos colaboradores em Educação Permanente e capacitações	-Junto às Comissões - Junto às gerências e chefias de divisão - Junto aos demais colaboradores	Em todos os setores do HU	Membros da CEEdP e chefias de divisão	1º trimestre de 2018	1
2	Monitoramento das orientações e divulgações dos Procedimentos Operacionais padrão(POP), Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas(PCDT) e Manuais de Normas e Rotinas	Colaborar na efetiva implementação dos POP, PCDT e Manuais de Normas e Rotinas	-Através das demandas que chegarem a CEEdP -Por intermédio da Unidade de planejamento e apoio corporativo e análise dos POPs publicados em boletim de serviço	Todos os setores do HU	-Membros assistenciais/adm inistrativos -Membros da CEEdP	Durante todo o ano de 2018	2
3	Desenvolvimento e viabilização de Estratégias de Educação à Distância(EAD) no âmbito do HU-UGD	Efetivar, agilizar as capacitações junto as equipes	Criação de Grupo de Trabalho(GT) dentro da CEEdP em parceria com a Divisão de Gestão de Pessoas.	No âmbito da CEEdP	Membros da CEEdP	1º semestre de 2018	3

